

Hanne Stene

Seksualitet på sosiale medier

Helsesykepleiers erfaring med og vurdering av å fremme barn og unges helsekompetanse på seksuell utforskning, frivillig seksuell eksponering og krenkelser på sosiale medier

Masteroppgave i folkehelse

Veileder: Vibeke Olufsen

August 2021

Hanne Stene

Seksualitet på sosiale medier

Helsesykepleiers erfaring med og vurdering av å fremme barn og unges helsekompetanse på seksuell utforskning, frivillig seksuell eksponering og krenkelser på sosiale medier

Masteroppgave i folkehelse
Veileder: Vibeke Olufsen
August 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Helsesykepleier har en helsefremmende og forebyggende rolle i folkehelsearbeidet i kommunen, og nasjonale faglige retningslinjer gir en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten skal bistå skolen i undervisning om kropp og seksualitet. Barn og unge tilbringer stadig mer av fritiden sin på sosiale medier, og dette har også blitt et sted hvor de utforsker sin seksualitet, både på godt og vondt. Denne studien har fokus på hvordan seksualitet på sosiale medier inkluderes i helsesykepleiernes arbeid i skolen.

Hensikt: Målet med studien var å undersøke helsesykepleieres erfaring med og vurdering av å fremme barn og unges helsekompetanse på seksuell utforskning, frivillig seksuell eksponering og krenkelser på sosiale medier.

Metode: Studien er en kvalitativ intervjustudie med bruk av seks semi-strukturerte forskningsintervju av helsesykepleiere som arbeider i skolehelsetjenesten. Datamaterialet ble transkribert og analysen ble gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Studien viser at helsesykepleierne bidrar til å fremme barn og unges helsekompetanse gjennom undervisning, refleksjon, planlagte samtaler i nasjonalt program, åpen-dør-tilbud hvor barn og unge selv tar kontakt, samt ved å være synlig i skolemiljøet. Og helsesykepleierne samarbeider med flere aktører i dette arbeidet. Informantene har inkludert bruk av sosiale medier i pubertets- og seksualundervisningen, men til tross for at de ønsker å formidle både risikoer og gleder i undervisningen, viser studien at undervisningen knyttet til seksualitet på sosiale medier ofte har et negativt fokus. Informantene opplever at noen barn og unge deler seksualiserte bilder av seg selv og dermed risikerer at slike bilder blir spredt. Informantene ser at det knytter seg mye skam og skyldfølelse til dette og de ønsker å formidle til barn og unge at de er en trygg voksen som de kan søke hjelp fra, også i slike situasjoner.

Konklusjon: Resultatene i denne masteroppgaven viser at helsesykepleier bruker ulike metoder for å gi barn og unge helsekompetanse, og de samarbeider med ulike aktører for å nå dette målet. Videre viser studien behov for å utvikle evidensbasert undervisningsmateriell som er tilpasset helsesykepleiers arbeid i skolen, samt helhetlige samarbeidsstrukturer mellom skolen og skolehelsetjenesten og innad i helsesykepleiertjenesten. Dette vil være nødvendig for å gi barn og unge et helhetlig, kunnskapsbasert og likeverdig tilbud over hele landet.

Abstract

Introduction: The school nurse has a health-promoting and preventive role in the public health work in the municipality, and national professional guidelines give a strong recommendation that the school health service should assist the school in teaching children and youth about their body and sexuality. Children and youth are spending increasingly more of their free time on social media, and it has also become a place where they explore their sexuality, for better or worse. This study focuses on how sexuality on social media is included in the work of the school nurses.

Aim: The aim of the study was to examine health nurses' experience and assessment in promoting children and young people's health competence in sexual exploration, voluntary sexual exposure and violations on social media.

Method: The study is a qualitative interview study using six semi-structured research interviews of school nurses working in the school health service. The data material was transcribed and the analysis was performed using systematic text condensation.

Results: The study shows that the school nurses contribute to promoting children and youth's health literacy through teaching, reflection, planned conversations in the national program, open-door-function where children and youth themselves make contact, and by being visible in the school environment. And the school nurse collaborate with several actors in this work. The informants have included the use of social media in puberty and sex education, but despite the fact that they want to convey both risks and pleasures in the teaching, this study shows that the teaching related to sexuality on social media often has a negative focus. The informants experience that some children and young people share sexualized images of themselves and thus risk that such images are spread. The informants see that there is a lot of shame and guilt associated with this and they want to convey to children and young people that they are a safe adult from whom they can seek help, even in such situations.

Conclusion: The results of this master's thesis show that school nurses use different methods to provide children and young people with health literacy, and they collaborate with different actors to achieve this goal. Furthermore, the study shows the need to develop evidence-based teaching material that is adapted to the school nurse's work in the school, as well as holistic collaboration structures between the school and the school health service and within the school nurse service. This will be necessary to provide children and youth with a comprehensive, knowledge-based and equal offer throughout the country.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en interessant, lærerik og tidvis krevende prosess. Jeg har mistet motet flere ganger, men har heldigvis hatt en flott heilagjeng som har hatt troen på meg og pushet meg frem. Endelig er jeg i mål.

Det er flere jeg ønsker å takke for at denne oppgaven kom i havn. Første og fremst vil jeg rette en stor takk til alle informantene som fant tid i en hektisk hverdag til å bidra med sine kunnskap og sine erfaringer. Denne studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten dere. Samtalene med dere har styrket troen min på at helsesykepleiere gjør en viktig jobb og kan utgjøre en forskjell for mange. Jeg blir så glad av å tenke på at barn og unge har tilgang på slike varme, kunnskapsrike og engasjerte mennesker som dere er.

Videre vil jeg takke Landsgruppen av Helsesykepleiere, som hjalp meg med rekruttering av informanter. Dere har vært imøtekommende og behjelpelige, og det setter jeg stor pris på.

Til min veileder, Vibeke Olufsen, stor takk for gode råd, innspill, konstruktive tilbakemeldinger og for god støtte i motbakkene. Du har alltid vært tilgjengelig når jeg har trengt det, det har betydd mye for meg.

En stor takk til min mann, Boris, for forståelse, korrekturlesing og uvurderlig støtte. Sist, men ikke minst, en takk til barna våre Nikolai, Vilja, Matheo og Tobias. Dere har utvist stor tålmodighet og gitt meg den tiden jeg har trengt for å komme i mål. Jeg lover å være mer tilgjengelig fra nå av.

17. august 2021

Hanne Stene

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	ii
Forord	iii
Innholdsfortegnelse	iv
1. Innledning.....	1
1.1. Mål med studien	2
2. Teori og tidligere forskning.....	3
2.1. Skolehelsetjenesten	3
2.2. Forebyggende helsearbeid.....	4
2.2.1. Forebyggende arbeid	4
2.2.2. Helsefremmende arbeid	5
2.2.2.1. Salutogenese	5
2.2.2.2. Empowerment	7
2.3. Helseopplysning i skolehelsetjenesten	7
2.3.1. Undervisning	8
2.3.1.1. Seksualundervisning	8
2.4. Barn og unges bruk av sosiale medier	10
2.4.1. Risiko knyttet til seksualitet på sosiale medier	10
2.5. Tverrfaglig samarbeid.....	12
2.5.1. Samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen	12
3. Metode	14
3.1. Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	14
3.2. Egen forforståelse	15
3.3. Studiedesign	16
3.4. Etikk og personvern	16
3.5. Rekruttering av informanter	17
3.6. Datainnsamling og transkribering.....	18
3.7. Analyse.....	19
3.7.1. Trinn 1 – Helhetsinntrykk.....	20
3.7.2. Trinn 2 – Meningsbærende enheter	20
3.7.3. Trinn 3 – Kondensering	21
3.7.4. Trinn 4 – Syntese	22
4. Resultater	23
4.1. Helsepsykepleiers opplæring for utvikling av god seksuell helse.....	23
4.1.1. Ulike metoder i seksualundervisningen gir seksuell helsekompetanse	23

4.1.2.	Overvekt av negativt ladet informasjon om seksualitet på sosiale medier.....	26
4.2.	Samarbeid om utvikling av barn og unges seksuelle helsekompetanse.....	27
4.2.1.	Samarbeid i skole og skolehelsetjeneste	27
4.2.2.	Samarbeid med andre aktører	28
4.3.	Seksuelle krenkelser forties.....	29
4.3.1.	Helsesykepleiers kunnskap om frivillig seksuell eksponering og reaksjoner på krenkelser.....	29
4.3.2.	Skam: Et hinder for å be om hjelp	30
4.3.3.	Helsesykepleiers forslag til løsning	31
5.	Diskusjon.....	34
5.1.	Diskusjon av resultater	34
5.1.1.	Etablere helhetlige samarbeidsstrukturer	34
5.1.2.	Seksualundervisning tilpasses barn og unges bruk av sosiale medier.....	38
5.1.3.	Styrke tillatelsen til å ta opp krenkelser	42
5.2.	Diskusjon av metode	45
5.2.1.	Intern validitet.....	45
5.2.2.	Ekstern validitet.....	47
5.2.3.	Reliabilitet.....	48
6.	Konklusjon	49
	Referanser	50
	Vedlegg 1.....	56
	Vedlegg 2.....	59
	Vedlegg 3.....	62
	Vedlegg 4.....	63

1. Innledning

I Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan for seksuell helse (2017-2022) «Snakk om det!», er det satt som et overordnet mål at hele befolkningen skal ha god seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). God seksuell helse er en helsefremmende ressurs som gir økt livskvalitet og mestringsferdigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Verdens helseorganisasjon definerer seksuell helse som:

«en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velbefinnende i forbindelse med seksualitet. Det er ikke alene fravær av sykdom, dysfunksjon eller handicap. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, herunder også mulighet til å ha lystfylte og sikre seksuelle opplevelser, frie for tvang, diskriminering og vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må det enkelte individs rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles» (World Health Organization, 2010, p. 3). Oversettelse hentet fra Store medisinske leksikon (2021).

For å oppnå god seksuell helse er det viktig at mennesker har god kunnskap og nødvendig kompetanse for å ivareta sin egen seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dette kan oppnås gjennom tilgang til kunnskap, informasjon og undervisning om seksualitet og seksuell helse, og grunnlaget for god seksuell helse legges allerede i småbarnsalderen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dersom man allerede i barnehagealder gir barn alderstilpasset informasjon om kropp og seksualitet, vil det blir lettere for dem å prate om dette når de blir eldre og de blir bedre rustet til å sette grenser og varsle om seksuelle overgrep (Bufdir, 2021; Aasland, 2020).

Selv om mennesket er seksuelle vesener fra før vi er født, er det ofte først når vi kommer i puberteten at utforskning når det gjelder egen og andres kropp og seksualitet begynner (Bufdir, 2021). Barn og unge er søkende og nysgjerrige på andre mennesker og relasjoner, og trenger kunnskap om normalt sunne kjærlighetsforhold og seksuell utvikling for å unngå å bli utnyttet i en sårbar fase i livet (Suseg et al., 2008). Mange unge henter kunnskap om seksualitet fra venner, internett og porno, kunnskap som ikke nødvendigvis trenger å være korrekt. Dette gjør at det kan være mange myter og misoppfatninger om kropp og seksualitet blant ungdom (Bufdir, 2021).

Den norske befolkningen er på topp i verden i tilgang til internett og barn blir stadig yngre når de får tilgang til smarttelefoner og oppretter profil på sosiale nettverk (Staksrud & Ólafsson, 2019; Aanerød & Mossige, 2018). Ungdom er den aldersgruppen som bruker internett og sosiale medier aller mest, og det har blitt en integrert del av deres sosiale liv (Suseg et al., 2008). Tilgang til informasjon og en ny plattform å utforske sin seksualitet på, gjør at ungdom bruker sosiale medier i stadig større grad i sin seksuelle utforskning (Alnes, 2014). Ungdom forteller at de lett kan finne svar på sine spørsmål gjennom søk på internett, og sosiale medier er et sted hvor flørting med andre gjerne starter (Alnes, 2014). 92% av norske barn og unge sier at de føler seg trygge på internett, til tross for at nesten en av fire oppgir å ha hatt negative erfaringer

på nett det siste året (Staksrud & Ólafsson, 2019). Risikoer forbundet med seksualitet på sosiale medier dreier seg blant annet om mobbing, hatytringer, deling av nakenbilder og seksuelle meldinger, porno og møter med ukjente nettkontakter (Staksrud & Ólafsson, 2019).

En viktig målsetning for forebyggende arbeid er å bevisstgjøre barn og unge på de utfordringer som kan møte dem på internett og sosiale medier (Suseg et al., 2008). Helseopplysning i form av undervisning er en vanlig metode for å gi kunnskap og kompetanse, og seksualundervisning i den norske skolen har tradisjon langt tilbake i tid (Vildalen & Langfeldt, 2014). Norske grunnskoler er lovpålagt å tilby seksualundervisning til sine elever, og tema som omhandler kropp og seksualitet er beskrevet i kompetansemålene til flere fag (Sex og politikk, Udatert-a; Vildalen & Langfeldt, 2014). Helsepsykepleier (tidligere helsesøster) i skolehelsetjenesten bistår ofte med undervisning om kropp og seksualitet i skolen, gjennom pubertetsundervisning og seksualundervisning. Selv om skolehelsetjenesten ikke er pålagt å gjennomføre disse undervisningene, er det angitt som en sterk anbefaling i Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten at skolehelsetjenesten bør bidra i skolens undervisning om seksuell helse (Helsedirektoratet, 2020a). Ifølge Utdanningsdirektoratet (2009), referert i Toreid (2015) deltar skolehelsetjenesten i skolens seksualundervisning i 92% av norske kommuner.

1.1. Mål med studien

Det finnes få norske undersøkelser om hvordan helsepsykepleier tilpasser sin undervisning til barn og unges stadig økende bruk av sosiale medier i sin seksuelle utforskning. Hensikten med dette masterprosjektet er derfor å *undersøke helsepsykepleiers erfaringer med og vurderinger av å fremme barn og unges helsekompetanse på seksuell utforskning, frivillig seksuell eksponering og krenkelser på sosiale medier.*

Denne kunnskapen håper jeg kan være et bidrag til å styrke kvaliteten på intervensjoner i skolehelsetjenesten og skolen.

2. Teori og tidligere forskning

Jeg vil i dette kapitlet presentere utvalgt teori omkring helsesykepleiers arbeidsmetoder i skolehelsetjenesten for å fremme barn og unges helsekompetanse knyttet til seksuell utforskning, frivillig seksuell eksponering og krenkelser på sosiale medier, derunder også betydningen av samarbeid med skolen. I tillegg vil jeg gå inn på teori knyttet til forebyggende og helsefremmende arbeid, med fokus på salutogen tenkning og empowerment.

2.1. Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er lovregulert av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og er en lovpålagt oppgave kommunen har i sitt helsefremmende og forebyggende arbeid. Ut fra "Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (2018) skal skolehelsetjenesten være et tilbud som skal være lett tilgjengelig, gratis og med mål om å:

- fremme psykisk og fysisk helse,
- tilrettelegge for gode sosiale og miljømessige forhold,
- forebygge sykdom og skader,
- utjevne sosiale helseforskjeller og
- forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt

Helsestasjons- og skoletjenesten skal ifølge Helsedirektoratet (2020a) bestå av helsesykepleier og lege, i tillegg bør det være ansatt fysioterapeut, og det åpnes også for at tjenesten kan bestå av psykolog, ergoterapeut eller andre spesialiserte yrkesgrupper. Helsesykepleier er en sykepleier som har videreutdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge i alderen 0-20 år (Glavin et al., 2007). Det er gjerne helsesykepleier som har fast tilholdssted på skolen og som barn og unge kan oppsøke uten avtale (Finpå et al., 2017).

Helsesykepleierne i skolehelsetjenesten vil i løpet av barne- og ungdomsskolen treffe alle elever gjennom programfestede tilbud og kontroller, som høyde/vekt-måling, vaksineringsundersøking og individuelle samtaler på 1. og 8. trinn (Helsedirektoratet, 2020a). I tillegg til det programfestede tilbudet skal skolehelsetjenesten være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud hvor barn, ungdom og foreldre kan ta kontakt uten avtale eller henvisning via drop-in (Helsedirektoratet, 2020a). Denne drop-in tjenesten er også kjent som åpen-dør. Dette gjør at tjenesten har mulighet til å identifisere behov for hjelp hos barn, unge og deres familier på et tidlig tidspunkt (Meld. St. 19 (2018/2019)). Finpå et al. (2017) fant gjennom tall fra Ung i Oslo 2015 at halvparten av jentene og 40 prosent av guttene i ungdomsskolealder hadde oppsøkt skolehelsetjenesten i løpet av de siste 12 måneder. Tallene viste også at det ikke var noen signifikant sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og bruk av skolehelsetjenesten mer enn tre ganger. Det kan dermed sies å være en tjeneste med potensiale til å nå ut til alle, også på tvers av sosial tilhørighet (Helsedirektoratet, 2020a).

Skolen er den viktigste arenaen for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge, og skolehelsetjenesten er i en unik posisjon hvor de kan nå alle, inkludert deres foreldre (Haugland, 2017; Haugland & Grimsmo, 2014; Meld. St. 19 (2018/2019)). Skolehelsetjenesten er den første helsetjenesten som barn og ungdom kan oppsøke på egen hånd, og er et lavterskeltilbud som skal identifisere og løse helsemessige problemer (Finpås et al., 2017) og bidra til en helsefremmende livsstil (Haugland, 2017).

2.2. Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid er en fellesbetegnelse som favner både det helsefremmende og det forebyggende arbeidet, som begge er nødvendige i folkehelsearbeidet (Mæland, 2016).

2.2.1. Forebyggende arbeid

I følge Garsjø (2018) er det vanskelig å gi en presis og dekkende definisjon på forebyggende og helsefremmende arbeid, da ulike aktører legger ulikt innhold i begrepene. Man kan si at forebygging i hovedsak handler om å forhindre uønskede og negative fenomener (Garsjø, 2018). Forebyggende arbeid går gjerne ut på å redusere sykdom, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer for dette (Kvarme, 2007). Særlig viktig er det å fokusere på barn og unge med risiko for utvikling av sykdom eller skade, og å avdekke dette så tidlig som mulig (Kvarme, 2007).

Forbyggende arbeid deles ofte opp i tre nivå basert på hvilken fase i en årsakssammenheng det rettes mot (Garsjø, 2018; Glavin & Kvarme, 2003).

- **Primærforebyggende tiltak** er tiltak som igangsettes før problemene har oppstått (Garsjø, 2018).
- **Sekundærforebyggende tiltak** settes inn tidligst mulig for å begrense at problemer skal utvikle seg hos personer i faresonen (Berg et al., 2012; Garsjø, 2018).
- **Tertiærforebyggende tiltak** er tiltak eller behandling som settes inn etter at problemer har oppstått og fått utviklet seg (Garsjø, 2018).

I nasjonale faglige råd for lokale folkehelseiltak utarbeidet av Helsedirektoratet (2020b) deles forebyggende tiltak i folkehelsearbeidet inn i to prinsipper, høyrisikostراتيجier og befolkningsstrategier:

- **Høyrisikostراتيجier** fokuserer på å redusere risiko hos et lite antall personer som har høy risiko for å utvikle sykdom eller uhelse (Dahl et al., 2014). Et eksempel på dette kan være barn av rusmisbrukende foreldre (Iversen, 2010). Denne strategien er individrettet og har potensiale til å oppnå stor risikoreduksjon

hos den enkelte (Dahl et al., 2014). Ulempen er at den ikke fjerner de underliggende årsakene, ikke påvirker helserelatert atferd og kan stigmatisere de som mottar hjelpen som avvikere (Dahl et al., 2014). I et folkehelseperspektiv hvor risikoen er spredt over store deler av befolkningen, vil denne strategien dermed i liten grad medvirke til å løse utfordringene (Rose et al., 2008).

Befolkningsstrategier er universelle tiltak som når alle (Helsedirektoratet, 2018a). Et eksempel på dette er barnevaksinasjonsprogrammet som alle barn får tilbud om gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Sett i et folkehelseperspektiv vil denne strategien har større effekt fordi den vil redusere et stort antall syketilfeller ved at den fokuserer på å legge forholdene til rette slik at befolkningen skal velge en sunnere livsstil (Rose et al., 2008). Denne strategien kan gi små helsegevinster på individnivå, og det kan derfor være utfordrende å oppnå aksept i befolkningen samtidig som at den er kostbar å gjennomføre (Dahl et al., 2014). Den kan derimot gi store gevinster for samfunnet og samtidig redusere antall personer med høy risiko fordi hele risikofordelingen vil bli påvirket (Dahl et al., 2014).

2.2.2. Helsefremmende arbeid

Der hvor forebyggende arbeid fokuserer på å fjerne eller redusere risiko for sykdom, skade og død, vil det helsefremmende arbeidet være ressursorientert og fokuserer på det som fremmer helse (Kvarme, 2007). Tenkningen bak det helsefremmende arbeidet handler om å ha fokus på hvorfor ting går godt, i stedet for grunner til at ting går galt (Garsjø, 2018). Helsefremmende arbeid er tiltak som skal styrke folks helse gjennom å fremme livskvalitet, overskudd og muligheter til ivaretagelse av egen helse (Kvarme, 2007). Nutbeam (1998) definerer helsefremming som en prosess som gir mennesker økt kontroll over sin egen helse og muligheter til å forbedre denne. Denne definisjonen ble første gang presentert i Ottawa-charteret fra 1986, som var den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid (Mæland, 2016). Her fremheves det også at helse er noe som skapes i hverdagen, og at helsefremmende tiltak skal styrke de positive faktorene og bidra til større likheter i helse (Mæland, 2016). Helsefremming bygger på en sosial helsemodell hvor det fokuseres på ressurser for helse, hvor befolknings- og brukermedvirkning er hovedstrategien (Mæland, 2016).

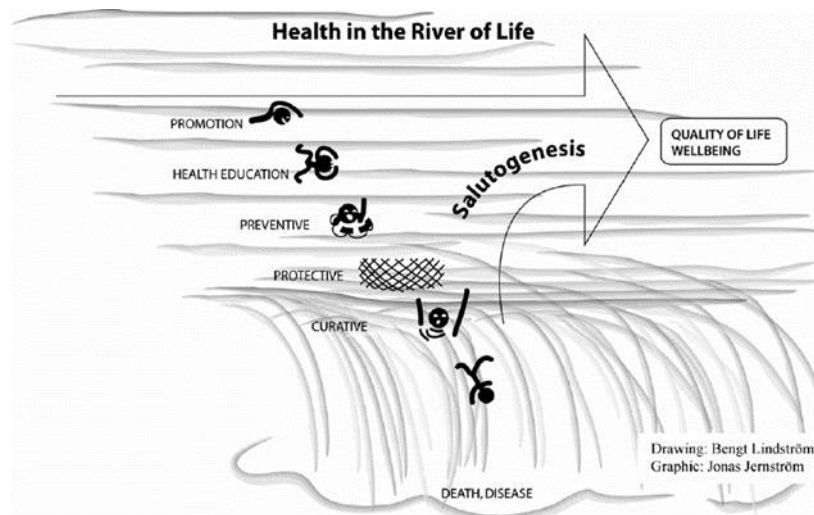
2.2.2.1. Salutogenese

En viktig inspirator i det helsefremmende arbeidet er sosiologen Anton Antonovsky, som innførte begrepet *salutogenese* (Kvarme, 2007). Salutogenese ble presentert som en motpol til forebyggingens fokus på det syke eller patogene og den salutogene tenkningen fokuserer på ønsket om å styrke friskhetsfaktorer, helsebeskyttende faktorer og de drivkrefter og prosesser som kan gi økt livskvalitet (Antonovsky, 2012; Garsjø, 2018). Et sentralt begrep innen salutogen tenkning er Opplevelse Av Sammenheng (OAS, på engelsk Sense Of Coherence) (Antonovsky, 2012). OAS består av de tre kjernebegrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som gjør at mestring kan skapes (Antonovsky, 2012):

- **Begripelighet** er at personen oppfatter stimuli man utsettes for som noe som man kan klare å håndtere, som er forutsigbare eller kan plasseres i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2012). Dette trenger ikke å være ønskede eller forventede stimuli, men personen klarer likevel å se at de kan settes inn i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2012).
- **Håndterbarhet** er ifølge Antonovsky (2012) at personen opplever å ha tilstrekkelig med ressurser til rådighet til å kunne håndtere de krav h*n stilles overfor. Dette kan være ressurser man har kontroll over selv eller ressurser i en legitim annen, for eksempel en venn, helsepersonell, gud eller leder, som man stoler på og har tillitt til (Antonovsky, 2012). Ifølge Antonovsky (2012) gjør håndterbarheten at man ikke føler seg som et offer for omstendighetene eller urettferdighet, men klarer å takle livets motbakker, bearbeide opplevelsen og gå videre.
- **Meningsfullhet** er ifølge Antonovsky (2012) et «motivasjonselement» som handler om å se på kravene som utfordringer det er verd å engasjere seg følelsesmessig i.

OAS vil utvikle seg gjennom hele livsløpet og kan si noe om styrken i helsen vår, og om det er nødvendig med forbedringstiltak (Antonovsky, 2012).

En sentral metafor i den salutogene tenkningen er "Helse i livets elv" ("Health in the river of life", se figur 1).



Figur 1. "Helse i livets elv". (Eriksson & Lindström, 2008)

Metaforen beskriver hvordan salutogen tenkning fokuserer på å fremme helsekompetanse (health education) for «å lære mennesker å svømme», fremfor patogen tenkning som vil fokusere på hvordan man skal redde mennesker som har falt i elva, fra å drukne (Eriksson & Lindström, 2008).

2.2.2.2. Empowerment

Et annet sentralt begrep innen helsefremmende arbeid er empowerment (Borup, 2020). Begrepet mangler en god oversettelse til norsk, men myndiggjøring eller egenkraftmobilisering brukes i noen sammenhenger (Klepp et al., 2017). Empowerment kan beskrives som en prosess hvor mennesker benytter sine ressurser for å håndtere utfordringer de møter i livet (Borup, 2020; Sørensen, 2002). Tanken bak er at mennesket er i stand til å utvikle evner og ferdigheter for å få et best mulig liv, dersom betingelsene ligger til grunn (Sørensen, 2002). De har dermed mulighet til å ta bedre vare på sin helse gjennom sterkere styring over forhold som kan ha helsemessige konsekvenser for dem selv (Klepp et al., 2017). For å oppnå dette trengs nødvendig kunnskap og mulighet til å ta beslutninger og ha kontroll over sitt eget liv (Borup, 2020; Mæland, 2016). Undervisning hvor det fokuseres på kunnskapsformidling og veiledning i kritisk refleksjon, kan bidra til at barn og unge får større kontroll over sine liv og har mulighet til å ta gode valg (Borup, 2020).

2.3. Helseopplysning i skolehelsetjenesten

I helsefremmende arbeid er helseopplysning en av de viktigste strategiene som benyttes for at både hver enkelt så vel som fellesskapet skal kunne bedre sin helse ved å bli i stand til å kontrollere faktorer som påvirker helsen (Nutbeam, 1998).

Helseopplysning er en lovpålagt oppgave som skolehelsetjenesten skal tilby i skolen ("Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten," 2018). I tillegg skal opplysning, bistand og undervisning rettet mot grupper, klasser og foreldre være en del av tilbudet fra skolehelsetjenesten og tilbudet skal kunne gis i den grad skolen ønsker det ("Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten," 2018). Dette tilbudet skal bidra til at barn og unge skal mestre sin hverdag gjennom råd og veiledning knyttet opp mot fysisk, psykisk og seksuell helse, og skal tilpasses barn og unges behov ("Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten," 2018).

Hensikten med helseopplysning er å påvirke holdninger og styrke evnen til å gjøre helsefremmende valg (Mæland, 2016). Dette kan gjøres ved å bygge opp kunnskap og kompetanse der det mangler, eller støtte opp under allerede eksisterende kunnskap og kompetanse (Mæland, 2016). Helsepsykeleier vil ved hjelp av undervisning og veiledning bidra til at brukerne av tjenesten utvikler helsekompetanse (Tveiten, 2016).

Helsekompetanse er et begrep som ble introdusert i Helse- og omsorgsdepartementets «Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023» og er ment som en norsk oversettelse av begrepet «health literacy», som nettopp handler om at mennesker skal kunne forstå, vurdere og ta i bruk helseinformasjon for å ta kunnskapsbaserte beslutninger om egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Gjennom å styrke barns og unges helsekompetanse kan de få kunnskap og kompetanse til å finne relevant informasjon som de kan bruke for å ta helsefremmende valg (Paakkari & Paakkari, 2012). Forbedret helsekompetanse er ifølge Nutbeam (2000) det viktigste utfallet av helseopplysning.

Helseopplysning er sentralt i alt arbeid som gjøres av helsepsykeleiertjenesten, og kan foregå på individ-, gruppe- eller samfunnsnivå (Glavin & Kvarme, 2003). For å lykkes

med helseopplysningen er det avgjørende at den som formidler har gode kunnskaper om temaet og vet noe om hva som påvirker de valg som mennesker tar (Glavin & Kvarme, 2003). Det er også viktig at man har hensikten med helseopplysningen som guidesnor når innholdet skal velges (Tveiten, 2016).

Det er delte erfaringer med måloppnåelse av helseopplysning alene (Mæland, 2016). Mæland (2016) trekker frem at selv om helseopplysning gir mulighet til å ta valg som bidrar til et bedre liv, kan det også legge sten til byrde ved å gi skyldfølelse og frykt. Det er mange av oss som gjør ting mot bedre viten, og det kan være vanskelig å nå frem med budskapet (Garsjø, 2018). Virkningen av helseopplysning er avhengig både av kvalitet og kvantitet, og helseopplysning som målrettes, brukes toveiskommunikasjon og flere typer påvirkning er mer effektive enn enklere former for kommunikasjon (Mæland, 2016). Men selv om faktakunnskap alene ikke gir den beste effekt på atferd, vil tilførsel av ny kunnskap likevel være av verdi, da gode kunnskaper er en grunnforutsetning for mestring og opplevelse av kontroll (Økland & Glavin, 2005).

2.3.1. Undervisning

Undervisning er en form for helseopplysning som helsesykepleier tradisjonelt bidrar med inn i skolen, og er en pedagogisk virksomhet for formidling av kunnskap om et tema (Glavin et al., 2007; Glavin & Kvarme, 2003). Det er skolen som har det overordnede ansvaret for undervisning av elever, også helseopplysning, men skolehelsetjenesten kan bidra til å komplementere denne undervisningen ("Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten," 2018; Misvær, 2014). Skolehelsetjenesten er pålagt å bidra inn i undervisning av klasser eller grupper i den utstrekning som skolen ønsker det ("Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten," 2018). I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefales det at dette kravet løses ved at skolehelsetjenesten bistår i undervisning ut fra skolens læreplaner og knyttet til spesielle utfordringer ved skolen eller i nærmiljøet (Helsedirektoratet, 2020a). Det anbefales videre at også samtaler, helseopplysning og veiledning bør gis til elevgrupper med særskilte behov. Aktuelle tema som fremheves i forskriften er psykisk helse, søvn, kosthold, fysisk aktivitet, pubertet, kropp og seksuell helse, rusmidler, vold og overgrep. Helsesykepleier i skolehelsetjenesten vil normalt gi undervisning til elevene i tema knyttet til pubertet, seksualitet og samliv (Glavin & Kvarme, 2003). I Meld. St. 19 (2018/2019) fremheves at helsesykepleier i skolehelsetjenesten bør gi ungdom kunnskap og handlingskompetanse, samt normalisere vanlige utfordringer og hjelpe dem med å sortere hva som er normalt og hva som krever oppfølging.

2.3.1.1. Seksualundervisning

I retningslinjene for skolehelsetjenesten, er det angitt som en sterk anbefaling at de skal bidra inn i skolens seksualundervisning:

«Skolehelsetjenesten bør bidra i skolens samlivs- og seksualitetsundervisning, særlig på området seksuell helse. Skolehelsetjenesten bør også vurdere å tilby undervisning i grupper ved behov. Undervisning bør sikre at alle barn og unge får nødvendig kunnskap og handlingskompetanse om seksuell helse og bidra til å forebygge

seksuelle overgrep» (Helsedirektoratet, 2020a, pp. Kap 5.1 - samhandling med skolen: Undervisning om seksuell helse).

Ifølge faglige nasjonale retningslinjer skal undervisningen ses i sammenheng med skolens læreplaner og være alderstilpasset (Helsedirektoratet, 2020a).

Seksualundervisning i skolen har tradisjoner tilbake til 1950 da forplantningslære for første gang ble et obligatorisk fag i den norske skolen (Vildalen & Langfeldt, 2014). Siden den gang har undervisningen vært i stadig endring og det har vært heftige debatter rundt innholdet og selv i dag kan det sies at seksualundervisningen i skolen er lite oppdatert og dårlig tilpasset ungdommenes livsstil (Vildalen & Langfeldt, 2014). Ifølge Kvaem (2008) er seksualundervisningen også blitt kritisert for å utelukkende fokusere på risiko og biologi, og for å ha for lite fokus på følelser, grensesetting, misbruk av pornografi og internett. Et annet aspekt er at undervisningen preges av negative holdninger, ikke åpner opp for diskusjoner og at den kommer for sent (Vanessa et al., 2013).

Allerede i tidlig alder legges grunnlaget for seksuell glede, mestring og trygg identitet, og tidlig undervisning om kropp, seksualitet, relasjoner og grenser kan bidra til å fremme seksuell helsekompetanse hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2020b). I Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan for seksuell helse «Snakk om det!» fremheves det at hovedansvaret for undervisningen om kropp, grenser og seksualitet er lagt til skolen og inngår i flere fag med ulik vinkling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det sies videre at undervisningen skal bidra til å danne grunnlag for dannelse, identitetsutvikling og handlingskompetanse. I strategien legges det vekt på at kunnskapen barn og unge får om kropp og seksualitet bør formidles på en positiv og respektfull måte som gir positive holdninger og følelser for egen kropp, som igjen kan bidra til en tryggere seksuell identitet og sunne handlingsmønstre. Skal seksualundervisningen ses på som en helsefremmende og forebyggende strategi, vil det være avgjørende at den nødvendige kunnskapen blir formidlet til barn og unge før de kommer i situasjoner hvor de har behov for den (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2020b). En god seksualundervisning krever en helhetlig tilnærming hvor både de positive og negative sidene kommer frem (Helsedirektoratet, 2020b). Dersom ungdom har de nødvendige kunnskapene om seksualitet og seksuell helse har det vist at dette fører til senere seksuell debut, mer utbredt bruk av kondom og andre prevensjonsmidler, samt at de utvikler et positivt forhold til sin egen seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Også European Expert Group on Sexuality Education (2016) fremhever at seksualundervisning har vist en positiv effekt gjennom lavere graviditet- og aborttall blant tenåringer og lavere insidens av seksuelt overførbare infeksjoner for ungdom i alderen 15-24 år.

I 2017 gjennomførte Barneombudet workshoper med 200 ungdommer om temaet seksuelle krenkelser hvor også seksualundervisning var et av temaene (Barneombudet, 2018). I denne undersøkelsen gir ungdom uttrykk for at de ønsker en seksualundervisning hvor de har mulighet til å diskutere og lære i fellesskap, fremfor undervisning som hovedsakelig fokuserer på det naturvitenskapelige. De ønsker at undervisningen skal være relevant for deres hverdag og erfaringer, med større fokus på forståelse av egne og andres grenser, seksuelle krenkelser og regelverk. Ungdommene i studien fremhevet også at mange av temaene i seksualundervisningen kommer for sent og at det bør være større fokus på progresjon i de aktuelle temaene (Barneombudet, 2018). Vanessa et al. (2013) fant i sin studie at ungdom lettere engasjerer seg i

opplæring i seksuell helse og søker hjelp dersom undervisningen de får har fokus på det som de selv opplever som viktig.

2.4. Barn og unges bruk av sosiale medier

For folk flest er det nok vanskelig å se for seg en hverdag uten tilgang til smarttelefoner og internett, og barn og unge bruker stadig mer av fritiden sin på skjermbaserte aktiviteter (Bakken, 2020). Denne teknologien har gjort det mulig å ha kontakt og sosialt samvær med andre uten å være fysisk tilstede og sosiale medier og nettbaserte spill gir det sosiale livet en annen struktur enn tidligere (Bakken, 2020). Det fins ulike meninger om hvordan sosiale medier kan defineres, men man kan si at sosiale medier er sider og applikasjoner som tillater sosial interaksjon, spill og virtuelle verdener, samt videosider og blogger (Boyd & Ellison, 2007; Schurgin O'Keeffe & Clarke-Pearson, 2011). Bruk av sosiale medier har blitt en av de vanligste aktivitetene blant barn og unge i dagens samfunn, og fungerer som en portal for underholdning og kommunikasjon (Eleuteri et al., 2017; Schurgin O'Keeffe & Clarke-Pearson, 2011). Ungdom selv beskriver sosiale medier som et sted hvor de kan få informasjon, bli påvirket og inspirert samt være sammen med venner (Barneombudet, 2019). Blant norske barn og unge i alderen 9-18 år er det YouTube, Snapchat, TikTok, Instagram og Facebook som er de mest brukte sosiale mediene (Medietilsynet, 2020). Ungdataundersøkelsen fra 2020 viser at to av tre ungdommer bruker mer enn tre timer daglig av fritiden sin på digitale aktiviteter, og 14 % tilbringer minst seks timer av sin fritid foran en skjerm (Bakken, 2020). Skjermtiden for ungdom har økt siden 2015 og mye av forklaringen på dette er at både gutter og jenter bruker mer tid på sosiale medier (Bakken, 2020).

Barn begynner stadig tidligere å ta del i sosiale medier og i 2020 var 90% av norske barn og unge i alderen 9-18 år til stede på ett eller flere sosiale medier (Medietilsynet, 2020). Halvparten av norske niåringer bruker sosiale medier og andelen stiger jevnt opp til 13-års alderen hvor omtrent alle er tilstede på sosiale medier (Alnes, 2014). Deltagelse på sosiale medier har vist seg å gi barn og unge fordeler ved at de får bedre kommunikasjonsferdigheter, sosial tilknytning og tekniske ferdigheter, men de er også utsatt for risiko på grunn av sin begrensede kapasitet for selvregulering og mottakelighet for gruppepress (Schurgin O'Keeffe & Clarke-Pearson, 2011).

2.4.1. Risiko knyttet til seksualitet på sosiale medier

Mye av barn og unges sosiale liv skjer på sosiale medier, og det samme gjør deler av den seksuell utforskningen (Bufdir, 2019). Etter smarttelefonens inntog har flørting, sjekking og seksuell nysgjerrighet aldri vært mer tilgjengelig (I. G. Uldal, 2018).

Tilgangen til digitale medier, og herunder sosiale medier, har gjort at det er lettere å dele seksualisert materiale (Kripos, 2019). Intime bilder og videoer blir sendt mellom brukerne, og selv om det ofte går bra så hender det også at det ikke gjør det og nakenbilder på avveie har blitt et samfunnsproblem (I. G. Uldal, 2018). Digitale medier er også et sted hvor det foregår seksuelle krenkelsers, og barn og unge mangler kunnskap og digital kompetanse for å oppnå trygg seksualitet på nett (Barneombudet, 2018; I. G. Uldal, 2018).

Barn og medier – Medieundersøkelsen utført av Medietilsynet (2018) viser at 18% av deltakerne i undersøkelsen, som var i aldersgruppen 13-18 år, har opplevd å få seksuelle kommentarer på internett som de opplevde som sårende, ubehagelige eller truende det siste året. Jentene opplevde dette i betydelig større grad enn guttene (26% vs 10 %). Undersøkelsen viser også at 13 prosent av barn og unge i alderen 13-18 år har sendt nakenbilde(r) av seg selv det siste året, med økende forekomst fra 13 til 15 år. Av disse har 50% sendt nakenbilder av seg selv til en kjæreste, 20 % til noen de kun kjenner over internett eller ukjente og 1% har sendt til «modellbyrå». Av disse svarte 37 % av jentene at de følte seg presset til å sende nakenbilde(r), mens 11 % av guttene svarte det samme.

Jonsson et al. (2014) gjennomførte en undersøkelse av 3503 svenske ungdommer i deres tredje år på videregående skole. Her svarte 20,9% at de hadde erfaring med frivillig seksuell eksponering på nettet, og analyser viste en signifikant sammenheng mellom frivillig seksuell eksponering på nettet og ulike former for trakassering online. Undersøkelsen konkluderer med at frivillig seksuell eksponering på nettet er assosiert med sårbarhet på nettet, og at det er behov for at foreldre og fagpersoner bedre forstår hva ungdom gjør på internett og risikoen dette kan medføre.

Barneombudet (2018) fant i sin workshop med ungdom sju utfordringer som de mener må løses for å forebygge og redusere seksuelle krenkelser rettet mot ungdom. Disse handler blant annet om at barn og unges kompetanse må styrkes, foreldre må ha kunnskap, skolene må ta seksuelle krenkelser på alvor, støtteapparatet må styrkes og det er behov for mer forskning på seksuelle krenkelser for å sikre en kunnskapsbasert innsats, da med særlig fokus på forekomst, årsaker og tiltak.

En av bekymringene som knyttes til barn og unges tilstedeværelse på sosiale medier er at de her kan komme i kontakt med fremmede som ikke ønsker dem vel (Aanerød & Mossige, 2018). Barn og unge bruker sosiale medier til å utforske vennskap, seksualitet og kjærlighet på en naturlig måte (Aanerød & Mossige, 2018). Dette gjør også at noen opplever krenkelser av seksuell karakter fra voksne gjennom «grooming» eller oppfordring til å sende bilder (Aanerød & Mossige, 2018). Grooming kan beskrives som en prosess hvor et voksent menneske avtaler møte med et barn med den hensikt å begå et seksuelt overgrep (Teigstad, 2017). I sin rapport «Seksuell utnyttelse av barn og unge over internett» drar Kripos (2019) frem at barn og unge kan bli forledet eller presset til seksuell kontakt over internett. Det er uvisst hvor mange barn og unge som blir utsatt for seksuelle overgrep over nettet, og i norsk sammenheng finnes det lite oppdatert forskning på temaet (Kripos, 2019). Få anmelder denne typen overgrep og flere nekter også for det selv når de blir konfrontert med politiets bevismateriale som er kommet opp i etterforskning av andre saker (Kripos, 2019). Hovedårsaken til dette er trolig skyldfølelse og skam, trusler om hva som skjer hvis de varsler, samt frykt for at videoer og bilder skal spres (Kripos, 2019). I nettovergrepssaker som kommer opp i rettssystemet kan en overgriper ha flere hundre ofre, og sosiale medier fremstår derfor som en gunstig arena sett fra overgriperens perspektiv (Aanerød & Mossige, 2018).

Livingstone and Mason (2015) sammenfattet i en systematisk oversiktsartikkel 150 forskningsartikler som omhandlet barn og ungdom i alderen 10-17 år med fokus på seksuell utforskning på nett, tilgang på undervisning og informasjon om seksuell helse, tilgang til pornografi, deling av nakenbilder og grooming og kommersiell seksuell utnyttelse av barn over internett. De fant blant annet at alder er en viktig faktor når det

kommer til seksualitet på nett. Eldre ungdom har større sannsynlighet for å utforske seksualitet på internett, men allerede i 9-12 års alder begynner barn å ta større sjanser i sin utforskning. Artikkelen viser også at barn og unge som er mer utsatt for å ta risikoer utenfor internett også har større sjanser for å risikofatferd på nett, og det er sammenheng mellom økt seksuell aktivitet på internett og økt seksuell aktivitet utenfor nettet. Barn og ungdom som har flere sårbarhetsfaktorer er også i større risiko for å dele nakenbilder eller blir utsatt for grooming. Når det kom til tilgang på informasjon om seksualitet, fant Livingstone and Mason (2015) at kilder på internett var en viktig informasjonskanal for all ungdom, og særlig ungdom som av ulike grunner var ekstra sårbare. De fant også at ungdom var opptatt av hvilke kilder de bør bruke og troverdigheten til disse, men forskningen viste i liten grad hvilke kilder barn og unge bruker og i hvilken grad de ser på pornografi som en troverdig kilde.

2.5. Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er et viktig element i det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot ungdom (Haugland, 2017). Et tverrfaglig samarbeid oppstår når flere yrkesgrupper arbeider sammen om en felles utfordring eller problem for å nå et felles mål (Glavin & Erdal, 2018). Ved å samarbeide på tvers av faggrupper vil den samlede faglige kompetansen utnyttes og gi bedre kvalitet, samt økt kompetanse og kunnskap hos de involverte (Glavin & Kvarme, 2003; Haugdal, 2014). I følge Haugdal (2014) er tverrfaglig samarbeid særlig aktuelt for skolehelsetjenesten, og de har en rekke samarbeidspartnere, både i og utenfor helsetjenesten. Haugdal (2014) drar frem som eksempel på samarbeidspartnere: fastlege, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), fysioterapitjenesten, primær- og spesialisthelsetjenesten, familievernet, barneverntjenesten og tannhelsetjenesten, men poengterer at mange andre yrkesgrupper og samarbeidsformer kunne vært nevnt. Det presiseres at den viktigste samarbeidspartneren er skolen, og at også samarbeid med foreldre og elever er viktig, både for skolen og skolehelsetjenesten (Haugdal, 2014).

2.5.1. Samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen

Barn og unge tilbringer mye av sin tid på skolen, og selv om skolens mål er opplæring av elever er det også en viktig arena for å fremme god helse (Helsedirektoratet, 2015). Også i opplæringslovens §1-1 fremheves det at et av formålene med opplæringen i skolen er at barn og unge skal utvikle «*kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne meistre liva sine...*» ("Opplæringslova – oppl.," 1998). Skolen og skolehelsetjenesten kan derfor sies å ha et felles overordnet mål om at barn skal få kunnskap som gjør dem i stand til å mestre utfordringer de kan møte i livet. Dersom skolehelsetjenesten i sin virksomhet tar utgangspunkt i skolens rolle i samfunnet, kan et reelt samarbeid om systemrettede tiltak forene praksis og forskning innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid (Haugland & Grimsmo, 2014).

Ifølge "Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (2018) skal skolehelsetjenesten samarbeide med skolen og bistå skolen i den grad skolen ønsker det. Også i nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

fremheves det som en sterk anbefaling at skolehelsetjenesten bør ha et systemrettet samarbeid med skolen (Helsedirektoratet, 2020a). Frem til 2018 hadde ikke skolen en gjensidig plikt til å samarbeide med skolehelsetjenesten, og mangel på styring av samarbeidet gjorde at skolen og skolehelsetjenesten eksisterte i hver sin verden, selv om de holdt til under samme tak (Haugland & Grimsmo, 2014; "Opplæringslova – oppl.," 1998). Dette ble endret etter en oppdatering av opplæringsloven i 2018 hvor skolens samarbeidsplikt også ble tilføyd i opplæringsloven ("Opplæringslova – oppl.," 1998). Den nye samarbeidsplikten gjelder samarbeid både om enkeltelever og samarbeid på systemnivå, og det er skolen som er pålagt ansvaret om å oppfylle denne plikten (Helsedirektoratet, 2020a). Den nye bestemmelsen tydeliggjør at skolehelsetjenesten er en sentral samarbeidspartner for skolen (Prop. 52 L (2017-2018)). En slik endring ble foreslått allerede i St. meld. nr. 16 (2006-2007) på s. 80, hvor store variasjoner i samarbeidet mellom skole og skolehelsetjenesten ga grunnlag for å *«vurdere endringer i opplæringsloven med forskrifter for å sikre at samarbeidet mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten får en sterkere forankring også fra skolens side»*.

Skolen er som sagt en av skolehelsetjenestens viktigste samarbeidspartnere, og med en gjensidig samarbeidsplikt vil forholdene ligge til rette for et systematisk samarbeid. På den måten kan kunnskapen og kompetansen hos begge parter gi et bedre og mer helhetlig tilbud til barn og unge.

3. Metode

Forskning er utvikling og systematisering av vitenskapelig kunnskap som kan etterprøves og deles, og hvor hensikten er å gi ny innsikt som andre kan dra nytte av (Malterud, 2017). Det finnes ulike metodiske tilnærminger for å tilegne seg vitenskapelig kunnskap om et ønsket fenomen (Jacobsen, 2015). Det er studiens formål og problemstilling som avgjør hvilken forskningsmetode som bør velges (Den nasjonale forskningsetiske komite, 2019). Der hvor en kvantitativ tilnærming tar utgangspunkt i at virkeligheten kan måles i tall, vil den kvalitative tilnærmingen ta utgangspunkt i at virkeligheten er for kompleks til å måles i tall og at det derfor trengs ord som gir en større nyanse (Jacobsen, 2015). Dette betyr at dersom målet med studien er å finne ut noe om menneskers opplevelser eller oppfatninger, vil en kvalitativ vinkling være velegnet. Er formålet med studien derimot å tallfeste forekomst eller finne årsak til en bestemt sykdomstilstand, vil kvantitativ metode være bedre egnet (Den nasjonale forskningsetiske komite, 2019).

3.1. Vitenskapsteoretisk perspektiv

Kvalitativ forskning handler om å forsøke å se verden fra informantenes ståsted, ved å få frem betydningen av deres erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Basert på at forskningsspørsmålet i denne studien søker helsesykepleiernes erfaringer og vurderinger, var det hensiktsmessig å velge en kvalitativ tilnærming.

I denne studien har jeg valgt et fenomenologisk perspektiv. Fenomenologien er en filosofi som ble grunnlagt av Edmund Husserl rundt år 1900, og som senere har blitt videreutviklet av flere betydningsfulle filosofer (Kvale & Brinkmann, 2015; Thoresen et al., 2020). Fenomenologi har vært betydningsfull for utvikling av kvalitativ forskning, særlig når det gjelder å etablere trinn og prosedyrer i analysen og har på den måten bidratt til at kvalitativ forskning har blitt en legitim vitenskapelig aktivitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Fenomenologi som teoretisk perspektiv handler om å tilegne seg innsikt i og forståelse for fenomener og erfaringer ut fra menneskers subjektive erfaringer og bevissthet (Malterud, 2017; Thoresen et al., 2020). Dette gir et førstepersonsperspektiv hvor fenomenet oppfattes som noe individuelt og unikt, men som forsker kan man også se etter mønster eller samsvar i beskrivelser fra flere mennesker (Malterud, 2017). Ved en fenomenologisk tilnærming er det viktig å sette egne kunnskaper til side, for å rette kritisk oppmerksomhet mot den subjektive erfaringen som blir beskrevet (Malterud, 2017). På bakgrunn av dette har jeg vært opptatt av å være bevisst min egen forforståelse, og forsøkt å legge denne til side for i minst mulig grad farge beskrivelsene eller presentasjonene av datamaterialet. Jeg skrev ned de tanker jeg på forhånd hadde om fenomenet, for å være bevisst på dette. Ifølge Thoresen et al. (2020) kan man aldri fullstendig redegjøre for sin forforståelse, men prosessen kan bidra til en større grad av bevissthet, åpenhet og nysgjerrighet.

Ifølge Thoresen et al. (2020) vil en fenomenologisk tilnærming egne seg når man er interessert i å vite mer om menneskers erfaringer, og jeg tenker derfor at dette passer godt til min studie.

3.2. Egen forforståelse

Dalen (2011) beskriver at all forståelse baseres på en forforståelse som omfatter meninger og oppfatninger vi på forhånd har om et fenomen vi skal studere. Det er viktig at forskeren er bevisst sin egen forforståelse da denne, sammen med aktuell teori, vil påvirke fortolkninger (Dalen, 2011). Jeg er selv helsesykepleier og selv om jeg ikke har så mange års fartstid i bransjen, så har jeg arbeidet både på helsestasjon, barneskole og ungdomsskole. Jeg har mest erfaring fra skolehelsetjenesten i barneskolen. Jeg har ikke arbeidet på videregående skole, men deltatt i fagmøter og samarbeidet med mine kolleger som har arbeidssted på videregående skole. I mitt arbeid har jeg sett at det har vært viktig å prate med barn og unge om utfordringer knyttet til mindre omtalte emner ved seksualitet, slik som seksuelle overgrep og gråsonevoldteker. Jeg har også pleid å prate med barn og unge om farer de kan møte i sin digitale verden, slik som grooming og deling av nakenbilder. Jeg har derfor forsket i mitt eget felt, og på et område som jeg som helsesykepleier har hatt fokus på i møte med barn og unge. Dette gjør at jeg har en forforståelse som kan påvirke måten jeg samler inn, leser og tolker data på (Malterud, 2017). Dette har jeg vært oppmerksom på under hele prosessen og jeg har jobbet aktivt med å gå ut av rollen som helsesykepleier og inn i rollen som forsker. Ifølge Malterud (2017) kan forforståelse være en styrke fordi det kan være en viktig motivator for å gå i gang med et prosjekt med ønske om å forstå eller forbedre, samtidig som det kan gi skylapper som gjør at forforståelsen kommer i veien for budskapet fra det empiriske materialet. Mitt engasjement i emnet var en av hovedårsakene til at jeg valgte dette prosjektet.

Min utdanning som helsesykepleier og erfaring fra arbeid i skolehelsetjenesten gjør at jeg kjenner språket og kulturen i feltet jeg forsker på. Jeg trengte derfor ikke å bruke tid på å sette meg inn i arbeidsmetoder og de betingelser som tjenesten opererer under. Det vil likevel være noen ulikheter i de ulike kommunene, da tjenesten også har arbeidsoppgaver ut over det som er lovpålagt og dermed kan gjøre ulike prioriteringer og valg. Jeg forsket ikke i egen kommune og jeg intervjuet ikke helsesykepleiere som jeg kjente eller har samarbeidet med, men jeg vil likevel si at jeg var på hjemmebane i dette prosjektet.

Min erfaring fra skolehelsetjenesten og mitt engasjement i temaet var til nytte for meg i utarbeidelse av intervjuguiden, selv om jeg også måtte bruke tid på å oppdatere meg på relevant forskning. Jeg tror også dette gjorde det lettere å komme i gang med prosjektet og at det var en fordel for meg i rekrutteringen av informanter, da jeg fikk hjelp av fagforbund og kolleger til dette.

I analysearbeidet har jeg vært bevisst på å legge forforståelsen min til side, og i stedet se hva datamaterialet forteller meg og hvordan det passer inn i eksisterende kunnskap. Min intensjon i denne studien har vært å belyse helsesykepleiers arbeid knyttet til ulike aspekter av seksualitet på sosiale medier, og gjennom bevisstgjøring av min egen forforståelse håper jeg at jeg har klart å undersøke fenomenet uten at mine egne erfaringer og følelser har påvirket i for stor grad.

3.3. Studiedesign

I forbindelse med denne masteroppgaven har jeg valgt å gjennomføre individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer for å tilegne meg kunnskap om det valgte fenomenet. Fordelen med denne typen intervjuer er at man får frem informantens eget perspektiv i en fri beskrivelse og det gir rom for å hente frem erfaringer og tanker som krever trygghet og ettertanke for å dele (Kvale and Brinkmann (2015), Malterud (2017)). Ifølge Kvale and Brinkmann (2015) er det viktig å ha god kjennskap til temaet som skal undersøkes for å ha en forståelse av fenomenene som skal undersøkes samt være i stand til å stille relevante spørsmål. Jeg brukte derfor god tid på å lese meg opp på eksisterende empiri før jeg utarbeidet en intervjuguide. Ved semistrukturerte intervjuer benyttes en intervjuguide for å gi struktur slik at intervjuet ikke gjennomføres uten mål og mening, men gir informanten informasjon om hva slags kunnskap vi er ute etter (Malterud, 2017). Intervjuguiden må ikke være for detaljert eller følges slavisk, men fungerer mer som en huskeliste som gir styring og likevel åpner for fleksibilitet (Malterud, 2017). Jeg utarbeidet en intervjuguide som var relativt åpen, med spørsmål ut fra det jeg anså som hovedtema, og underpunkter jeg kunne bruke dersom samtalen stoppet opp eller dersom det ble behov for konkrete spørsmål for å få i gang samtalen (vedlegg 4). Jeg gjennomførte et testintervju med en helsesykepleier jeg tidligere har arbeidet med, for å se hvor godt intervjuguiden fungerte og om det burde gjøres presiseringer eller endringer. Jeg gjorde noen justeringer av ordlyd og på rekkefølgen på spørsmålene, men opplevde ellers at intervjuguiden fungerte godt. Ifølge Malterud (2017) bør intervjuguiden revideres underveis og tilpasses. Jeg fulgte intervjuguiden i stor grad i de første intervjuene, men brukte den mer som en huskeliste etter hvert som jeg ble tryggere i intervjusituasjonen. Før intervjuet med informanten fra barneskolen la jeg til noen punkter, siden fokus ble noe endret.

I kvalitative studier er det ikke nødvendig med empiriske data fra et stort utvalg av deltakere, man kan heller se på informasjonsstyrken som kommer fra utvalget (Malterud, 2017). Et stort antall deltakere kan føre til at materialet blir uoversiktlig og gjøre analysen overfladisk (Malterud, 2017). Ifølge Kvale and Brinkmann (2015) er det vanligste antallet deltakere i en intervjuundersøkelse 15 +/- 10, og det skyldes trolig en kombinasjon av tid og ressurser. De påpeker også at det etter et visst antall respondenter vil komme til et punkt hvor stadig mindre ny kunnskap dukker opp, man oppnår metning i materialet. Dersom informasjonsstyrken i utvalget er god, vil også dette gjøre at det er behov for færre informanter (Malterud, 2017). Basert på dette hadde jeg derfor målsetning om å intervju mellom 6 og 10 informanter med god innsikt i forskningsspørsmålet jeg ønsket å belyse. Jeg tenkte at jeg trengte minimum 6 for å få frem nok erfaringer, men flere enn 10 ville være utfordrende på grunn av tidsrammen jeg hadde til rådighet for masteroppgaven.

3.4. Etikk og personvern

Studien ble vurdert som meldepliktig til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) da den innebar innhenting av personopplysninger og lydopptak ("Personopplysningsloven," 2018). Det ble sendt søknad til NSD som vurderte at behandlingen av

personopplysningene var i samsvar med personvernlovgivingen, og studien ble godkjent 16.09.2020, referansenummer 459965 (vedlegg 1).

Intervjuene ble gjennomført digitalt via programmet Zoom. Det ble gjort opptak av lyd og bilde, men kun lydfilen ble lagret for senere bruk og transkribering. Opptakene ble gjennomført på privat datamaskin og lagret på en sikker skyløsning gjennom NTNU, NICE-1, som det kun er jeg som har tilgang til. Lydopptakene inneholder ikke personopplysninger. Navn og kontaktinformasjon på informantene oppbevares adskilt fra øvrige data, på pc driftet av NTNU, og sikret ved innlogging med brukernavn og passord. Koblingsnøkkel ble oppbevart i låst skap. Lydopptak og personopplysninger vil bli slettet når prosjektet er avsluttet.

Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv med informasjon om studien på epost (vedlegg 2). Jeg var også interessert i det mangfold og de variasjoner som kan forekomme mellom by, tettsted og bygd og ønsket derfor å rekruttere deltakere fra ulike deler av landet. Jeg valgte derfor å utforme et spørreskjema for å kartlegge yrkeserfaring og urbanitet i forkant av intervjuene (vedlegg 3). Dette spørreskjemaet ble sendt ut sammen med informasjonsskrivet og var også en kontroll på om inklusjonskriteriene var oppfylt. Samtykkeskjema og spørreskjema oppbevares sammen med navn og kontaktinformasjon.

3.5. Rekruttering av informanter

Jeg er selv helsesykepleier og har kontakter og bekjente som kunne være hjelpelige med å sette meg i kontakt med aktuelle intervjupersoner. Også min veileder er helsesykepleier og har et kontaktnettverk. Jeg benyttet meg dermed av snøballrekruttering for å forsøke å få informanter til studien. Det vil si at jeg lokaliserte personer med solid kjennskap til tema og miljø, og ba disse om å foreslå aktuelle kandidater blant venner og kjente (Malterud, 2012). Logikken i denne strategien er at mennesker gjerne kjenner andre mennesker med felles interesser eller tilhørighet (Malterud, 2012). Ifølge Malterud (2012) er fordelene med denne rekrutteringsstrategien at deltakerne føler seg litt tryggere og mer forpliktet til å møte opp. Dette vil være en strategisk utvelgelse av deltakere, altså deltakere som har mest mulig presis relevans for å si noe om problemstillingen (Malterud, 2012).

Jeg var interessert i å finne helsesykepleiere som hadde erfaring med emnet, og jeg ønsket erfaringer fra hele skoleløpet og andre relevante arenaer hvor barn og unge er i kontakt med helsesykepleier. I lys av dette valgte jeg følgende inklusjonskriterer for deltakelse i studien:

- Deltakerne skal være utdannet helsesykepleier
- Deltakerne skal være ansatt i skolehelsetjenesten eller annet relevant arbeid knyttet opp mot barn og unge
- Deltakerne skal ha minst 1 års sammenhengende praksis i skolehelsetjenesten eller annen relevant stilling
- Deltakerne skal ha erfaring fra temaet

Det viste seg å være utfordrende å skaffe informanter ved hjelp av denne strategien. På en generell forespørsel på en felles facebook-side for helsesykepleiere var det ingen som meldte seg eller forslo andre helsesykepleiere de kjente. Ved å målrettet spørre helsesykepleiere jeg kjente om anbefalinger fikk jeg flere navn som jeg tok kontakt med via epost. Noen svarte ikke på henvendelsen, mens andre igjen anbefalte andre som igjen anbefalte andre. Jeg valgte derfor å be om hjelp til rekrutteringen gjennom LaH (Landsgruppen av helsesykepleiere i Norske sykepleierforbund), som jeg hadde som alternativ dersom første rekrutteringsstrategi ikke ga nok informanter. Det ble i samråd med leder og fagrådgiver i Lah besluttet å sende ut en målrettet forespørsel om deltakelse til lokalgruppene for å rekruttere deltakere derfra eller be om hjelp til å videresende til aktuelle kandidater. Her kom jeg i kontakt med 7 helsesykepleiere, hvorav 5 endte opp med å stille som informanter. Dette var helsesykepleiere fra ungdomsskole, videregående skole, Helsestasjon for ungdom og ung.no. Jeg fikk ikke svar fra noen som arbeider i barneskolen. Jeg valgte derfor å gå tilbake til den opprinnelige strategien med snøballrekruttering og tok direkte kontakt med 4 helsesykepleiere som ble anbefalt av kjente, men fikk tilbakemeldinger på at de følte de hadde for lite erfaring med emnet til å kunne bidra inn i prosjektet. Jeg fikk respons fra en helsesykepleier som arbeider i barneskolen og som ønsket å stille som informant, men hun ble forhindret fra å delta like før intervjuet skulle finne sted. Jeg valgte derfor, i samråd med veileder, å endre inklusjonskriteriene. Jeg tok bort kravet om erfaring med seksuell utforskning på sosiale medier, og fokuserte heller på erfaring med forebygging av seksuelle overgrep i barneskolen. Dette valget ble tatt fordi min erfaring er at kunnskapsdeling som forebygging av seksuelle overgrep gjerne er tema på barneskolen og inneholder informasjon om kropp, grenser, seksualitet og fordi seksuelle overgrep også kan skje gjennom sosiale medier. Med denne endringen fikk jeg en informant fra barneskolen, og jeg så meg nødt til å sette strek for innhenting av informanter på grunn av tidsrammen jeg har for prosjektet.

Mitt endelige utvalg består dermed av 6 informanter. Alle informantene er kvinner og gjennomsnittlig arbeidstid i skolehelsetjenesten er 12 år. De har arbeidssted i 3 forskjellige fylker i Norge, og til sammen har de arbeidserfaring fra både by, bygd og tettsted.

All kontakt med informantene før intervjuene skjedde via epost. Etter første kontakt fikk informantene tilsendt informasjonsskriv med samtykkeskjema og kartleggingsskjema, og ble oppfordret til å ta kontakt ved spørsmål eller uklarheter. Disse skjemaene ble signert og returnert digitalt, enten scannet eller som bilde av utfylt skjema.

3.6. Datainnsamling og transkribering

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt med lyd og video via Zoom på grunn av den pågående Corona-pandemien som vanskeliggjorde fysiske møter med informantene. Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober 2020 til januar 2021, og hvert intervju varte i gjennomsnitt i 54 minutter. Informantene fikk selv velge tidspunkt for intervjuet. Før opptaket ble startet ble informasjonsskrivet gjennomgått og det ble åpnet for eventuelle spørsmål eller avklaringer, samt minnet om at deltakelse i studien var frivillig og at de når som helst kunne trekke sitt samtykke uten å oppgi grunn, også i etterkant av intervjuene. Det ble også presisert at informantene har taushetsplikt og ikke kan dele

identifiserende opplysninger om tredjepersoner eller hendelser (Vedlegg 1, "Helse- og omsorgstjenesteloven" 2011). Informantene ble også informert om at all informasjon de delte ville bli anonymisert, også stedsnavn og at de ikke ville bli gjenkjent i masteroppgaven. Alle informantene hadde fått tilsendt informasjonsskrivet før intervjuet og de fleste hadde returnert signert samtykke på forhånd, de som ikke hadde sendt inn gjorde dette kort tid etter at intervjuet var gjennomført.

Intervjuene ble gjennomført digitalt, og det var på noen av dem periodevis dårlig lyd- og bildekvalitet. Der hvor dette skjedde, fortalte informantene at de var blitt vant til dette gjennom utbredt bruk av videosamtaler under pandemien, og klarte å gå tilbake i samtalen til det stoppet opp. På slutten av intervjuene ble det åpnet for at informantene kunne supplere med informasjon eller tema som ikke var kommet opp i løpet av intervjuet. Ingen av informantene hadde noe å tilføye her. Jeg opplevde stemningen under intervjuene som god, og at informantene syntes komfortable med å snakke om temaet. Alle informantene ble spurt om jeg kunne ta kontakt i ettertid dersom jeg hadde flere spørsmål eller noe var uklart under transkripsjonen, og alle ga tillatelse til dette.

For å gjøre intervjuene tilgjengelig for analyse må de transformeres fra muntlig tale til skriftlig språk, denne prosedyren kalles transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkriberingen ble gjennomført kort tid etter hvert intervju og før det neste intervjuet fant sted. Intervjuene ble transkribert ord for ord, men jeg valgte å omskrive fra dialekt til bokmål for å sikre anonymitet, samt gjøre tekstene lettere å arbeide med. Jeg valgte også å fjerne navn på skoler og kommuner der hvor dette kom opp, for å best mulig sikre anonymitet. Jeg valgte å gjøre transkriberingene selv, da dette ga meg en mulighet til å bli kjent med materialet (Dalen, 2011). For å være sikker på at transkriberingen var tro mot selve intervjuet hørte jeg gjennom intervjuet en gang til med transkriberingen foran meg, på den måten fikk jeg rettet opp eventuelle avvik mellom lydfil og transkripsjon. Dette ga meg også mulighet til å gjenskape intervjusituasjonen og begynne å tenke på hvilke temaer som stikker seg frem (Kvale and Brinkmann (2015); (Malterud, 2017). I intervjuet med informanten fra barneskole viste det seg i ettertid at bare de første 4 minuttene og 28 sekundene ble lagret. Jeg valgte derfor å transkribere de minuttene jeg hadde, samt skrive et notat ut fra notater jeg hadde tatt underveis og det jeg husket. Etter avtale med informanten ble dette notatet oversendt slik at hun kunne lese gjennom og bekrefte at opplysningene jeg hadde notert ned stemte. Hun fikk også mulighet til å tilføye dersom hun mente noe manglet, noe som resulterte i et ekstra avsnitt. Totalt satt jeg da igjen med 235 minutter med lydopptak som tilsvarte 52 sider med 35 700 ord med transkribert materiale.

3.7. Analyse

Analysen ble gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC), som er en tematisk tverrgående analyse som kan brukes på kvalitative data (Malterud, 2017). STC bygger på Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, men kan ikke sies å være en ren fenomenologisk analysemetode til tross for at begge er opptatt av subjektivitetens kontekst (Malterud, 2017). Ifølge Malterud (2017) er STC en metode som egner seg godt for nybegynnere, da det gir en enkel innføring i analyseprosessen på en systematisk og overkommelig måte. Analysen består av fire trinn (Malterud, 2017).

3.7.1. Trinn 1 – Helhetsinntrykk

Første trinn handler om å bli kjent med materialet og danne seg et helhetsinntrykk (Malterud, 2017). Jeg hadde allerede startet denne prosessen i sluttfasen av transkriberingen, hvor jeg sammenlignet lydfilen med transkripsjonen. Nå leste jeg gjennom hvert enkelt intervju på nytt og forsøkte å se hvilke temaer som pekte seg ut. Ifølge Malterud (2017) er det her viktig å legge bort forforståelsen og teoretiske perspektiv, og heller se materialet fra et fugleperspektiv. Jeg forsøkte derfor å ha et mest mulig åpent sinn i denne prosessen. Malterud (2017) anbefaler å ikke gå for bredt ut, men holde seg til 4-8 foreløpige temaer. Mine midlertidige tema etter disse gjennomlesningene var: undervisning, nakenbilder, porno, snu fokus, hensyn til den andre, brukermedvirkning, flerfaglig samarbeid og trygghet/synlighet.

3.7.2. Trinn 2 – Meningsbærende enheter

Andre analysetrinn handler om å identifisere meningsbærende enheter, ved å gjennomgå materialet linje-for-linje og systematisere dem i koder (Malterud, 2017). Dette steget kaller Malterud (2017) en systematisk dekontekstualisering hvor tekst tas ut fra sin opprinnelige sammenheng og samles med annen tekst som omhandler det samme. Første steg i dette analysetrinnet er å revidere de foreløpige temaene fra forrige steg inn i nye kodegrupper (Malterud, 2017). Malterud (2017) anbefaler at dette steget gjøres sammen med en annen forsker og at man drøfter meningen bak de foreløpige temaene og hvordan disse belyser problemstillingen. Jeg valgte derfor å diskutere mine foreløpige temaer sammen med min veileder. Hun hadde ikke lest transkripsjonene, men fikk min sammenfatning av hva jeg tenkte lå bak de forskjellige temaene. Sammen kom vi frem til 6 kodegrupper som jeg tok med i det videre analysearbeidet: tillatelse til utforskning, nysgjerrighet kan skape ubehag, brukermedvirkning, helsesykepleiers forståelse av egen rolle, flerfaglig samarbeid og behov for trygge voksne.

I det videre arbeidet valgte jeg å gi hvert intervju sin egen farge, slik at jeg enkelt kunne se hvilke enheter som kom fra de forskjellige intervjuene. På den måten så jeg hvilke informanter som bidro inn i de forskjellige temaene, og det var lettere å gå tilbake til de originale transkripsjonene dersom det var nødvendig. Jeg opprettet kopi av alle transkripsjoner som jeg benyttet i det videre arbeidet, slik at originalene forble uendret (Malterud, 2017). Malterud (2017) anbefaler at man grundig og systematisk gjennomgår all tekst og skiller ut relevant tekst fra irrelevant tekst. Jeg leste derfor grundig gjennom intervjuene og klippet ut det jeg anså som relevant tekst og limte inn i et eget dokument for hvert tema. De meningsbærende enhetene som kunne forkortes uten å miste sin mening, ble forkortet og all tekst ble renskrevet fra muntlig form til skriftlig form. Dette gjorde jeg med alle intervjuene. Noen få av de meningsbærende enhetene passet i flere temagrupper. Ifølge Malterud (2017) er det ikke uvanlig at dette skjer, men dersom det blir mange dobbel- og trippelkodinger, bør det vurderes om kodene har vært presise nok.

3.7.3. Trinn 3 – Kondensering

I tredje analysetrinn abstraheres den sorterte informasjonen fra forrige analysetrinn ved at meningsbærende enheter identifiseres og kodes (Malterud, 2017). Jeg gjennomgikk materialet, kodegruppe for kodegruppe, for å se etter nyansene i de ulike gruppene, og sorterte materialet inn i subgrupper. Malterud (2017) beskriver at disse subgruppene skal representere hovedaspekter i kodegruppene, og i det videre analysearbeidet er det subgruppene som er analyseenheten. Jeg fikk 2-3 subgrupper for hver kodegruppe. Under kodegruppen «nysgjerrighet kan skape ubehag» fikk jeg, som eksempel, subgruppene «opplevd risiko», «følelse av skam og skyld» og «frykt for konsekvenser».

Etter at subgruppene var identifisert skulle det lages et kondensat, et kunstig sitat i jeg-form, som skal summere de meningsbærende enhetene i subgruppene (Malterud, 2017). Jeg begynte med de meningsbærende enhetene som jeg oppfattet som mest rike og meningsfulle og gikk systematisk gjennom hver meningsbærende enhet for å se om den passet inn eller burde flyttes eller forkastes. Dette ble gjort for hver subgruppe. Ved gjennomlesing av materialet som en enhet fremsto det som uoversiktlig og det var flere temaer som gikk igjen i de samme subgruppene. Det ble også klart for meg at materialet jeg hadde ikke svarte ut problemstillingen.

Etter diskusjon med veileder ble en ny problemstilling valgt, og jeg gikk på nytt gjennom de forrige analysetrinnene, med ny problemstilling som bakgrunn. Malterud (2017) presenterer dette som en mulighet under en trinnvis analyse basert på individintervjuer, for å skjerpe prosjektets fokus og problemstilling. I Malterud (2017) sin beskrivelse gjøres dette før man gjennomfører ytterligere intervjuer, men for meg var det nyttig også som en ny gjennomgang av materialet jeg allerede hadde. Noe nytt materiale ble hentet inn fra de originale transkripsjonene, og noe som tidligere ble identifisert om meningsbærende enheter ble forkastet. Til sist satt jeg igjen med 3 nye kodegrupper: «Helsesykepleiers opplæring for utvikling av god seksuell helse», «samarbeid om utvikling av barn og unges seksuelle helsekompetanse» og «seksuelle krenkelser forties». Under disse kodegruppene ble det funnet totalt 7 subkategorier (tabell 1) som ga utgangspunkt for videre analyse.

Kodegruppe	Subkategori
Helsesykepleiers opplæring for utvikling av god seksuell helse	<ul style="list-style-type: none">- Ulike metoder i seksualundervisningen gir seksuell helsekompetanse- Overvekt av negativt ladet informasjon om seksualitet på sosiale medier
Samarbeid om utvikling av barn og unges seksuelle helsekompetanse	<ul style="list-style-type: none">- Samarbeid i skole og skolehelsetjeneste- Samarbeid med andre aktører
Seksuelle krenkelser forties	<ul style="list-style-type: none">- Helsesykepleiers kunnskaper om frivillig seksuell eksponering og reaksjoner på krenkelser- Skam: et hinder for å be om hjelp- Helsesykepleiers forslag til løsning

Tabell 1: Gruppering i analyseprosessen

3.7.4. Trinn 4 – Syntese

På siste analysetrinn skal bitene fra analyseprosessen settes sammen igjen gjennom dekontekstualisering (Malterud, 2017). I henhold til Malterud (2017) ble kondensatene brukt til å lage en analytisk tekst for hver kodegruppe, og transkripsjonene ble gjennomgått for å finne gullsiter som konkretiserte funnene samtidig som det sikret at sammenfatningen var tro mot informantenes stemmer.

For å validere funnene i den analytiske teksten bør de rekontekstualiseres opp mot det empiriske materialet (Malterud, 2017). Jeg leste gjennom transkripsjonene for å se hva som egentlig ble sagt, og om tolkninger og beskrivelser i resultatene var mulig å gjenfinne i de opprinnelige rådataene. Jeg så også etter data som kunne motsi konklusjonene jeg hadde funnet. I henhold til Malterud (2017) gikk jeg også gjennom transkripsjonene for å se om gullsitatene jeg hadde funnet i tidligere analyserunder fortsatt var dekkene. Jeg valgte også å skrive om sitatene ved at pauser og ord som ikke var nødvendige for meningen ble tatt bort. Jeg rettet dem også opp ved at ord som var stokket om ble rettet slik at meningen kom tydeligere frem.

4. Resultater

Resultatene i studien beskriver de erfaringer og vurderinger som helsesykepleiere i skolehelsetjenesten har med å fremme barn og unges helsekompetanse på ulike områder av seksualitet på sosiale medier. I dette kapittelet presenteres de funn som denne studien har ledet frem til.

4.1. Helsesykepleiers opplæring for utvikling av god seksuell helse

Alle informantene i denne undersøkelsen gjennomfører pubertets- eller seksualundervisning og har samtaler med barn og unge om seksualitet og utfordringer knyttet opp mot dette. De opplever at god informasjon og samtaler om seksuell helse er viktig for å fremme barn og unges helsekompetanse, og noe barn og unge selv også ønsker kunnskap og kompetanse om.

4.1.1. Ulike metoder i seksualundervisningen gir seksuell helsekompetanse

Informantene fremhever viktigheten av å gi barn og unge kunnskap om kropp, seksualitet, lover og regler og å sikre seg at den informasjonen de får er riktig og oppdatert. Informantene beskriver ulike metoder de benytter for å bygge barn og unges helsekompetanse knyttet til seksualitet.

Undervisning er den arbeidsformen som informantene legger frem som grunnlaget i sitt arbeid knyttet til seksuell helse.

På barneskolen forteller informantene at de har undervisning for barna i hel klasse på 3. trinn og på 5. trinn. Ifølge informantene handler undervisningen på 3. trinn om kropp, grenser og seksuelle overgrep, mens tema på 5. trinn er kropp, grenser, pubertet, overgrep, lovverk og litt om nettvett hvor blant annet deling av nakenbilder inngår.

På ungdomsskolen er det hovedsakelig seksualundervisning på 9. trinn som informantene forteller at de bidrar med i undervisningssammenheng. Innholdet i denne undervisningen fokuserer blant annet på seksuelt overførbare sykdommer, prevensjon, egne og andres grensen, glede og trivsel, positiv seksualitet, seksualitet og holdninger på nett.

En informant forteller at hun opplever det som viktig at informasjonen ungdom får er riktig og formidlet på en god måte.

«Også ser man at gjennom sosiale medier da, så får de kanskje feilinformasjon og et feil bilde i forhold til hva seksualitet handler om ... Hvis den største informasjonskilden skal komme fra det de finner på nettet, så blir det så veldig feil.»

Det mangler evidensbasert undervisningsmateriale som er tilpasset helsesykepleiers undervisningsarbeid og de fleste informantene forteller derfor at de benytter seg av undervisningsmateriale og filmer, eller deler av dette, som er utarbeidet av eksterne aktører som for eksempel Redd Barna, politiet og NOK som tilskudd til sin egen undervisning. En informant forteller at hun ikke har et fast undervisningsopplegg, men baserer all sin undervisning på anonyme spørsmål som eleven skriver på lapper og leverer inn før undervisningstimen. Informanten forsikrer seg om at viktige tema blir tatt opp gjennom å ha en «spørsmåls-bank» som benyttes dersom elevenes spørsmål ikke har vært innom disse emnene.

Informantene fremhever også viktigheten av refleksjon sammen med barn og unge, og ikke bare ensidig informasjon. Flere av informantene bruker aktivt refleksjon for å sette fokus på utfordringer de ser barn og unge kan møte i sin bruk av sosiale medier. Særlig om situasjoner hvor de potensielt kan utsette seg selv for risiko, som ved deling av nakenbilder med kjæresten.

«Prøver å snakke litt om at i alle fall i ungdomsstia så er det jo fort vekk at det blir slutt og hva skjer med de bildene du har fått eller sendt da? At man må på en måte tenke hakket lenger frem også, noe som jo er vanskelig for den aldergruppa.»

Forespørsler om å sende eller motta nakenbilder er noe informantene forteller at de bruker tid på å reflektere over med ungdommene, for å normalisere nysgjerrighet av nakenhet og andres kropp. Noen av informantene forteller at de er opptatt av å gjøre ungdommen til reflekterende og fornuftige mennesker, men at det også er viktig å formidle til dem at det er helt normalt å tabbe seg ut, gå på trynet og gjøre ting som de visste eller burde visst ikke var lurt, men at det også er lov til å snakke om det og reparere det som gikk galt. De ønsker å formidle at slike ting skjer innimellom, og noen ganger må man stå i det til det går over, men også åpne for at noen ganger må man spørre andre om litt hjelp og det er helt greit.

Informantene i ungdomsskolen fremhever planlagte samtaler i nasjonalt program som en viktig arena for å bli kjent med ungdommene. Her kommer de ofte inn på bruk av sosiale medier og deling av nakenbilder. Flere helsesykepleiere forteller at de der reflekterer sammen med ungdommene om hva de tenker om deling av nakenbilder og hvordan de vil håndtere slike forespørsler. De opplever at det er viktig å prioritere denne samtalen, selv om enkelte kommuner har valgt den bort de siste årene på grunn av mangel på ressurser. Det helsesykepleierne opplever som viktig her er at de får truffet alle elevene og pratet om hvem de er og hvordan de har det, og at de får dannet en relasjon med eleven.

Også på videregående får elevene tilbud om en slik samtale det første skoleåret, og en informant forteller at det er mange som takker ja til dette. Både på ungdomsskolen og på videregående skole forteller informantene at de ser at elevene lettere tar kontakt med dem etter en slik samtale.

De forteller også om at de møter barn og unge gjennom Åpen-dør og individuelle samtaler hvor barnet/ungdommen selv tar kontakt eller noen i relasjon tar kontakt på vegne av eller med bekymring for barnet/ungdommen.

Informantene er opptatt av å høre hva barn og unge selv tenker at de trenger. Noen av informantene har intervjuet ungdom på ungdomsskole for å høre hva de husker fra undervisningen de har hatt tidligere og hva de tenker at de trengte informasjon om og samtale rundt. De ser at det er nyttig å spørre eldre ungdom hva de i etterkant ser at var nyttig og hva de skulle ønske de fikk undervisning om, siden det kan være vanskelig å svare på dette for de som skal ha undervisning og informasjon for første gang.

Flere av informantene forteller også at de er bevisste på at de i tillegg til å prate om temaet de underviser i, også forteller litt om hvilke andre temaer de pleier å prate med barn og unge om for å åpne opp for og gjøre det lettere å se at dette også er ting de kan komme å ta opp dersom de føler de har behov for det. De forteller også at det er viktig å gjenta denne informasjonen ved hver anledning når de er i kontakt med elever på ulike arenaer i skolemiljøet. Når de er inne i klassen for å hilse på eller gi informasjon, så gjentar de hva andre pleier å prate med dem om, samtidig som de åpner for at alle er velkomne til å komme til samtale også for andre ting enn hva de har nevnt.

«Men sånn akkurat det med å ha undervisning og stå å snakke om disse tingene, det tror jeg gjør at flere ungdommer kanskje kan tenke at dette går det faktisk an å snakke med helsesykepleier om. Ja, sånn at det blir lettere å ta opp de temaene da, når vi tørr å stå å snakke om det i klassen uten å bli flau og viser at det er noe det går an å snakke om.»

Denne måten å presentere aktuelle temaer, som kan være vanskelige å prate om på, bruker informantene både i undervisningssammenheng ut mot hele klasser og i enkeltsamtaler med barn og unge. Flere av informantene forteller om hendelser hvor elever har kommet til samtale og de føler at det enten er noe annet eleven egentlig vil prate om eller at eleven har vanskelig for å starte samtalen. Ved å komme med slike eksempler på hva andre har pratet med helsesykepleier om, opplever informantene at det er lettere for eleven å komme med sin historie eller bekymring.

«Det merket jeg spesielt nå på en jeg hadde på dagtid på samtale hvor jeg følte at det var noe han egentlig ville snakke om men det kom liksom ikke frem da, også sa jeg at du vet at jeg jobber på helsestasjon for ungdom og der snakker jeg med ungdom om, også tok jeg liksom opp veldig mange tema da, som jeg sa at jeg snakker om, men da og kom jeg med litt eksempler og da plutselig kom det da, så da snakket han masse om ting rundt seksualitet og nett og porno og. Så man må jo vise at det er et tema man kan snakke om og at vi tåler å høre.»

Noen informanter bruker også anonymiserte historier fra virkeligheten, og ser at dette har effekt på elevene både når det brukes i klasser, grupper og individuelle konsultasjoner.

Informantene forteller at det er viktig at barn og unge får informasjon om viktigheten av å be om hjelp og at de trenger informasjon om hvem de kan henvende seg til for å få denne hjelpen. De understreker at de alltid forklarer barn og unge at de har taushetsplikt og hva denne innebærer. De presiserer at de ikke går videre med informasjon uten at eleven er informert, men forklarer også de få gangene dette er nødvendig på grunn av umiddelbar fare for liv og helse. I de tilfeller hvor de føler at andre er bedre i stand til å hjelpe, bruker de alltid tid på å få eleven med på laget og forstå hvorfor dette er nødvendig.

4.1.2. Overvekt av negativt ladet informasjon om seksualitet på sosiale medier

Flere av informantene drar frem at undervisningen de har i skolen ofte har et negativt fokus, særlig når det kommer til seksualundervisning og sosiale medier. De opplever at det blir mye fokus på farer som de må beskytte seg fra, i stedet for å gi dem verktøy som kan hjelpe dem til å ta gode valg, både i det virkelige liv og på sosiale medier.

Bruk av sosiale medier er tema på pubertetsundervisningen i 5. trinn og i seksualundervisningen på 9. trinn. Informanten på barneskolen forteller at de har en liten bolk som omhandler nettvett, deling av nakenbilder og lovverket på pubertetsundervisningen i 5. trinn. Også kontakt med ukjente på nett og sosiale medier blir nevnt under temaet nettvett på denne undervisningen. Informantene forteller at de er opptatt av at informasjon om risiko knyttet til bruk av sosiale medier og særlig fokus på deling av nakenbilder bør begynne allerede på barneskolen, og at det for mange vil være for seint å få denne informasjonen først på ungdomsskolen.

Informantene i ungdomsskolen har ulike opplevelser av hva ungdom husker å ha lært om seksualitet og sosiale medier fra barneskolen. Noen forteller at ungdommene har gode kunnskaper om lovverk og risiko, mens andre har blitt overrasket over at ungdommene ikke er kjent med dette når de har undervisning på 9. trinn.

Informantene forteller at de alltid har en del om deling av nakenbilder når de har undervisning på ungdomsskolen og videregående skoler, enten som fast tema i den planlagte undervisningen eller fordi det er noe ungdommene tar opp i løpet av undervisningen. Flere informanter forteller at de også snakker om lovverk knyttet til seksualitet og deling av seksualiserte bilder, samt pornografi i disse timene. Informantene bruker også undervisningsfilmer for å få barn og unge til å forstå rekkevidden av hva som kan skje når man deler noe på nett, og for å kjenne litt på hvordan det kan føles dersom de mister kontrollen over bilder og videoer. De forteller at dette handler om å få barn og unge til å forstå at de bestemmer over sine egne liv og selv har ansvar for det man gjør og hvilke konsekvenser det kan få.

«Derfor synes jeg den Delbart-filmen er så beskrivende, man får jo helt sånn vondt i magen når man ser den. Kjenner sånn virkelig på hvordan hun har det. Så jeg tror det å ha sånne ting å vise har veldig effekt på ungdommene.»

Flere informanter forteller at de prater om positive og negative ting med pornografi, for å gjøre ungdommene oppmerksomme på at det de ser i pornografiske filmer som regel

ikke representerer normal sex. Flere informanter sier at de tror pornografi ofte er barn og unges første møte med sex, og at de starter å se på det tidlig fordi det er så lett tilgjengelig. Informantene forteller at de opplever det som viktig få frem at pornografi er overdimensjonert og ofte preget av vold, hard sex og krenkelser.

4.2. Samarbeid om utvikling av barn og unges seksuelle helsekompetanse

Informantene forteller at de samarbeider med flere aktører for å gi barn og unge et helhetlig tilbud.

4.2.1. Samarbeid i skole og skolehelsetjeneste

Skolen beskrives som en viktig samarbeidspartner fordi den ser elevene hele tiden og når dem på en annen måte enn hva helsesykepleier gjør. Skolehelsetjenesten og skolen har det samme målet om at barn og unge skal klare seg best mulig og bli «gangs menneske».

En av informantene forteller at de tidligere har samarbeidet med skolen om et stasjonsbasert undervisningsopplegg på 9. trinn som omhandlet blant annet seksualitet, nettvett, legning og andre ting som både skolen og skolehelsetjenesten opplevde var viktige for ungdommene. Informanten forteller at dette var en dag som fungerte godt, men som nå var blitt bortprioritert. Ellers beskriver informantene samarbeidet rundt seksualundervisning med at helsesykepleier informerer skolen om hva innholdet i undervisningen skal være, slik at de ansatte i skolen vet hva som blir tatt opp og kan følge opp det i ettertid. En informant forteller at de er i gang med å formalisere samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen gjennom en samarbeidsavtale, hvor et av temaene er hvordan de skal samarbeide om undervisning. Informantene forteller også at de samarbeidet med skolen gjennom at lærer rådfører seg med helsesykepleier eller sluser barn og unge inn når de får vite om uheldige hendelser, for eksempel at det har blitt delt bilder av en elev.

Informantene har ulike opplevelser av hvor godt dette samarbeidet fungerer. De informantene som sier noe om utfordringene med samarbeidet, forteller at skolen gjerne har sin agenda og helsesykepleier en annen agenda, og at helsesykepleier må selge seg inn. En informant som arbeider på videregående skole forteller at hun opplever det som utfordrende at hun er avhengig av tillatelse fra skolen for å gi seksualundervisning til elevene.

«Men det som jeg ser som utfordringen min på videregående er at der er det skolen som skal si ja til at jeg skal ha undervisning. Jeg får ikke ha seksualundervisning for alle, men noen klasser har jeg hatt det. Det er, særlig nå i Korona, jeg har jo foreslått Teams-undervisning for eksempel, men jeg har ikke fått gjennomslag ennå.»

De fleste helsesykepleiere på ungdomsskolen forteller at de tror og har en forventning om at nettvett og bruk av sosiale medier har vært tema på barneskolen både fra helsesykepleier og skole, men de sier at de ikke vet hvordan lærere og helsesykepleier på barneskolen har undervist om temaet eller på hvilken måte informasjonen er blitt formidlet.

Informantene forteller at de også samarbeider med skolen for å nå foreldrene gjennom foreldremøter på utvalgte trinn. På barneskolen er dette på 3. og 5. trinn, hvor helsesykepleier også er inne i klassen og har undervisning for elevene. På disse foreldremøtene informerer helsesykepleier om hvilke temaer som tas opp i undervisningen. På ungdomsskolen forteller alle informantene at helsesykepleier deltar på foreldremøter på 9. trinn, mens det er noe varierende om de deltar på 8. og 10. trinn. Noen av informantene forteller at helsesykepleier er på foreldremøte på 8. trinn, men bare for å presentere seg fordi dette foreldremøtet har så mye annet innhold.

Samarbeid innad i skolehelsetjenesten er det flere som forteller om. En informant forteller at deres tjeneste er oppbygd slik at helsesykepleierne arbeider i team. Hun forteller at dette innebærer at de er flere helsesykepleiere som har ansvar for de forskjellige skolene, og at de dermed kan samarbeide om blant annet undervisning, vaksinerings, og det gjør det lettere å ha en åpen-dør-funksjon. Flere informanter forteller om en slik fordeling hvor flere helsesykepleiere arbeider på samme skole, og de forteller at de opplever denne måten å arbeide på som god, trygg og lærerik fordi de lærer av hverandre og kan bruke hverandre til kollegaveiledning.

«Vi kaller det team fordi vi har erfart at hvis vi har bare en person på en skole så blir det veldig sårbart. Også ønsker vi å styrke fagteamene våre slik at vi kan ha støttende og overlappende funksjoner. Vi får til mer når vi samarbeider, både i forhold til lik tjeneste og i forhold til tilbudet som kommer ut.»

Flere informanter forteller om et godt samarbeid med skolelege, og noen samarbeider også med psykiatrisk sykepleier i ulike undervisningsopplegg.

4.2.2. Samarbeid med andre aktører

I undervisningssituasjonen har de ulike kommunene forskjellige løsninger på hvordan undervisningen gjennomføres, og hvem de samarbeider med dette om. På noen skoler er det helsesykepleierne selv som gjennomfører all undervisning, andre steder har de egne helsesykepleiere som reiser rundt på de forskjellige skolene for å gjennomføre seksualundervisningen, mens noen forteller at de også henter inn eksterne som gjennomfører undervisningen enten på egen hånd eller i samarbeid med helsesykepleier. Det er noen ulikheter ut fra kommunestørrelse i hvor stor grad helsesykepleier på skolen gjør undervisningen selv eller henter inn eksterne aktører, i små kommuner oppgir helsesykepleierne at de stort sett gjennomfører all undervisning selv, da tilgangen på eksterne undervisere er liten. I større kommuner forteller de i større grad om eksterne aktører som bidrar inn i undervisningen.

En annen samarbeidspartner som informantene forteller at de benytter seg av er politiet og Kripos. Noen informanter forteller at de i seksualundervisningen bruker materiale som

er utarbeidet av Kripos, slik som screenshots (skjermdumper) som barn og unge kan benytte som svar på spørsmål om nakenbilder. Noen benytter filmer fra politiets undervisningsopplegg Delbart eller henviser til politiets nettsider som en kilde hvor de kan finne råd og hjelp dersom de opplever ulovlig deling av bilder og film. Hos noen skoler har politiet egen undervisning om deling av seksualisert materiale. En informant forteller at hun deltar på denne undervisningen, og har en egen del på slutten for å få inn temaer som hun opplever som viktige og som politiet ikke fokuserer på. En annen informant forteller at helsesykepleier i kommunen sitter i team med politiet og at de der får høre hva politiet opplever er trenden blant ungdommer.

Flere av informantene forteller også at de benytter seg av politiets tjenester opp mot enkeltelever i samtaler. Dette kan være dersom en elev kommer til helsesykepleier på grunn av trusler eller deling av bilder. Flere informanter forteller at de har vært i telefonsamtale med politiet mens eleven er der for å få fortalt hva som vil skje dersom de anmelder, og informantene opplever at dette trykker elevene.

4.3. Seksuelle krenkelser forties

4.3.1. Helsesykepleiers kunnskap om frivillig seksuell eksponering og reaksjoner på krenkelser

Når det gjelder risiko som barn og unge kan møte i sin seksuelle utforskning på sosiale medier, så er det deling av nakenbilder/nudes som er det første informantene forteller om og det de sier de får aller flest henvendelser om i samtaler med barn og unge når det kommer til temaet seksualitet og sosiale medier. Alle informantene som har fast tilholdssted på en skole har hatt samtaler med elever som har fått delt nakenbilder eller som har kommet opp i situasjoner hvor de har fått tilsendt uønskede nakenbilder, blitt bedt om å sende nakenbilder eller selv har spurt om å få nakenbilder av jevnaldrende. Informantene som jobber på ung.no forteller også at de får mange henvendelser som går på det å dele eller motta nakenbilder. Erfaringene informantene forteller om er at deling av nakenbilder noen ganger starter allerede på mellomtrinnet på barneskolen.

Informantene forteller at de opplever at deling av nakenbilder kan være noe fint mellom to hvor det føles greit å dele bilder og begge har lyst, de har kanskje vært sammen lenge og er trygge på hverandre, men dette er noe de opplever at ungdom ikke snakker så mye med dem om, kanskje fordi det ikke ses på som risikabelt eller ugreit. Eller at noen har en flørt gjennom sosiale medier hvor det er fort at det utvikler seg til deling av nakenbilder, særlig hvis man er forelsket.

I slike situasjoner oppstår gjerne problemet når bildene blir lagret og forholdet tar slutt. Flere informanter har fortellinger om ungdom som blir truet med at nakenbilder av dem vil bli delt dersom de ikke fortsetter i forholdet eller at eks-kjæresten deler bilder med venner som igjen deler det videre. Informantene har også fortellinger hvor bilder har blitt delt uten noen trussel eller «forvarsel» og hvor ungdommen har fått vite via andre at det er delt nakenbilde av vedkommende.

Flere informanter forteller også at barn og unge sier at det er vanskelig å si nei til å sende nakenbilder på grunn av en massesuggesjon om at man bør våge, samtidig som

informantene sier at det nok knytter seg en slags spenning til det som kan gjøre det fristende å sende eller ta imot nakenbilder. En informant forteller at hun har pratet med ungdommer som forteller at de føler at de må oppgi en grunn for å ikke sende nakenbilder på forespørsel.

«Ja, det må liksom begrunnes i at «Nei, det passer ikke akkurat nå» eller «Jeg har ikke tid akkurat nå» eller det er sånne litt rare unnskyldninger som jeg tenker at det trenger de egentlig ikke å si. Altså de må ikke begrunne hvorfor de ikke vil sende eller få. Men det er de veldig opptatt av.»

Noen informanter forteller at de har hørt historier hvor eldre personer, gjerne menn, utgir seg for å være ei ung jente på sosiale medier og kontakter barn og unge med hensikt om å få bilder eller begå seksuelle overgrep, men ingen av informantene har hatt samtaler med barn og unge som har opplevd dette. Et par av informantene forteller at de har snakket med ungdom som har blitt kjent med andre via dataspill med chatfunksjon hvor sex etter hvert har blitt et samtaleemne, men ingen av disse barna har opplevd ubehageligheter rundt dette. En informant forteller at hun tror det er mange problemer knyttet til denne typen kommunikasjon som ikke blir fanget opp. Flere av informantene forteller at dette er problemstillinger som de ser kan være nyttige å ta inn i undervisningen og samtalene de har med barn og unge, men at det så langt enten ikke har vært et tema de tar opp eller det er et tema som nevnes i forbindelse med nettvett uten at de går i dybden på det.

«Å treffe ukjente på sosiale medier, det burde vi nok snakket om, men det er ikke noe vi har hatt veldig fokus på.»

4.3.2. Skam: Et hinder for å be om hjelp

Flere av informantene har hatt samtaler med ungdommer som har fått nakenbilder av seg selv spredt via sosiale medier, og de forteller at de opplever at det knytter seg mye skam til dette. Informantene opplever at ungdom har mye skyldfølelse, særlig når de har sendt bilder selv, fordi mange føler at de burde visst bedre. De er også redde for reaksjonene fra andre og at mange skal få vite om bildene, også utover de som allerede vet det eller har sett bildet eller filmen.

«Det går jo ofte ut over psykisk helse når de har slike bekymringer. Hvis de, for eksempel, vet at det ligger ute en video av dem så er det jo helt forferdelig. De har jo ikke kontroll, og de vet ikke hvor mange som har sett den og man blir utrygg på alle man møter, for du vet ikke om de har sett den eller har den blitt sendt bare i en lukket gruppe ... Ja, man mister jo helt kontrollen når det blir delt på nett.»

Informantene forteller også at barn og unge har en høy terskel for å varsle eller anmelde forespørsler om bilder eller spredning av film og bilder hvor de kjenner vedkommende. Dette forteller de at ofte skyldes frykt for den de kjenner eller at de ikke ønsker å skape konflikt. Informantene forteller at trusler kan gjøre at elevene er redde for represalier fra

den de anmelder og varsler på. Eksempler som nevnes er at de trues med at det vil bli spredd flere bilder eller videoer av dem, de som sprer bildene kan true med å ta sitt eget liv eller de trues med at det vil bli spredd rykter. Slike trusler kan ikke barn og unge håndtere alene, og helsesykepleier må sammen med eleven finne gode løsninger.

Også omtanke for den andre er noe informantene forteller at forhindrer barn og unge fra å varsle om ulovlige henvendelser eller spredning av bilder og film. Dette er gjerne personer som de kjenner og fortsatt må ha en relasjon til i ettertid, og de er redde for at vedkommende skal bli såret eller at det skal få konsekvenser også i fremtiden.

«For det er av og til snakk om å melde eller ikke. Men det er veldig sjelden at de melder, det er veldig høy terskel og det er ofte fordi det er folk de kjenner. Det kan være at det vil få så store konsekvenser for ham hvis jeg melder... og det kan være sånn: Jeg vet at han har lyst til å jobbe med barn eller jeg vet at han har lyst til å reise til USA. Altså, de tenker jo på den andre fordi de kjenner han, så det blir ikke en fremmed overgriper som har trådd over grensen.»

Flere informanter forteller at de opplever at ungdom har god kontakt med familien sin, og klarer å betro seg til dem når de trenger hjelp og at det er viktig at foreldrene forstår hvor betydningsfulle de er, også for ungdommen. Men når det gjelder overgrep og andre ting som oppleves som krenkende, så kan det være for vanskelig å snakke med foreldre. En informant forteller at hun tror ungdom velger å ikke fortelle slike ting til foreldre fordi de er redde for at foreldrene skal bli veldig bekymret eller se på dem på en annen måte. Dersom barn og unge betror seg til helsesykepleier før de forteller til noen andre, forteller flere at de bruker mye tid på å motivere dem til å fortelle til foreldrene, og de fleste gangene går dette fint og barnet eller ungdommen sier i etterkant at det var godt å få pratet med foreldrene om det.

4.3.3. Helsesykepleiers forslag til løsning

Gjennom intervjuene fremkommer det at informantene følger de anbefalingene som er gitt fra nasjonale myndigheter om tidspunkt og tema for når de har undervisning og faste konsultasjoner i skolehelsetjenesten. De opplever derimot at det er satt av for kort tid til undervisningen, og mener at den med fordel kan deles opp og gjentas etter hvert som barna vokser og utvikler seg. De forteller at undervisningen må ta høyde for at barn og ungdom gjennomgår en modning i hjernen og at det burde hensyntas at de kanskje ikke er i stand til å ta inn over seg og forstå informasjonen på det tidspunktet den gis. Dette er en faktor som kan gjøre at undervisningen kanskje ikke treffer alle. På bakgrunn av disse faktorene ser de behovet for at informasjonen må gjentas og tilpasses ungdommens behov. Noen av informantene har forsøkt å gjøre slike tilpasninger i undervisningen de gir. En informant forteller at de opprinnelig hadde seksualundervisningen på 10. trinn, men opplevde at dette var for sent, så undervisningen ble flyttet til 9. trinn. I kommunen hvor informanten fra barneskolen jobber har de valgt å sette inn en ekstra gruppekonsultasjon året etter pubertetsundervisningen. Her har de jente- og guttegrupper hvor de gjentar informasjonen fra pubertetsundervisningen, og hvor de også har begynt å snakke litt om sosiale medier.

Informantene forteller at deres inntrykk er at barn og unge ønsker at de voksne kan si noe om hva som er bra med sex. At seksualiteten skal være noe som er godt og trygt og få frem refleksjoner rundt hvem de er, hvordan er deres kropp og egne grenser og hvordan nærme seg andre.

«Og det handler jo mye om det å bli trygg på deg selv og kjenne din egen kropp, og jo mer du kjenner din egen kropp jo lettere er det for deg å sette grenser og si ifra og det vil jo være det samme digitalt, egentlig.»

Flere forteller at de ønsker å snu dette, ha større fokus på det positive, men likevel klare å flette inn alle de andre tingene hvor man har pleid å stå med pekefingeren. De har et ønske om å ikke være moraliserende, men likevel nå ut med den informasjonen som barn og unge trenger.

«Også blir det veldig mye anatomi og veldig mye prevensjon. At man heller kunne gått litt fortere gjennom det, og heller snakket om litt mer glede ved utforskning av seksualitet og sosiale medier.»

Informantene sier også at det er viktig å formidle til barn og unge at det er helt normalt å være interessert i andre sine kropp, og at det ikke er noe rart ved å ha lyst til å sende nakenbilder og lettkledde bilder til hverandre og få tilbakemeldinger fra andre og anerkjennelse for den kroppen man har. Informantene forteller at barn og unge selvfølgelig må kjenne til konsekvensene av dette og at de gjør seg selv sårbare, men at ønsket og lysten ikke må gjøres til noe unaturlig og skamfullt slik at kropp blir noe unaturlig, og at man går rundt og er redd for alt som kan skje.

«Jeg tror ikke vi kan stå med pekefingeren og si at dette er dumt for de gjør det jo likevel, sånn at de må ha noen andre redskaper til å håndtere det.»

Informantene forteller om viktigheten av å bruke anledningene de har til å vise seg frem for elevene, slik at de skal vite hvem de er og bli kjent med dem, slik at det da skal bli lettere for elevene å ta kontakt med dem. Eksempler de drar frem på slike møter er 8. klassesamtalen, undervisningssituasjoner, foreldremøter, merkedager, samt hilserunder rundt i klassen ved starten av skoleåret. Informantene opplever at elevene tar kontakt med dem etter slike møtepunkter, og flere er bevisste på å sette av tid til dette like etterpå eller de neste dagene slik at ventetiden på samtale skal være kort. Denne åpen-dør funksjonen er informantene raske til å fremheve som en viktig funksjon for å hjelpe barn og unge, og de poengterer at de burde hatt mer tid til dette. Informantene forteller at de opplever at barn og unge tar kontakt dersom de har mulighet til å ha tilgjengelig åpen-dør-funksjon, hvor de får samtale med en gang eller i løpet av kort tid etter henvendelsen. En informant forteller at ungdom gjerne trenger å snakke med noen der og da, for da er de klare til å prate, og de kommer gjerne ikke tilbake senere fordi de da kan ha mistet motet.

«Det er ofte hvis de bare stikker innom, for da er det kanskje en venninne eller noe som har klart å motivere de til endelig å gå, også kommer de til stengt dør, da er ikke det noe særlig. Eller hvis man sitter opptatt da, for det kan man jo gjøre, men da kan man si at jeg henter deg om 10 minutter eller at de bare kan vente på

utsiden. Men hvis man ikke har noen åpen-dør-tid til det, så ja, da sier det seg selv, da får man ikke snakket så mye heller. Noen av dem vil man da miste.»

På skoler hvor det er flere helsesykepleiere, har noen av informantene forsøkt å løse dette ved å fordele arbeidstid og oppgaver slik at det alltid er en helsesykepleier til stede og tilgjengelig for elevene. Andre steder har de tilgjengelig telefonnummer dersom de ikke er på skolen, eller elevene ikke er på skolen. Noen forteller at elevene har mye hjemmeskole i forbindelse med Koronapandemien og at det da er via telefon elevene kan komme i kontakt med helsesykepleier.

Flere av informantene forteller at de ser at det er en gruppe barn og unge som ikke tar kontakt og som de ikke vet hva som skal til for at de skal be om hjelp. Flere sier at det særlig er gutter som de strever med å nå ut til. En informant hadde tatt tak i dette og intervjuet ungdom på ungdomsskole og videregående for å få svar på hva som gjør at de ikke benytter helsetjenesten i så stor grad. Svarene her var at de ønsket muligheten til å være anonyme, det var ubehagelig å gå til venterommet, samt at gutter opplever at de skal være tøffe og ordne opp selv. Flere ungdommer ga uttrykk for at de ønsker å nå helsesykepleier gjennom en chatte-tjeneste. De opprettet derfor en konto på Snapchat som de bruker for å formidle informasjon ut til brukerne. Her har de følgere både fra barneskole og ungdomsskole, samt foreldre, og det er mulig å komme med spørsmål de lurer på og gi innspill til temaer som skal tas opp. Her hadde de tidligere Yolo-appen tilknyttet Snapchat-kontoen som gjorde at følgerne kunne komme med spørsmål og forslag anonymt. Dette var veldig populært og informanten hadde inntrykk av at det var mange gutter som brukte denne appen og som likte anonymiteten. Dette gjorde at de fikk til en dialog med ungdommene, som turte å spørre om mye mer enn på andre arenaer, opplevde informanten. Informanten fortalte videre at dette dessverre er en app som er noe omdiskutert på grunn av mulighet for misbruk, så helsesykepleierne måtte slutte å bruke den. De ser derfor behovet for en trygg kanal hvor barn og unge kan være anonyme. Informanten forteller at de på den måten kunne nådd ut til barn og unge som ikke nødvendigvis ønsker en samtale med helsesykepleier, men som bare har spørsmål og ting de lurer og vil ha svar på. Informanten er usikker på om det finnes et slikt alternativ som de kan benytte seg av, men tror at de kunne nådd mange flere ved et slikt tilbud. En informant forteller også at hun har opplevd stor forskjell i antall henvendelser på Helsestasjon for ungdom, ut fra beliggenheten på kontoret. Da det var et stykke å gå fra skolen så var det lite besøk, men med en gang det ble flyttet til et sted som var nærmere, så sprengte de besøksstatistikken.

Flere av informantene forteller også at det er viktig at helsesykepleiere som gir undervisningen fremstår som trygge og har gode kunnskaper om emnet de underviser i. Noen av informantene fremhever at undervisningen som gis blir utarbeidet av hver enkelt eller som et samarbeid mellom helsesykepleiere innad i en kommune. Dette kan gi forskjeller i innholdet i undervisningen på grunn av at det krever ressurser å holde seg faglig oppdatert i tillegg til at de skal gjennomføre sine lovpålagte oppgaver. En informant tror at dette kan bli bedre dersom det opprettes et kompetansesenter hvor det finnes gode idebanker som kontinuerlig utvikles og oppdateres, og at dette blir en bank som det oppfordres til å bruke. På den måten vil opplæringen som gis være basert på lik og oppdatert kunnskap.

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg først diskutere resultatene fra studien opp mot foreliggende empiri og teori. Deretter vil jeg diskutere metoden som ble brukt og utfordringer knyttet til denne.

5.1. Diskusjon av resultater

I dette kapittelet vil jeg vurdere denne studiens funn opp mot foreliggende empiri og teori. Jeg har funnet få norske undersøkelser som ser på helsesykepleiers helsefremmende og forebyggende arbeid knyttet til seksuell utforskning på sosiale medier, jeg har derfor brukt rapporter og statlige føringer som supplement. Det finnes noen utenlandske studier fra USA og land som har en annen samfunnsstruktur og organisering av helsevesenet sammenlignet med Norge, men disse kan være vanskelige å overføre til norske forhold, jamfør Suseg et al. (2008), som hadde lignende utfordring med å finne norske undersøkelser knyttet opp til seksuelle overgrep via moderne kommunikasjonsmetoder. Også når det kommer til seksualundervisning, vil det være forskjeller mellom hvordan dette prioriteres og gjennomføres i ulike land, selv i de nordiske landene er det forskjeller på rammene og vektingen av seksualundervisning, til tross for at det er obligatorisk i de nevnte landene (Roien & Simovska, 2018). Jeg har likevel valgt å ta med noen utenlandske studier der hvor jeg har vurdert at det er likhetstrekk som kan være aktuelle også for norske forhold.

5.1.1. Etablere helhetlige samarbeidsstrukturer

På skolene hvor informantene i denne studien arbeider er det hovedsakelig helsesykepleier som har gjennomført seksualundervisningen. Noen har deltatt sammen med skolen, og noen har hatt eksterne bidragsyttere inn i deler av undervisningen. I 2017 gjennomførte Sex og samfunn i samarbeid med Kantar TNS en undersøkelse blant elever i 10. klasse og 1. vgs for å kartlegge hvordan elevene opplevde seksualundervisningen i skolen (Sex og samfunn, 2017). 2433 elever svarte på denne undersøkelsen. Her kom det frem at de aller fleste ungdommene (9 av 10) har hatt seksualundervisning på skolen, og mellom 6 og 7 av 10 har fått denne undervisningen av helsesykepleier. Helsesykepleierne har dermed en stor rolle i opplæringen som barn og unge har om seksualitet og de temaene som faller inn under dette. Toreid (2015) viser til tall fra utdanningsdirektoratet utgitt i 2009, der skolehelsetjenesten er delaktig i skolens seksualundervisning i 92% av norske kommuner. Også Stølen-Nilsen (2017) fant i sin masteroppgave at helsesykepleier har en sentral rolle i skolens seksualundervisning på de aktuelle skolene hvor hun gjennomførte sin undersøkelse. Dette samsvarer med anbefalingen gitt fra Helsedirektoratet (2020a) om at skolehelsetjenesten bør bidra inn i skolens seksualundervisning for å sikre at barn og unge får nødvendig kunnskap og handlingskompetanse om seksuell helse. Barneombudet (2018) fant gjennom samtaler med ungdom at flere ser på det som positivt at andre enn lærerne har seksualundervisning med dem. I undersøkelsen gjennomført av Sex og samfunn (2017)

svarer også 8 av 10 at de opplever at seksualundervisningen er viktig for å få et godt forhold til egen kropp og 7 av 10 ønsker mer seksualundervisning i skolen.

I hvor stor grad seksualitet, aspekter ved seksualitet på nett og nettvett blir undervist i andre fag på skolen, har informantene liten oversikt over. Dette samsvarer med andre undersøkelser som viser at helsesykepleiere har liten kjennskap til skolens læreplaner (Helsedirektoratet, 2020b). Informantene i denne studien legger likevel til grunn en forventning om at dette er temaer lærerne snakker med elevene om. I skoleåret 2020/21 ble det innført ny læreplan for alle fag i grunnskolen og emnet Folkehelse og livsmestring ble introdusert som et nytt tverrfaglig tema både i grunnskolen og i den videregående skolen (Utdanningsdirektoratet, udatert). I beskrivelsen av emnet, som blant annet skal omhandle seksualitet og kjønn, samt mediebruk, beskrives det at emnet skal gi elevene kompetanse som gjør dem i stand til å kunne sette grenser og respektere andres, ta ansvarlige livsvalg og lære å håndtere medgang og motgang (Utdanningsdirektoratet, udatert). Denne studien ble gjennomført i oppstarten av dette emnet, og kan dermed ikke si noe om hvordan dette vil påvirke samarbeidet, men innholdet samsvarer godt med det innholdet helsesykepleierne forteller om fra sin undervisning. Informantene var opptatt av å gi kunnskap og refleksjoner rundt egen seksuell identitet og hvordan sette grenser for egen kropp og hvordan nærme seg andres uten å trå over deres grenser.

Helsedirektoratet (2020b) anbefaler at helsesykepleier får en innføring i kompetansemålene som gjelder for skolens undervisning om seksualitet og delta i planlegging og koordinering av seksualundervisningen.

Informantene i min studie angir skolen som sin aller viktigste samarbeidspartner, men de beskriver i liten grad et faktisk tverrfaglig samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen når det kommer til utvikling av barn og unges seksuelle helsekompetanse. Ifølge Mellin (2009) kan man skille mellom flerfaglig samarbeid hvor ulike profesjoner arbeider parallelt og tverrfaglig samarbeid hvor man benytter seg av hverandres kunnskap for å nå et felles mål. Ut fra resultatene i min studie kan det virke som at skolen og skolehelsetjenesten hovedsakelig praktiserer et flerfaglig samarbeid hvor helsesykepleier bidrar inn i undervisning og oppfølging av elever, uten at dette ses i sammenheng med det arbeidet skolen gjør på samme område. Kun en av informantene kunne fortelle om et faktisk samarbeid med skolen knyttet til arbeid rundt barn og unges seksuelle helsekompetanse. Denne informanten hadde et samarbeid med skolen i forbindelse med 9. trinns seksualundervisning. Informantene beskrev dette som et godt opplegg hvor både skolen og skolehelsetjenesten var delaktig i utvelgelse av temaer som de opplevde som viktige for ungdommen. Denne måten å arbeide på var senere blitt bortprioritert. Dette kan tyde på at samarbeidet ikke var systematisert og forankret i ledelse og virksomhetsplaner eller evaluert gjennom måling av effekt.

Informantene i studien ser på det som en del av sine arbeidsoppgaver å undervise om seksualitet, og i grunnskolen er det ingen informanter som forteller om utfordringer ved å få gjennomført denne typen undervisning. I videregående skole opplever derimot en informant at hun må be om tillatelse til å gjennomføre seksualundervisning, og det er opp til skolen å avgjøre om dette kan gjennomføres. Informanten beskriver at hun har fått tillatelse i noen klasser, men ikke alle. Dette gjør at elevene ikke får et likeverdig tilbud ettersom det vil være noen elever som får undervisning mens andre ikke får dette tilbudet. En studie fra England, som så på barrierer helsesykepleiere i

skolehelsetjenesten møter, fant at helsesykepleier ofte måtte bruke en rekke strategier for å få tillatelse til å gjennomføre seksualundervisning, og at det ofte var skolen og lærerne som ga tillatelse til dette når det passet inn i timeplan og læreplan (Cleaver & Rich, 2005). Gjennom kunnskapsløftet 2020 har seksualundervisning blitt innført som en obligatorisk del av videregående opplæring (Sex og politikk, Udatert-a; Utdanningsdirektoratet, udatert). Dette kan gjøre det lettere for helsesykepleiere i videregående skole å få gjennomført seksualundervisningen og gi et likeverdig tilbud til alle elevene.

Endringen i opplæringsloven i 2018 påla skolen en samarbeidsplikt med skolehelsetjenesten, både i oppfølging av enkeltbarn så vel som på systemnivå ("Opplæringslova – oppll," 1998). Dette kan være en viktig forutsetning for å utvikle et godt samarbeid. Prosjektet «Et lag rundt eleven», som ble igangsatt skoleåret 2017/2018, var et forskningsprosjekt for å bidra til mer flerfaglighet i skolen (Meld. St. 19 (2018/2019)). Dette prosjektet gikk over to år, og gikk ut på at utvalgte skoler fikk en ekstra helsesykepleierressurs (Meld. St. 19 (2018/2019)). Rapport etter endt prosjekt viste ingen effekt på læringsmiljø og fravær, men en mulig positiv effekt på resultatet på nasjonale prøver i engelsk og regning for gutter (Federici et al., 2020). Studien viser likevel at rektorer, lærere og helsesykepleiere er svært positive til det felles samarbeidet og at dette er et godt fundament for et velfungerende flerfaglig samarbeid. I studien fant de også at det er store forskjeller på hvordan samarbeidet foregår på de ulike skolene, men at gode strukturer og bredere forankring kan bidra til at dette samarbeidet blir mindre personavhengig (Federici et al., 2020). Waldum-Grevbo (2018) fant gjennom en spørreundersøkelse blant 3750 helsesykepleiere i skolehelsetjenesten at det strukturerte samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten varierte mye fra skole til skole og fra kommune til kommune, og at helsesykepleierne hadde ulike erfaringer med samarbeidet. Noen beskrev et godt samarbeid, mens hos andre var mangelen på system tydelig. Flere respondenter i den aktuelle studien så at økte ressurser i skolehelsetjenesten gjorde samarbeidet bedre, men det var fortsatt viktig at helsesykepleier var «på» for å bli en del av skolen. Også i min studie var det tydelig at det var ulikheter i hvor godt samarbeidet med skolen fungerte og på hvilken måte skolen og skolehelsetjenesten samarbeidet på. Waldum-Grevbo (2018) fant i sin studie at hoveddelen av respondentene deltar på faste samarbeidsmøter med skoleledelsen, men det er store variasjoner i hvor ofte disse møtene foregår og hvem som deltar. Mens noen anga å ha ukentlige møter, er det noen som bare har årlige møter og bare 30 % svarer at de deltar på skolens planleggingsdager. Studien viste også at det var ulikt om møtene var med rektor eller annet personale på skolen.

I nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjenesten er det en sterk anbefaling at skolehelsetjenesten bør ha et systemrettet samarbeid med skolen (Helsedirektoratet, 2020a). Dette samarbeidet blir beskrevet som viktig og grunnleggende, særlig for det helsefremmende arbeidet som omfatter hele elevpopulasjonen eller grupper av denne. Et systematisk samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen bør blant annet ha som mål å oppnå et felles verdigrunnlag og avklaring av roller og ansvar (Helsedirektoratet, 2020a). Dette innebærer at skolehelsetjenesten bør delta i aktuelle fora på skolen, som møter med skolens ledelse og pedagogisk personell og planleggingsmøter.

En informant fortalte om arbeidet med å opprette en samarbeidsavtale mellom skolen og skolehelsetjenesten. En slik gjensidig bindende avtale hvor blant annet samarbeid om

undervisning formaliseres vil være et godt steg på veien mot en helhetlig samarbeidsstruktur mellom skolen og skolehelsetjenesten. Dersom helsesykepleiers seksualundervisningen blir anerkjent som pensumundervisning og vurdert inn i skolens lokale læreplan, vil ikke undervisningen bli tilfeldig, men dette krever at helsesykepleier deltar på samarbeidsmøter og planleggingsmøter (Toreid, 2015). Også Helsedirektoratet (2020b) anbefaler at det etableres et systematisk samarbeid mellom disse to aktørene slik at barn og unge får en helhetlig seksualundervisning. Ved å opprette et systemrettet og strukturert samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen vil det være mulig å samarbeide at samarbeidet blir personavhengig og tilfeldig, og det vil kunne gi barn og unge et helhetlig tilbud som favner det beste fra begge tjenestene.

Også innad i skolehelsetjenesten viser denne studien at det er mangel på helhetlige samarbeidsstrukturer. Informantene i denne studien har noe ulike måter å gjennomføre seksualundervisningen på. De støtter seg til forskrifter og nasjonale faglige retningslinjer, men det er ellers lite samhandling med andre og innholdet i undervisningen som gis vil være personavhengig og variere fra kommune til kommune. Dette samsvarer med funn fra Stølen-Nilsen (2017), som viste at helsesykepleiere i ungdomskolen følger nasjonale retningslinjer som gir en viss likhet i tematikk, men at det er forskjeller på kommunenivå og på skolenivå hvor mye seksualundervisning som blir gitt av helsesykepleier. I min studie er det flere informanter som forteller om et samarbeid innad i skolehelsetjenesten hvor helsesykepleiere på samme skole samarbeider om blant annet undervisning for å gi barn og unge en lik tjeneste, men det er også informanter fra ungdomsskolen som forteller at de ikke vet hva innholdet er i undervisningen gitt fra helsesykepleier i barneskolen.

Når det gjelder innholdet i undervisningen, viser denne studien at det ofte er opp til hver enkelt helsesykepleier å utforme undervisningen eller velge ut hvilket undervisningsmaterieil som skal benyttes. Også Lien (2018) beskriver i sin masteroppgave at helsesykepleierne har ulike tilnærming til seksualundervisningen og har ulik prioritering av tema. Dette kan tyde på at mangel på evidensbasert undervisningsmaterieil som er tilpasset helsesykepleiers arbeid i skolehelsetjenesten gjør at hver enkelt helsesykepleier må sørge for å holde seg faglig oppdatert og utarbeide et undervisningsopplegg som både favner føringer lagt i forskrifter og veiledere, men også tar hensyn til hva barn og ungdom selv er opptatt av og hva som rører seg av trender i samfunnet. Dette er tidkrevende i et allerede ambisiøst program som skolehelsetjenesten skal dekke (Engh et al., 2018).

De fleste informantene benytter seg av hele eller deler av undervisningsmateriellet som er utarbeidet av andre aktører og som er beregnet på en annen yrkesgruppe eller for å favne flere yrkesgrupper. Flere nevner politiets undervisningsopplegg «delbart» som er tilrettelagt for at lærere, helsesykepleiere, miljøarbeidere mm kan benytte seg av det (Politiet, Udatert). Informantene benytter også undervisningsopplegg utarbeidet av Redd Barna. Redd barna har utarbeidet relevant undervisningsmaterieil blant annet om vold og overgrep og nettvett. Dette er beregnet til bruk i barnehage og skole (Redd Barna, Udatert). Ingen av informantene sier noe om at de eller skolene de arbeider på bruker undervisningsopplegget «uke 6». «Uke 6» er utviklet av Sex og Politikk, og er et undervisningsopplegg om seksualitet i grunnskolen og videregående opplæring (Sex og Politikk, udatert-c). Denne undervisningen tar utgangspunkt i skolens kompetansemål, men kan også brukes av andre som underviser eller prater med barn og unge om

seksualitet (Sex og Politikk, udatert-c). I 2021 har tema på ungdomsskolen vært «digital seksualitet» hvor flørt, nettdating og digital mobbing har vært viktige emner, og hvor refleksjon over positive og negative aspekter ved denne typen kommunikasjon har vært en målsetting (Sex og politikk, udatert-b). Selv om heller ikke dette er tilpasset helsesykepleieres undervisning, er dette det undervisningsopplegget jeg har funnet som lettest kan tas i bruk i skolehelsetjenesten uten behov for store tilpassinger. Det er dog en omfattende undervisning, som kanskje best egner seg dersom også skolen tar det i bruk.

I en nyhetssak på sykepleien.no uttaler leder for Landsgruppen av helsesykepleiere seg om undervisningsopplegget «delbart» da det ble gjort tilgjengelig for andre undervisere enn politiet (Hofstad, 2020). Her applauderer hun undervisningsopplegget, men poengterer at det er viktig at det ikke lages utallige undervisningsopplegg som det forventes at helsesykepleiere skal gjennomføre. Hun sier videre at hun ønsker at det sikres kvalitet og systematikk i innføring av slike undervisningsopplegg, og at det hadde vært ønskelig med et kompetansesenter for helsesykepleietjenesten som kan stå for dette. Dette samsvarer med funn i min studie hvor det kom frem et ønske om et kompetansesenter som kan sørge for en kunnskapsbase som til enhver tid er oppdatert og som alle helsesykepleiere kan ha tilgang til. Dette ville sikret at tilbudet som kom ut til barn og unge var kunnskapsbasert og likt over hele landet.

5.1.2. Seksualundervisning tilpasses barn og unges bruk av sosiale medier

En stor del av helsesykepleiers helseopplysningsvirksomhet i skolehelsetjenesten foregår via undervisning til hele klasser eller i mindre grupper. Dette er helsefremmende og forebyggende arbeid som skal gi barn og unge helsekompetanse til å ta kunnskapsbaserte valg for egen helse. Sett i et salutogent perspektiv har dette arbeidet til hensikt å gi økt livskvalitet gjennom helsefremming som «lærer mennesker å svømme i livets elv» fremfor å falle utfor fossen, jamfør Eriksson and Lindström (2008). Helsefremmende og forebyggende arbeid må settes inn tidlig for å ha god effekt, da gode vaner er lettere å implementere enn livsstilsendringer. Barn og unge som får tilgang på god informasjon og utvikler gode mestringsstrategier i møte med utfordringer, vil ha et bedre utgangspunkt enn hjelp som tilbys først når skaden har skjedd.

Når det gjelder undervisning knyttet til kropp og seksualitet, forteller informantene at dette hos de fleste skjer gjennom pubertetsundervisning på barneskolen og seksualundervisning på ungdomsskolen, det er også i disse undervisningstimer at temaet om sosiale medier kommer opp.

Ny teknologi og utvikling av samfunnet gjør at undervisningen bør endres i takt med endringene i samfunnet. Da seksualundervisningen ble innført i folkeskolen i 1950, var det et stort behov for informasjon om trygg sex for å forhindre seksuelt overførbare infeksjoner og uønsket graviditet (Kvalem, 2008). Undervisningen har vist å ha ønsket effekt på uønskede svangerskap, og ungdom har nå mer kunnskap om kropp og seksuelt overførbare infeksjoner. Men samfunnets endringer har gjort at nye arenaer for seksuell utforskning og informasjonsinnhenting har kommet. Sosiale medier har blitt både en ny informasjonskanal og et sted for å gi uttrykk for sin seksualitet (Alnes, 2014).

Medietilsynet Trygg bruk gjorde i 2014 en undersøkelse i samarbeid med UngOrg for å kartlegge ungdoms erfaringer rundt seksualitet på sosiale medier og egen identitet (Alnes, 2014). I denne rapporten vises det til at ungdom i stor grad bruker informasjon via internett eller sosiale medier når de lur på noe knyttet til sex og kropp, og flere bruker Google for finne svar på sine spørsmål (Alnes, 2014). Dette stemmer overens med erfaringene som kom frem i min studie. Informantene opplevde at elevene brukte internett og sosiale medier for å skaffe seg informasjon, og de erfarte også at mye av informasjonen som lå tilgjengelig kunne være feil eller gi et feil bilde av normal seksualitet. Informantene var derfor opptatt av å gi barn og unge riktig og oppdatert kunnskap om kropp, seksualitet og lover og regler for å styrke deres helsekompetanse på området.

Informantene i denne studien bruker erfaringene de får fra barn og unge gjennom samtaler og refleksjon, både i undervisningssammenheng og i en-til-en-situasjoner, samt gjennom tverrfaglige team med andre samarbeidspartnere for å holde seg oppdatert på hva som rører seg blant barn og unge. Dette gjør at de får informasjon som gjør at de kan holde seg oppdatert og ta inn nye aspekter i sin undervisning og veiledning som de ser barn og unge trenger informasjon og kunnskap om. Blant annet så de at bruk av pornografi var mye brukt og i stadig yngre alder fordi internett og sosiale medier har gjort at det er veldig lett å få tilgang til. Flere studier viser at en stor andel av barn og unge bruker pornografi i sin seksuelle utforskning, og studier viser en særlig høy forekomst i bruk av pornografi i Skandinavia (Löfgren-Mårtenson & Månsson, 2010; Tyden & Rogala, 2004). Barn og medier-undersøkelsen fra 2018 viser at blant ungdom i alderen 13-18 år har 65% av guttene og 22% av jentene sett porno på nett, og andelen er økende med alderen (Medietilsynet, 2018). Informantene har på bakgrunn av sine erfaringer tatt dette med inn i undervisningen for å korrigere oppfatningene denne typen påvirkning kan gi. Ifølge Aasland (2020) vil barn som har kunnskap om seksualitet bli mindre opptatt av pornografi enn de som mangler denne kunnskapen. Informantene er opptatt av å få frem at den typen sex som vanligvis fremstilles i pornografien ikke har noe med normal seksualitet å gjøre. De fremhever at det gjerne er overdimensjonert, og preget av vold og krenkelser. En oversiktsartikkel om barn og unges bruk av pornografi (Massey et al., 2021) fant at det er en overvekt av gutter og unge menn som aktivt oppsøker pornografi, og flere oppga at de dels gjorde det på grunn av nysgjerrighet og for å få kunnskap. Noen unge menn oppga pornografi som den viktigste kilden til kunnskap om sex på grunn av mangelfull seksualundervisning i skolen. Et annet funn var at pornografi ofte resulterte i en forventning om mer voldelig og utfordrende sex, hvor menn var den dominerende parten, og det ble uttrykt bekymring for at unge mennesker lærer en atferd hvor overtalelse og mangel på samtykke dominerer. Gjennom opplæring om normal seksualitet, grenser og respekt for den andre kan påvirkningen fra pornografi reduseres (Massey et al., 2021). Dette samsvarer med funn i min studie, hvor informantene var opptatt av å styrke barn og unges helsekompetanse slik at de har den nødvendige kunnskapen og redskapene til å ta gode valg. Barneombudets ekspertgruppe mener at ungdom ikke nødvendigvis har et realistisk syn på sex og porno, men at de gjennom å lære om dette kan forstå at porno ikke trenger å være så ille, så lenge de vet at det ikke representerer virkeligheten (Barneombudet, 2019).

Også deling og spredning av nakenbilder er noe informantene opplever at ungdom er opptatt av og som skaper problemer for noen. Informantene har derfor valgt å ta dette inn i undervisningen. Flere rapporter fra Norge viser at det er blitt mer vanlig å sende

utfordrende bilder av seg selv, og det rapporteres også om en økning av uønsket spredning av slike bilder (Barneombudet, 2018; Medietilsynet, 2018; NorSIS, 2016). Ekspertgruppen som Barneombudet (2019) intervjuet mener at deling av nakenbilder må ses i sammenheng med dårlig seksualundervisning på skolen, og at det er lite om det digitale i disse timene. Disse ungdommene gir også uttrykk for at undervisningen bare dekker det mest grunnleggende og oppleves som lite relevant for deres hverdag. Økende bruk av sosiale medier som kommunikasjonsmiddel mellom jevnaldrende vil medføre at flørting og utforskning av seksualitet også vil skje via de samme kanalene (Staksrud & Ólafsson, 2019). Som EU Kids Online-undersøkelsen 2018 viste, vil dette også inkludere en økning i deling av seksualiserte bilder som mange ungdommer opplever som positivt, men som også har vist seg å kunne gi store negative konsekvenser for de involverte (Staksrud & Ólafsson, 2019). Dette er i samsvar med funn fra min studie. Informantene ser at deling av nakenbilder er noe ungdom opplever som spennende og som de opplever at kan være en positiv ting mellom et kjærestepar som har tillitt til hverandre, eller mellom to samtykkende deltakere hvor denne typen utforskning gir glede og anerkjennelse over egen eller andres kropp. Samtidig så opplever informantene at nettopp slike bilder kan bli lagret og senere spredd eller brukt som pressmiddel mot den andre. Staksrud and Ólafsson (2019) stiller spørsmål til hvordan man skal formidle hva som er greit å dele og ikke når det barn og unge opplever som positivt og spennende, samtidig kan være problematisk og ulovlig. Informantene i min studie er opptatt av at helsekompetansen til barn og unge må bygges opp før de kommer i situasjoner hvor de vil få bruk for den, og at denne informasjonen må gjentas etter hvert som barn vokser og utvikler seg. Barn kommer stadig tidligere på sosiale medier, og dette fordrer at også undervisningen de får tilpasses dette. Også politiet har sett dette og de har derfor laget en revidert versjon av undervisningsopplegget delbart, som er beregnet til barn i 5.-7. klasse i barneskolen, hvor innholdet i større grad er tilrettelagt rundt refleksjon om hva som er greit og ikke, og ikke like mye om lovverket (Politiet, Udatert). Leder for LaH, Ann Karin Swang, har uttalt at informasjonen som dette omhandler er viktig å få inn allerede på barneskolen, gjerne enda tidligere enn 5. trinn (Hofstad, 2020). Hun poengterer at slik informasjon gjerne må gjentas på ungdomskolen, men at det er for sent at informasjonen blir formidlet for første gang her. I min studie forteller informanten fra barneskolen at de har valgt å sette inn ekstra gruppekonsultasjoner året etter pubertetsundervisningen, altså på 6. trinn, både for å gjenta informasjon fra pubertetsundervisningen og for å supplere med aktuelle temaer, blant annet bruk av sosiale medier. I spørreundersøkelsen gjennomført av Sex og samfunn (2017) svarer 47% av elevene at de har hatt nettvett som tema i seksualundervisningen. Dette er ikke et tema som eksplisitt er oppført som et emne som bør inn i seksualundervisningen i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020a), men i dagens samfunn burde seksualitet på nett og sosiale medier kanskje være en naturlig del av seksualundervisningen. Informantene i min undersøkelse har alle fokus på deling av nakenbilder i sin undervisning om seksualitet, og tar på denne måten trygg bruk av internett og sosiale medier inn i undervisningen.

I en undersøkelse gjennomført av Sex og samfunn (2017) svarer 52% av elevene at mulighet til å stille anonyme spørsmål er et tiltak som kunne bidratt til en bedre seksualundervisning. Dette stemmer overens med erfaringene fra informantene i denne studien, som savner tilgang på teknologi som gjør at barn og unge kan stille anonyme spørsmål. En av informantene hadde sett at dette ble mye brukt av ungdom da de hadde det tilgjengelig, men tilgangen på trygg teknologi som ikke kunne misbrukes var

vanskelig å skaffe og de fikk dermed ikke gitt dette tilbudet. Helsedirektoratet (2019) har utgitt nasjonale faglige råd knyttet til bruk av sosiale medier i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Her informeres det om hvordan personvern og taushetsplikt kan overholdes ved bruk av sosiale medier. Det presiseres også at sosiale medier ikke er en sikker kanal og sensitive opplysninger bør derfor ikke deles der. De nasjonale faglige rådene inneholder også råd og tips fra helsesykepleiere som benytter seg av sosiale medier i sitt arbeid. Her presenteres ulike måter helsesykepleier kan bruke sosiale medier på i sitt arbeid. Dette inkluderer blant annet bruk av sosiale medier for å sluse barn og unge inn på kontoret eller informere om tilstedeværelse, som støtte i undervisning eller for å informere om gode informasjonskilder, nyttige organisasjoner og tjenester som helsesykepleier samarbeider med. Det oppmuntres også til å spørre målgruppen om hva de ønsker informasjon om og hvilke sosiale medier de foretrekker. Dette er i samsvar med måten informantene i min studie forklarer deres bruk av sosiale medier i sin tjeneste. Der hadde de spurt en gruppe de så de ikke nådde ut til, i dette tilfellet gutter, for å høre hva som skulle til for at de skulle be om hjelp. Anonymitet var her et nøkkelord. Gjennom sosiale medier fikk de til dialog med denne gruppen og de fikk også gitt et tilbud til dem som bare hadde spørsmål de trengte svar på og ikke nødvendigvis ønsket en samtale. På denne måten sikret de at barn og unge fikk den informasjonen og kunnskapen som de etterspurte, og de sørget for at informasjonen var riktig og formidlet på en måte som barn og unge forstår. I dette tilfellet måtte skolehelsetjenesten avslutte tilbudet på grunn av muligheten for misbruk. I nasjonale faglige råd er en slik risikovurdering noe kommuneledelsen i hver enkelt kommune må gjøre for å veie risiko opp mot nytteverdi (Helsedirektoratet, 2019).

Selv om informantene i min studie måtte avslutte den anonyme delen av sin tilgjengelighet på sosiale medier, har de kunnet fortsette med Snapchat-kontoen for å spre informasjon, samt ta imot innspill og spørsmål som ikke er anonymisert. Også flere helsesykepleiere benytter seg av sosiale medier for å nå ut til barn og unge. Ida Uldal er en av helsesykepleierne som benytter seg av sosiale medier i sitt arbeid og i 2018 hadde hun et foredrag på HFU-dagene (Helsestasjon For Ungdom) om helsesykepleiers bruk av Snapchat (Sex og Samfunn, udatert). Her presenterte hun Snapchat først og fremst som en informasjonskanal som når mange, og som gjør at helsesykepleier fremstår som synlig, tilgjengelig og trygg (I. Uldal, 2018). Hun ser også at bruk av sosiale medier gjør at flere tar kontakt og det gir mulighet til å gi informasjon, snakke om vanskelige temaer, vise barn og unge hvor de kan søke hjelp, samt veilede og gjøre informasjon tilgjengelig samtidig som helsesykepleiertjenesten markedsføres. I. Uldal (2018) viser i sin presentasjon til at 1 av 2 helsesykepleiere benytter seg av sosiale medier eller andre digitale kanaler. Dette stemmer ikke overens med funn i min studie, hvor bare 1 av 6 oppgir at de benytter seg av sosiale medier for å nå ut til barn og unge. Informanten som benytter seg av Snapchat er derimot fornøyd med tjenesten og ser at de når ulike brukere fra både barneskole, ungdomsskole, samt foreldre. Også I. Uldal (2018) viser til at 4 av 5 helsesykepleiere hovedsakelig har positive erfaringer med bruk av denne typen medier til kommunikasjon med barn og unge.

Ungdommene ønsker at de som arbeider i skolehelsetjenesten og i skolen skal ha kunnskap om sosiale medier, og de etterlyser hjelpetjenester på disse plattformene (Barneombudet, 2019). Dette samsvarer med erfaringene informantene i min studie forteller om. Shoveller et al. (2012) fant at hjelpetilbud via digitale medier møter behovet ungdommene har for anonymitet, bekvemmelighet og lett tilgjengelige tjenester på en plattform som de er komfortable med å bruke. DIGI-UNG er et prosjekt som skal

gi ungdom i alderen 13-20 år digitale tjenester som fokuserer på temaer som er relevante både for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt andre deler av kommunal- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018b). Innsiktsarbeidet gjennomført i forbindelse med dette prosjektet har vist at ungdom ønsker digitale tjenester som er tilpasset dem, og at tilstedeværelse på sosiale medier bidrar til at ungdommer, særlig gutter, lettere søker hjelp. Dette er i samsvar med erfaringene fra min studie, og kan bli en nyttig hjelp også for helsesykepleier i skolehelsetjenesten.

5.1.3. Styrke tillatelsen til å ta opp krenkelser

Gjennom seksualundervisningen skal barn og unge få kunnskap om egne grenser og de skal få ferdigheter til å forebygge seksuelle overgrep (Helsedirektoratet, 2020a). Seksuelle overgrep omhandler både fysiske og psykiske krenkelser av noens seksuelle integritet, og kan skje både i den virkelige verden og på nett (Bufdir, 2018). Flere av informantene i studien var opptatt av at undervisningen i tillegg må fokusere på det som er positivt med seksualitet, og dette har de gjort ved å ta glede, trivsel og positiv seksualitet inn i undervisningen.

Når det kommer til seksualitet på sosiale medier, er det likevel fortsatt hovedsakelig et negativt fokus. Informantene er opptatt av at barn og unge kjenner til lovverket rundt seksualitet og hvilke risikoer de kan møte på sosiale medier. De bruker filmer for at ungdom skal kjenne på hvordan det føles å miste kontrollen over bilder og videoer og de samarbeider med politiet om gjennomføring av undervisning knyttet opp til politiets undervisningstilbud «Delbart». «Delbart» er et undervisningsopplegg som omhandler deling av seksualiserte bilder, hvor temaene lovverk og straff tas opp (Politiet, Udatert). Dette er kunnskap barn og unge trenger for å være trygge i sin seksuelle utforskning på sosiale medier (Barneombudet, 2019). Dette stemmer godt overens med Lien (2018) sin mastergradsstudie, som fant at helsesykepleiere gjerne ønsker å ha et positivt fokus på seksualundervisningen, men at undervisning likevel blir problemfokuseret. Funn hun presenterer i sin oppgave om undervisning knyttet til sosiale medier, dreier seg om konsekvenser av å sende og dele nakenbilder og seksuelle overgrep. I min studie er informantene opptatt av at de ønsker å formidle til barn og unge at det er helt normalt å være nysgjerrig på egen og andres kropp, og at det må være en balanse mellom det å informere om potensielle risikoer samtidig som kropp og utforskningstrang ikke skal bli noe unaturlig og skamfullt. Dersom undervisningen og kunnskapen barn og unge får i for stor grad har fokus på lovverk og alt man ikke bør gjøre, kan det hende at skylden og skyldfølelsen legges over på offeret som burde visst bedre, fremfor den som faktisk bryter loven ved å dele bilder eller videoer eller utsetter en annen for andre typer krenkelser. Flere informanter forteller at barn og unge opplever mye skam når de har negative opplevelser knyttet til sin seksualitet på sosiale medier. Særlig skyldfølelse fordi de skulle visst bedre fremheves som en viktig grunn til at barn og unge ikke ber om hjelp eller ønsker å anmelde lovbrudd. Dette er også en årsak Kripos (2019) rapporterer at hemmer barn og unge fra å dele opplevelser med Barnehuset og politiet. De ser at barn og unge føler stor skam og skyldfølelse og ikke ønsker at venner og familie skal få vite hva de har opplevd. Mange barn kan også føle på at de har sviktet foreldrene sine, siden de har gjort noe de visste de ikke burde, eller at de selv har tatt initiativ til seksuelle poseringer og handlinger (Kripos, 2019).

Undervisningen og samtalene informantene har med barn og unge har to viktige formål: De skal gi barn og unge helsekompetanse gjennom grunnleggende kunnskaper som gjør dem i stand til å ta gode valg og de skal gi en forståelse av at det noen ganger er nødvendig å be om hjelp. I en systematisk oversikt om effekt av skolebasert undervisning mot seksuelle overgrep fant Walsh et al. (2018) at slik undervisning økte barnas kunnskap om seksuelle overgrep og ga dem ferdigheter i å beskytte seg selv. Undervisningen førte trolig også til at flere ba om hjelp, samtidig som den trolig ikke ga barna økt frykt eller angst for å bli utsatt for overgrep. Disse resultatene kan tenkes å være overførbare også til seksuelle krenkelser på sosiale medier, og gjennom kunnskapen og refleksjonene som informantene i min studie beskriver, vil dette kunne øke barn og unges seksuelle helsekompetanse slik at de blir i stand til å beskytte seg mot krenkelser og ber om hjelp dersom de trenger det.

Informantene i denne studien fremhevet at når det var de selv som gjennomførte undervisningen og hadde de lovpålagte samtalene med alle elevene, så gjorde dette at elevene i etterkant tok kontakt dersom de ønsket en ny samtale eller hadde opplevelser som de trengte hjelp til å håndtere. Informantene fortalte også at de opplevde det som viktig å bruke de anledningene de hadde for å vise ansikt inn i klassene og fortelle om hva barn og unge pleier å prate med dem om. Dette stemmer godt overens med funn fra Barneombudet (2013) som fant at barn og ungdom ønsker at helsesykepleiere skal fortelle dem hva hun kan hjelpe til med og hva de kan prate med henne om. Det kom også frem at de ønsker at helsesykepleiere skal være mer synlig blant elevene, og følge opp gjennom hele skoleløpet. Også Aasland (2020) understreker at barn og ungdom har behov for å vite at de har voksne personer de kan søke hjelp fra, og som de har tillit til. Hun sier videre at dette gjerne er personer som de har pratet med seksualitet om tidligere, og at tilstedeværelsen av slike personer vil gjøre det være lettere å spørre dersom de lurer på noe. Min studie viser at mange unge tar kontakt når de har opplevd at bilder eller videoer av dem har blitt spredd mot deres vilje, samtlige informanter har erfart at barn og unge oppsøker dem på grunn av dette. Dette kan tyde på at helsesykepleiere klarer å formidle til barn og unge at de er trygge voksne som de kan søke hjelp fra dersom de møter utfordringer som er for store til at de kan klare å mestre dem på egen hånd. Også ungdom opplever at helsesykepleiere gir god informasjon om seksualitet og at dette gjør henne til en person ungdom kan oppsøke og føler seg trygg på (Barneombudet, 2019). Informantene forteller også at de blir kontaktet av andre, slik som lærere, foreldre eller venner, og dermed også kan hjelpe barn og unge som ber om hjelp fra andre. Gjennom samarbeid med disse kan helsesykepleiere enten selv hjelpe den unge som trenger hjelp, eller støtte og veilede den som eleven har valgt ut som sin trygge hjelper.

Dessverre er det flere rapporter og studier som viser at helsesykepleiere ikke er så tilgjengelig for barn og unge som hun skal være (Barneombudet, 2013; Landsgruppen av helsesøstre, 2015; Similä & Innstrand, 2015; Waldum-Grevbo, 2018). Til tross for at det fra Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014) fremstilles at skolehelsetjenesten har høy oppslutning og når ut til alle, viser en rapport fra Barneombudet (2013) at skolehelsetjenesten, på grunn av manglende ressurser, har liten mulighet til å være et reelt lavterskeltilbud og dermed kun tilbyr det aller mest nødvendige. Dette gjør at tjenesten mange steder har lange ventelister, ikke rekker gjennom de lovpålagte oppgavene og dermed ikke har tid til oppsøkende virksomhet og informasjonsarbeid (Barneombudet, 2013). Også informantene i min studie forteller at det er viktig at de er til stede og har mulighet til å ha åpen dør hvor barn og unge kan

stikke innom uten avtale eller ved at de får et tidspunkt hvor helsesykepleier er tilgjengelig. Noen av informantene forteller at de også har åpnet for at elevene kan ringe dem i perioder hvor det er hjemmeskole under koronapandemien. Men også de opplever at dersom de ikke er tilgjengelige akkurat når ungdommene kommer på døren, så kan det hende at ungdommene ikke kommer tilbake. En stengt dør kan være nok til at de mister motet som de har opparbeidet, og de vil derfor ikke få den hjelpen de trenger. Lignende uttalelser fant Tidsskriftet Sykepleien i en undersøkelse blant landets helsesykepleiere, hvor en informant sa:

«Det vanskeligste synes jeg egentlig er når jeg får tilbakemelding fra elever på at jeg ikke er å få tak i, at de har vært på kontoret og sett etter meg eller har ringt og ikke fått svar. Mange kommer kanskje ikke gang nummer to ... tilgjengelighet er vesentlig for å fange opp enkeltelever» (Helmers & Dolonen, 2013, Utsagn nr. 81).

I min studie kom det ikke frem hvem andre informantene forteller barn og unge at de kan oppsøke dersom helsesykepleier er utilgjengelig. Slik informasjon hadde vært interessant å få vite, og kunne gitt et mer fullverdig bilde av hvilke hjelpetilbud helsesykepleiere informerer barn og unge om. Når barn og unge har hatt negative erfaringer på internett, viser resultater fra EU Kids Online-undersøkelsen at 57% betror seg til en venn, 33 % snakker med foreldre, mens 20% ikke snakker med noen (Staksrud & Ólafsson, 2019). Undersøkelsen viste videre at bare 6 % snakker med en lærer, og det er også 6% som betror seg til en person «som har det som jobb å hjelpe barn».

Tradisjonelt har frykten for kontakt med «den fremmede» vært beskrevet som en av de største risikoene ved barn og unges tilstedeværelse på nett (Staksrud & Ólafsson, 2019). I EU kids online-undersøkelsen i 2018 oppga 60% av de norske barna, som var i alderen 9-17 år, at de hadde hatt kontakt med noen på nett som de ikke tidligere hadde møtt ansikt til ansikt, 24% hadde møtt noen ansikt til ansikt som de først ble kjent med på internett (Staksrud & Ólafsson, 2019). Tallene fra undersøkelsen viser at de fleste av disse møtene gikk bra, men 1% av barna oppga at de følte seg veldig eller ganske opprørt etter møtet. Dette er et relativt lavt tall, men det inkluderer ikke de barn og unge som har blitt utsatt for krenkelser uten å ha møtt gjerningspersonen. I sin rapport om seksuell utnyttelse av barn over internett beskriver Kripos (2019) hvordan gjerningspersoner bruker sosiale medier for å etablere seksualisert kontakt med barn og unge. De henviser til straffesaker som viser at gjerningspersonene bruker falske profiler, stor tilpasningsevne og manipulatoriske evner i tillegg til trusler, for å få barn og unge inn i ydmykende og traumatiske seksuelle situasjoner. Noen av informantene har hørt om andre helsesykepleiere som har jobbet med denne utfordringen, men ingen av informantene har selv blitt kontaktet av barn eller familier til barn som har blitt utsatt for overgrep fra fremmede på nett. Informantene i denne studien har vært opptatt av at det er viktig å fortelle barn og unge hva de kan prate med helsesykepleier om, og hva de opplever at andre barn og unge lurer på. De understreker at dette senker terskelen for å ta kontakt og be om hjelp. Likevel er kontakt med fremmede et problem som de ikke presenterer for elevene de møter. Kan dette gjøre at disse elevene ikke vet at de kan prate med helsesykepleier om dette? Flere av informantene i denne studien forteller at dette er et område det burde snakkes mer om og som de burde ta inn i undervisningen for å styrke barn og unges helsekompetanse også på dette området.

I et folkehelseperspektiv hvor helsefremmende og forebyggende tiltak er en viktig grunnsten, og hvor flere offentlige dokumenter fremhever at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste arena for dette, så bør det kunne stilles spørsmål hvorvidt det har vært prioritert i stor nok grad. Det har i de siste årene vært en økning i midler til helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2018, 2021). I 2021 får 296 kommuner midler til skolehelsetjenesten, og helse- og omsorgsminister Bent Høie uttrykker at de siste års bevilgninger gir tydelige resultater og fører til at flere barn og unge møter en åpen dør hos helsesykepleier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Regjeringen ser også at god tilgjengelighet er viktig for at barn og unge skal søke hjelp, og barns tilstedeværelse på digitale medier gjør at hjelpetilbudene også må være på disse plattformene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

5.2. Diskusjon av metode

Forskning handler om å samle inn empiri om et valgt fenomen, og ifølge Jacobsen (2015) er det to krav som bør tilfredsstilles:

Validitet: Empirien må være gyldig og relevant.

Reliabilitet: Empirien må være pålitelig og troverdig.

Jeg vil i dette kapitlet benytte begrepene validitet og reliabilitet for å vurdere denne studiens styrker og begrensninger.

5.2.1. Intern validitet

Intern validitet handler om at resultatene oppfattes som riktige (Jacobsen, 2015). En måte å vurdere dette på er å se om begreper og kartleggingsmåter som er brukt er relevante for å studere fenomenet (Malterud, 2017).

Det ble opprinnelig planlagt å gjennomføre fokusgruppeintervju i dette prosjektet. I fokusgruppeintervjuer er samhandlingen og dynamikken mellom deltakerne vesentlig, og metoden er godt egnet for å utforske erfaringer og holdninger fra miljøer hvor flere mennesker samhandler (Malterud, 2012). På grunn av Korona-pandemien ble jeg anbefalt av min veileder å gjennomføre individuelle intervjuer i stedet, siden vi måtte planlegge for at intervjuene måtte gjennomføres digitalt. Stewart and Williams (2005) fant i sin studie at digitale fokusgruppeintervju var utfordrende for forskeren, og selv om teknologien og forståelsen av dette sannsynligvis har blitt bedre siden den gang, var min opplevelse som student og arbeidstaker med digitale gruppemøter på nett, at flyten i samtalen og samspillet blir vanskeligere når det skjer digitalt. Erfaringen min med den digitale gjennomføringen av intervjuene var også at selv når vi bare var to i samtalen, så var det til tider utfordrende å få til flyt i samtalen på grunn av tidvis noe forsinkelse i lyd og bilde. Fokusgruppeintervjuet hadde nok brakt en annen dimensjon inn i materialet ved at informantene kunne delt erfaringer både der de gjorde ting likt og der de gjorde det ulikt. Samtidig arbeider de fleste helsesykepleiere mye alene og det kan være at jeg fikk frem hver enkelt informants opplevelse og erfaringer på en ærligere måte når det

ikke er andre til stede. Jeg ser at mine informanter arbeider likt ut fra gjeldende retningslinjer, men de har også ulike tilnærminger til samtaler og undervisningsmåter utenfor det lovpålagte. Gjennom individuelle intervjuer fikk jeg dybdeinformasjon om de forskjellige tilnæringsmåtene, og informantene fikk tid og rom til å hente frem erfaringer og vurderinger de gjør i sitt arbeid. Ifølge Malterud (2017) vil valget av metode være egnet for å gi gyldige svar og sikre den interne validiteten. Valg av kvalitativ metode med individuelle intervju anser jeg som en godt egnet metode for å undersøke dette fenomenet, og det vurderer jeg som en styrke for studiens interne validitet.

I forberedelsen og utarbeidelsen av intervjuguiden gjorde min forforståelse at jeg hadde en tanke om at kontakt med fremmede via sosiale medier var noe helsesykepleiere pratet med barn og unge om, og jeg ønsket å fokusere på dette. Jeg hadde lite empiri som støttet dette, da jeg fant lite forskning om helsesykepleiers arbeidsmetoder knyttet opp til dette. Jeg prøvde derfor å lage en intervjuguide som åpnet for at det også var andre aspekter ved seksuell utforskning på sosiale medier som opptok helsesykepleierne. Underveis i intervjuene ble det klart at kontakt med fremmede og grooming ikke var noe helsesykepleierne hadde mye fokus på, og jeg åpnet mer opp for at de fritt kunne fortelle om sine vurderinger og prioriteringer knyttet til andre områder av seksualitet på sosiale medier. I etterkant ser jeg at det hadde vært en fordel om jeg justerte intervjuguiden underveis. Ideelt sett ser jeg at jeg burde hatt mer tid mellom hvert intervju slik at jeg kunne transkribert og gjort en foreløpig analyse etter de første intervjuene, og deretter justert problemstilling og intervjuguide. Dette kan ses på som en svakhet i studien.

I valg av analysemetode var det ulike analyseverktøy å velge mellom. Jeg valgte STC fordi dette av Malterud (2017) ble beskrevet som en nybegynnervennlig prosess som gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte. Malterud (2012) anbefaler også å velge en analysemetode som veileder er kjent med, og STC ble derfor et naturlig valg. Jeg mener at dette var et godt valg av analysemetode som fungerte bra for å analysere denne typen materiale. Malterud (2017) beskriver hvert trinn i analyseprosessen nøye og dette bidro til å presentere resultater som representerte empirien og ikke min egen forforståelse.

Malterud (2017) anbefaler at man er flere som gjennomfører analysen sammen, for å analysen flere nyanser og perspektiver. Som novise var det nyttig for meg å diskutere mine funn og temaer sammen med veileder, men det var hovedsakelig et selvstendig arbeid hvor jeg opplevde at det var lett å miste det objektive blikket på materialet og til tider vanskelig å se hva som var den tydelige veien å gå. I denne analyseprosessen oppdaget jeg også at min forforståelse hadde vært en ulempe i gjennomføringen av intervjuene i den forstand at jeg i stor grad skjønnte hva informantene fortalte om og derfor ikke ba om mer utdyping av emner og temaer som kunne gitt et rikere datamateriale. Jeg hadde flere informanter som gjerne sa «du er vel kjent med ...?» og hvor jeg i etterkant gjerne hadde sett at jeg hadde bedt dem forklare og utdype disse fenomenene i større grad enn hva jeg hadde gjort for å høre hva informantene la i disse fenomenene. Selv om jeg var bevisst på at jeg skulle ha en undrende og «uvitende» tilnærming i intervjuene, så var det lett å gå inn i helsesykepleier-rollen. Jeg anser dette som en svakhet med studien. Jeg ser derimot fra datamaterialet at jeg i gradvis større grad klarte å legge forforståelsen til side og fikk dermed mer utfyllende data fra de siste intervjuene. Bruk av opptak av intervjuene gjorde også at jeg kunne være en aktiv lytter som hadde fullt fokus på det informanten sa (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette gjorde at

jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål, og etter hvert som jeg i større grad fikk informantene til å utdype ble det mindre «usagt» data.

STC følger en bestemt oppskrift hvor man etter å ha fått et helhetsinntrykk går fra å identifisere meningsdannende enheter, til å abstrahere innholdet i disse og til slutt sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017). For meg ble dette en ikke-lineær prosess hvor jeg organiserte materialet og gjennomgikk analysen og presentasjonen av resultatene i flere omganger. Jeg opplevde det som utfordrende å ta fugleperspektivet og se hvilke meningsdannende enheter som skilte seg ut, og jeg måtte gå tilbake til dette steget flere ganger og endre på disse og dermed også gjøre de resterende stegene i analysen på nytt ut fra nye enheter. Det kan ses på som en styrke at analysen ble gjort flere ganger og at problemstillingen ble modifisert, da dette kan ha justert grad av påvirkning av min forforståelse. Jeg innså at datamaterialet sa noe annet enn jeg hadde forutsett, og det var nødvendig å se på det med nye øyne. Det kan tyde på at jeg opprinnelig ikke hadde klart å legge forforståelsen min til side i stor nok grad. For å sikre intern validitet av de endelige resultatene ble disse sammenlignet med de originale transkripsjonene for å sikre at de er i tråd med rådata. Denne studien ga dermed noen resultater som var som forventet, og andre som var mer uventet, og jeg anser det som en styrke.

5.2.2. Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om i hvor stor grad funnene fra undersøkelsen kan generaliseres til å gjelde flere enn de som er undersøkt (Jacobsen, 2015). Ifølge Malterud (2017) er generaliserbarhet et problematisk begrep, og funn må ses i den sammenheng hvor studien er gjennomført. Jacobsen (2015) presiserer at vi aldri kan være sikre på at vi har et representativt utvalg, men at vi sannsynliggjør gjennom argumentasjon. De fleste av informantene i studien meldte seg selv etter en forespørsel fra Landsgruppen av helsesykepleiere, det kan derfor tenkes at de som ønsket å delta har en annen erfaring og større engasjement i temaet, sammenlignet med andre som ikke var inkludert eller ikke ønsket å delta. Et inkluderingskriterium var erfaring med temaet for masteroppgaven, og det kan være ulikt hva hver enkelt legger i begrepet erfaring. På bakgrunn av dette og utvalgsstørrelsen kan resultatene ikke anses som generaliserbare. De vil likevel si noe om dette utvalgets erfaringer og vurderinger, og på mange områder var svarene fra informantene samstemte, og det kan tyde på at de kan være overførbare til andre helsesykepleiere.

Helsesykepleiere fremstår gjerne som en homogen gruppe. For å forsøke å skape variasjon i datamaterialet ble det utarbeidet et kartleggings skjema, slik at det ved en eventuell strategisk utvelgelse av informanter kunne oppnås ulike demografiske forskjeller. Det ble ikke nok informanter til å gjøre en utvelgelse, men studien endte likevel opp med informanter med erfaring fra ulike arbeidssteder, både barneskole, ungdomsskole, videregående skole, HFU og ung.no. Informantene hadde arbeidssted i kommuner med ulik størrelse og både by, tettsted og bygd var representert.

5.2.3. Reliabilitet

Forskningens kvalitet kan videre vurderes gjennom reliabiliteten. Reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet og kan vurderes gjennom spørsmålet: Kan resultatet reproduseres på et annet tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015)? Som regel påvirkes alle ledd i et forskningsprosjekt av forskeren selv og vitenskapelig kunnskap kjennetegnes av at forskeren viser refleksivitet med tanke på begrensninger og svakheter ved studien (Malterud, 2017).

Jeg har på bakgrunn av dette forsøkt å gjøre denne forskningsprosessen så transparent som mulig, ved å formidle og være bevisst min egen forforståelse gjennom hele prosessen. Dette gjør at leseren har mulighet til å vurdere og utfordre de valg som er tatt (Malterud, 2017).

6. Konklusjon

Studiens formål var å belyse hvilke erfaringer og vurderinger helsesykepleier har rundt arbeidet med å fremme barn og unges helsekompetanse på seksuell utforskning, frivillig seksuell eksponering og krenkelser på sosiale medier. Studien viser at informantene fremmer barn og unges seksuelle helsekompetanse både gjennom grunnleggende kunnskaper og gjennom å gi en forståelse av at det noen ganger er nødvendig å be om hjelp.

Funnene i denne studien viser at helsesykepleier i skolehelsetjenesten benytter ulike metoder for å gi barn og unge seksuell helsekompetanse, og de har sett behovet for å inkludere kunnskap om seksualitet på sosiale medier i sin formidling. De benytter seg av undervisning, refleksjon, planlagte samtaler i nasjonalt program, åpen-dør-funksjon hvor barn og unge selv tar kontakt, samt ved å være synlig i skolemiljøet. Informantene er opptatt av at kunnskapen som deles må være riktig, oppdatert og ha et positivt fokus, i tillegg til at det informeres om lovverk og mulige risikoer. Når det kommer til seksualitet på sosiale medier, viser denne studien at det hovedsakelig er et negativt fokus som formidles.

Tidligere empiri viser at mangel på helhetlige samarbeidsstrukturer er en utfordring i samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen. Funn i min studie bekrefter dette. Studien viser også at det innad i skolehelsetjenesten mangler rutiner for samarbeid mellom kommunene så vel som innad i hver kommune, og at det er lite dialog mellom helsesykepleiere i barne- og ungdomsskoler, samt videregående skoler.

Studien viser videre et behov for å utvikle evidensbasert undervisningsmaterieell som er tilpasset helsesykepleieres arbeid i skolehelsetjenesten. Mangelen på dette gjør at hver enkelt helsesykepleier må utarbeide egne undervisningsopplegg som både favner føringer lagt i forskrifter og veiledere, tar hensyn til hva barn og ungdom selv er opptatt av og ser på hva som rører seg av trender i samfunnet. Dette gjør det utfordrende å sikre at tilbudet som tilbys barn og unge er basert på oppdatert kunnskap og at tilbudet blir likt over hele landet.

Referanser

- Alnes, S. R. (2014). *Det er på Facebook man flørter: Ungdommers forhold til identitet og seksualitet på sosiale medier*.
<https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/2015/2014-ungorg-sosiale-medier-rapport---web.pdf>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Trans.). Gyldendal akademisk.
- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 16/20, Issue. O. NOVA.
<https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/6415/Ungdata-NOVA-Rapport%2016-20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). Satsing på barn og ungdom: Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2014.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/barn20og20ungdom/satsing_20pc3a520barn20og20ungdom/satsing_barn_og_ungdom_2014.pdf
- Barneombudet. (2013). *Helse på barns premisser : Barneombudets fagrapport 2013* (9788279870388).
- Barneombudet. (2018). Alle kjenner noen som har opplevd det.
<https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Alle-kjenner-noen-som-har-opplevd-det.pdf>
- Barneombudet. (2019). *Ungdom om digitale medier*.
<https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Ungdom-om-digitale-medier.pdf>
- Berg, R., Underland, V., & Nasjonalt kunnskapssenter for, h. (2012). *Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge* (Vol. nr 07-2012). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/rapport_2012_07_forebygging_tobakk_rus_v2.pdf
- Borup, I. (2020). Sundhetsfremme, kommunikation og læring. In B. M. Dahl (Ed.), *Helsesykepleie : en grunnbok* (Vol. 1.). Fagbokforlaget.
- Boyd, d. m., & Ellison, N. B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210-230.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>
- Bufdir. (2018, 27. april). *Seksuelle overgrep*. Retrieved 13.08 from
https://www.bufdir.no/vold/TryggEst/Overgrep/Seksuelle_overgrep/
- Bufdir. (2019, 04. mai 2020). *Nakenbilder og ungdom*. Barne- ungdoms- og familiedepartementet. Retrieved 20. april from
https://www.bufdir.no/Foreldreverdager/Ungdom/Nakenbilder_og_ungdom/
- Bufdir. (2021, 09. april). *Ungdom og seksualitet*. Barne- ungdoms- og familiedepartementet, . Retrieved 05.08 from
https://www.bufdir.no/Foreldreverdager/Ungdom/Ungdom_og_seksualitet/
- Cleaver, K., & Rich, A. (2005). Sexual health promotion: the barriers school nurses face. *Community Pract*, 78(12), 429-432.
- Dahl, E., Bergli, H., & Wel, K. A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse : en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
https://handling.forebygging.no/globalassets/sosial-ulikhet-i-helse-en-norsk-kunnskapsoversikt_hovedrapport.pdf
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. ed.). Universitetsforl.
- Den nasjonale forskningsetiske komite. (2019, 23. mai). *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller*. Retrieved 04. august from
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Eleuteri, S., Saladino, V., & Verrastro, V. (2017). Identity, relationships, sexuality, and risky behaviors of adolescents in the context of social media. *Sexual and*

- Relationship Therapy*, 32(3-4), 354-365.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1397953>
- Engh, I. B., Waldum-Grevbo, K. S., Skybak, T., Waage, A. B., Vinja, M., & Herlofson, G. (2018, 10.08). For mange barn og unge møter en stengt dør hos helsesøster.
<https://www.dagsavisen.no/debatt/2018/10/05/for-mange-barn-og-unge-moter-en-stengt-dor-hos-helsesoster/>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190-199.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- European Expert Group on Sexuality Education. (2016). Sexuality education - what is it? *Sex education*, 16(4), 427-431.
<https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1100599>
- Federici, R. A., Helleve, A., Midthassel, U. V., Salvanes, K. V., Pedersen, C., Bergene, A. C., Bru, L. E., Rønsen, E., Vika, K. S., & Wollscheid, S. (2020). *Et lag rundt eleven : Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samarbeid med skole – en effektevaluering* (NIFU-rapport;2020:23, Issue).
<https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/2688578/NIFUrapport2020-23.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Finpås, T. G., Kvarme, L. G., & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 17(1), 54-77.
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, (2018). <https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid : fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Gyldendal.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis : til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg. ed.). Kommuneforl.
- Glavin, K., Helseth, S., & Kvarme, L. G. (2007). *Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS.
- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten : fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Akribe.
- Haugdal, S. (2014). Om tverrfaglig samarbeid. In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg. ed., pp. 447-449). Kommuneforl.
- Haugland, S. (2017). Skolehelsetjenesten: En unik posisjon. In K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Eds.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utgave ed.). Gyldendal Akademisk.
- Haugland, S., & Grimsmo, A. (2014). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg. ed.). Kommuneforl.
- Helmers, A.-K. B., & Dolonen, K. A. (2013, 07.02). *Helsesøstre slår alarm: "Vi rekker ikke følge opp de som sliter"*. Sykepleien. Retrieved 09.08 from <https://sykepleien.no/2013/02/vi-rekker-ikke-folge-opp-de-som-sliter>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, 06.oktober). *Statsbudsjettet 2017: Sterk satsing på helsestasjon- og skolehelsetjeneste*
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sterk-satsing-pa-helsestasjon--og-skolehelsetjeneste/id2514665/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022).
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 22. mars). *227 kommuner får midler til helsestasjon og skolehelsetjeneste*. Retrieved 09.08 from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/227-kommuner-far-midler-til-helsestasjon-og-skolehelsetjeneste/id2594700/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 26.03). *296 kommuner får midler til helsestasjon og skolehelsetjeneste i 2021*. Retrieved 09.08 from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/296-kommuner-far-midler-til-helsestasjon-og-skolehelsetjeneste-i-2021/id2841914/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Trivsel i skolen*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/_attachment/inline/9e76ad2b-14eb-4c5f-bf8b-e157f5efcc06:176ea3b766b3d06407dbd9395c3b1776682c5ab7/Trivsel%20i%20skolen.pdf
- Helsedirektoratet. (2018a, 26. januar). *Prinsipper for tiltaksutforming*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/prinsipper-for-tiltaksutforming>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Ungdomshelse i en digital verden: DIGI-UNG Innsiktsarbeid (del 1)* (IS-2718). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ungdomshelse-i-en-digital-verden/Ungdomshelse%20i%20en%20digital%20verden%20\(DIGI-UNG%20del%201\).pdf/_attachment/inline/e3016f1c-fd0f-4990-80cf-f97ac8742968:0c16037004a34de79c595b1e2da16dc4ee85b632/Ungdomshelse%20i%20en%20digital%20verden%20\(DIGI-UNG%20del%201\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ungdomshelse-i-en-digital-verden/Ungdomshelse%20i%20en%20digital%20verden%20(DIGI-UNG%20del%201).pdf/_attachment/inline/e3016f1c-fd0f-4990-80cf-f97ac8742968:0c16037004a34de79c595b1e2da16dc4ee85b632/Ungdomshelse%20i%20en%20digital%20verden%20(DIGI-UNG%20del%201).pdf)
- Helsedirektoratet. (2019, 14.mars). *Sosiale medier i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Helsedirektoratet. Retrieved 14.08 from <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/sosiale-medier-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2020a, 18. september). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2020b, 30. juni). *Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#kommunen-bor-sikre-at-alle-barn-og-unge-far-tilgang-til-helhetlig-seksualitetsundervisning-i-barnehage-og-skole-begrunnelse>
- Hofstad, E. (2020, 11.11). *Helsesykepleiere får undervisnings-pakke om ulovlig deling av nakenbilder*. Sykepleien. Retrieved 10.08 from <https://sykepleien.no/2020/11/helsesykepleiere-far-undervisningspakke-om-ulovlig-deling-av-nakenbilder>
- Iversen, E. (2010, 29.mars). *Høyrisikorettede målgruppestrategier*. KoRus-Nord. Retrieved 26.07.2021 from <https://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Hoyrisikorettede-malgruppestrategier/>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Jonsson, L. S., Priebe, G., Bladh, M., & Svedin, C. G. (2014). Voluntary sexual exposure online among Swedish youth – social background, Internet behavior and psychosocial health. *Computers in Human Behavior*, 30, 181-190. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.08.005>
- Klepp, K.-I., Stigen, O. T., & Aarø, L. E. (2017). Folkehelse og folkehelsearbeid blant barn og unge i Norge. In K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Eds.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg ed.). Gyldendal akademisk.
- Kripes. (2019). *Seksuell utnyttelse av barn og internett*. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/seksuelle-overgrep-mot-barn/seksuell-utnyttelse-av-barn-over-internett.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Trans.; 3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Kvalem, I. L. (2008). Fakta og myter om effekt av seksualundervisning i skolen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(6), 743-747.

- <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2008/06/fakta-og-myter-om-effekt-av-seksualundervisning-i-skolen?redirected=1>
- Kvarme, L. G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. In K. Glavin, S. Helseth, & K. L. G. (Eds.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS.
- Landsgruppen av helsesøstre. (2015). Trygg, tydelig og tilgjengelig – Rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten
https://www.nsf.no/Content/2688734/cache=20162206092407/Rapport_Helsestasjon-helsetjenesten_ny%20oktober%202015.pdf#page10
- Lien, E. C. (2018). *Helsesøsters seksualundervisning til ungdomsskoleelever. En kvalitativ studie om helsesøstres erfaringer med gjennomføring av seksualundervisning*. <https://hdl.handle.net/10037/16550>
- Livingstone, S., & Mason, J. (2015). Sexual rights and sexual risks among online youth.
- Lov om behandling av personopplysninger, Justis- og beredskapsdepartementet (2018).
<https://lovdata.no/pro/NL/lov/2018-06-15-38>
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova), Kunnskapsdepartementet (1998). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1998-07-17-61>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2011). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2011-06-24-30>
- Löfgren-Mårtenson, L., & Månsson, S.-A. (2010). Lust, Love, and Life: A Qualitative Study of Swedish Adolescents' Perceptions and Experiences with Pornography. *Journal of Sex Research*, 47(6), 568-579.
<https://doi.org/10.1080/00224490903151374>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- Massey, K., Burns, J., & Franz, A. (2021). Young People, Sexuality and the Age of Pornography. *Sexuality & culture*, 25(1), 318-336.
<https://doi.org/10.1007/s12119-020-09771-z>
- Medietilsynet. (2018). Barn og medier-undersøkelsen 2018.
<https://medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/barn-og-medier-2018-oppdatert-versjon---oktober-2019.pdf>
- Medietilsynet. (2020). *Barn og medier 2020 - Om sosiale medier og skadelig innhold på nett*.
- Meld. St. 19 (2018/2019). Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Mellin, E. (2009). Unpacking Interdisciplinary Collaboration in Expanded School Mental Health: A Conceptual Model for Developing the Evidence Base. *Advances in School Mental Health Promotion*, 2(3), 4-14. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/1754730X.2009.9715706>
- Misvær, N. (2014). Helseopplysning og læreplaner. In S. Haugland & N. Misvær (Eds.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg ed.). Kommuneforl.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- NorSIS. (2016). Slettmeg.no Årsrapport 2016, . https://slettmeg.no/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Webklar_Slettmeg_2016_23juni2017.pdf
- Nutbeam, D. (1998, Januar). *Health promotion glossary*. WHO Collaborating Centre for Health Promotion. Retrieved 22.04.2021 from
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Int*, 15(3), 259-267.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

- Politiet. (Udatert). *Delbart?* Retrieved 23.06. from <https://www.politiet.no/rad/trygg-nettbruk/delbart/#undefined>
- Prop. 52 L (2017-2018). *Endringer i opplæringslova, friskolelova og folkehøgskolelova (plikt til å tilby intensiv opplæring og plikt til fleirfagleg samarbeid m.m.)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-52-l-20172018/id2594304/?ch=4>
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health education (Bradford, West Yorkshire, England)*, 112(2), 133-152. <https://doi.org/10.1108/09654281211203411>
- Redd Barna. (Udatert). *Undervisningsmaterieell*. Retrieved 10.08 from <https://www.reddbarna.no/skole/>
- Roien, L. A., & Simovska, V. (2018). Internasjonale perspektiver på seksualundervisningen - tendenser inden for politik, praksis og forskning. In L. A. Roien, V. Simovska, & C. Graugaard (Eds.), *Seksualitet, skole og samfund : kritiske perspektiver på seksualundervisning*. Hans Reitzel.
- Rose, G., Marmot, M. G., & Khaw, K.-T. (2008). *Rose's strategy of preventive medicine : the complete original text* (New ed. ed.). Oxford University Press.
- Schurgin O'Keeffe, G., & Clarke-Pearson, K. (2011). Clinical Report-The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families. *Pediatrics (Evanston)*, 127(4), 800-804.
- Sex og politikk. (Udatert-a). *Kompetansemål i seksualitetsundervisningen*. Retrieved 03. august from <https://sexogpolitikk.no/seksualundervisning/kompetansemal/#toggle-id-7>
- Sex og politikk. (udatert-b). *Tema for uke 6 2021 er "trivsel i pandemien"*. Sex og politikk. Retrieved 13.08 from <https://sexogpolitikk.no/seksualundervisning/kampanje-2021/>
- Sex og Politikk. (udatert-c). *Undervisnings om seksualitet*. Sex og politikk. Retrieved 13.08 from <https://sexogpolitikk.no/seksualundervisning/om-undervisningsmateriellet/>
- Sex og samfunn. (2017). *Seksualitetsundervisning i skolen: En kartlegging blant elever i 10.klassetrinn og 1 VGS*. Kantar TNS. <https://www.sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2019/05/Rapport-180817.pdf>
- Sex og Samfunn. (udatert). *HFU-dagene 2018*. Sex og Samfunn. Retrieved 14.08 from <https://sexogsamfunn.no/hfu-dagene-2018/>
- Shoveller, J., Knight, R., Davis, W., Gilbert, M., & Ogilvie, G. (2012). Online Sexual Health Services: Examining Youth's Perspectives. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Santé Publique*, 103(1), 14-18. <https://doi.org/10.1007/BF03404062>
- Similä, W., & Innstrand, S. T. (2015). Salutogenese gir bedre barnehelse. *Sykepleien forskning (Oslo)*(7), 58. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54641>
- St. meld. nr. 16 (2006-2007). *Og igjen sto ingen. Tidlig innsats for livslang læring*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2006-2007-/id441395/>
- Staksrud, E., & Ólafsson, K. (2019). *Tilgang, bruk, risiko og muligheter. Norske barn på Internett. Resultater fra EU Kids Online-undersøkelsen i Norge 2018*. <https://www.uio.no/english/research/strategic-research-areas/nordic/research/research-groups/living-the-nordic-model/news/eu-kids-online-hovedrapport-for-norge-2019.pdf>
- Stewart, K., & Williams, M. (2005). Researching Online Populations: The Use of Online Focus Groups for Social Research. *SAGE Internet Research Methods*, 5(4), d1e138298a1048964-1048416. <https://doi.org/10.1177/1468794105056916> (SAGE Library of Research Methods)
- Store medisinske leksikon. (2021, 25. februar). *Reproduktiv helse*. Retrieved 05.08 from https://sml.snl.no/reproduktiv_helse
- Stølen-Nilsen, M. (2017). *Seksuell danning. En studie av seksualundervisning i ungdomsskolen*. U. i. Bergen. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/16082/Seksuell-danning-AORG350-MSN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Suseg, H., Grødem, A. S., Valset, K., & Mossige, S. (2008). *Seksuelle krenkelser via nettet - hvor stort er problemet?*
https://www.researchgate.net/publication/253193173_Seksuelle_krenkelser_via_nettet_-_hvor_stort_er_problemet
- Sørensen, M. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg.)*. 122(2002)nr. 24, 2379-2383.
<https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>
- Teigstad, E. (2017, 22. November). *Hva er grooming?* Retrieved 21.04.2021 from
<https://www.overgrep.no/hva-er-grooming/>
- Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Toreid, H. E. (2015). Vil ha kjønnsdelt seksualundervisning. *Sykepleien forskning (Oslo)*(7), 62. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54642>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk : pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforl.
- Tyden, T., & Rogala, C. (2004). Sexual behaviour among young men in Sweden and the impact of pornography. *International Journal of STD and AIDS*, 15(9), 590-593.
<https://doi.org/10.1258/0956462041724299>
- Uldal, I. (2018, 3-4 september). *Helsesøster på snap - ufarlig og tilgjengelig HFU-dagene 2018*, <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2018/09/Helses%C3%B8ster-p%C3%A5-snap.pdf>
- Uldal, I. G. (2018). Dickpics og slutshaming bør inn i seksualundervisningen. *Sykepleien forskning (Oslo)*(70807), e-70807.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70807>
- Utdanningsdirektoratet. (2009). *Undervisning om seksualitet. Ressurshfte for lærere i grunnskoleopplæringen*. Utdanningsdirektoratet.
- Utdanningsdirektoratet. (udatert). *Læreplanverket*. Retrieved 04.05.2021 from
<https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/>
- Vanessa, O., Emily van der, M., June, L., & Sarah, F. (2013). If You Teach Them, They Will Come: Providers' Reactions to Incorporating Pleasure Into Youth Sexual Education. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Santé Publique*, 104(2), e142-e147. <https://doi.org/10.1007/BF03405678>
- Vildalen, S., & Langfeldt, T. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner : med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*. Gyldendal akademisk.
- Waldum-Grevbo, K. (2018). Helsesøster: Følger du de nye, nasjonale anbefalingene? *Sykepleien forskning (Oslo)*(70773), e-70773.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70773>
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2018). School-Based Education Programs for the Prevention of Child Sexual Abuse: A Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on social work practice*, 28(1), 33-55.
<https://doi.org/10.1177/1049731515619705>
- World Health Organization. (2010). Developing sexual health programmes, a framework for action.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf;jsessionid=9A2DAFE495C5A1095EC199A2A8A680B2?sequence=1
- Økland, T., & Glavin, K. (2005). *På ungdoms premisser : helsestasjon for ungdom*. Akribe.
- Aanerød, L. M. T., & Mossige, S. (2018). *Nettovergrep mot barn i Norge 2015-2017* (NOVA Rapport 10/2018). <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Nettovergrep-mot-barn-i-Norge-2015-2017>
- Aasland, M. W. (2020). *Barna og seksualiteten* (2. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg 1

2021-8-12 Meldeskjema for behandling av personopplysninger
https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ed762af-3c07-437f-a696-d970542fbb60_1/3

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Masteroppgave - Helsesykepleieres erfaringer med barn og unges seksuelle utforskning på sosiale medier, risikoatferd og hjelpebehov fra miljøet

Referansenummer

459965

Registrert

09.09.2020 av Hanne Stene - hmstene@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)
/ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Vibeke Olufsen, vibeke.olufsen@ntnu.no, tlf: 73412293

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hanne Stene, hmstene@stud.ntnu.no, tlf: 90085731

Prosjektperiode

01.09.2020

-

01.06.2021

Status

01.06.2021 – Avsluttet

Vurdering (1)

16.09.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

16.09.2020 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

NSD minner om at utvalget har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltbarn eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig med å bruke eksempler under intervjuene. Studenten og helsesykepleierne har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Vi anbefaler derfor at studenten minner informantene om taushetsplikten før intervjuet starter.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere

med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2

Invitasjon til å delta i forskningsprosjektet

«Helsesykepleiers erfaringer med barn og unges seksuelle utforskning på sosiale medier, risikoatferd og hjelpebehov fra miljøet rundt»

Bakgrunn og formål

Jeg er masterstudent i Folkehelse ved NTNU og henvender meg til deg med dette for å spørre om du kunne tenke deg å stille til et individuelt intervju i dette forskningsprosjektet. Hensikten med masterprosjektet er å få en dypere forståelse for de perspektiv og erfaringer helsesykepleier har om barn og unges seksuelle utforskning på sosiale medier, risikoen noen utsetter seg selv for og hjelpebehov ved uønskede hendelser, for å styrke kvaliteten på intervensjoner i skolehelsetjenesten og skolen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du mottar informasjon om denne studien fordi du er helsesykepleier, har interesse for og erfaring med temaet for prosjektet. Jeg ønsker å høre om hvilke erfaringer og opplevelser du har gjennom din rolle som en del av miljøet rundt barn og unge.

Hva innebærer det for deg å delta?

For deg innebærer deltakelse et intervju på ca. 1 time, samt utfylling av et kort spørreskjema om bakgrunnsdata og yrkeserfaring som sendes inn på forhånd. Intervjuet vil bli gjennomført digitalt gjennom Zoom, og du kan selv velge tid for intervjuet. Selv om intervjuet gjennomføres med video, er det kun lydopptaket som blir lagret. Etter intervjuene vil dataene transkriberes og lydfilen slettes. Du vil ikke bli bedt om å oppgi sensitive opplysninger om deg selv, og som helsepersonell er du underlagt taushetsplikt ut fra helsepersonelloven og kan derfor bare dele ikke-identifiserbare beskrivelser av tredjepersoner.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som vil ha tilgang på dine opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Du vil ikke kunne bli gjenkjent i den ferdige publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Masteroppgaven skal etter planen innleveres i midten av mai 2021. Alle innsamlede opplysninger vil senest da anonymiseres, og lydopptak og kodenøkkel (kontaktinformasjon) vil være slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Dersom du ønsker å delta eller har noen spørsmål i forbindelse med masteroppgaven, kan du kontakte meg på e-post: hanne.stene@ntnu.no eller telefon: 900 85 731

Min veileder for denne masteroppgaven er Vibeke Olufsen, som kan kontaktes på e-post: vibeke.olufsen@ntnu.no dersom du har ytterligere spørsmål om studien.

Vårt personvernombud ved NTNU er Thomas Helgesen, som kan kontaktes på epost: thomas.helgesen@ntnu.no

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

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

Med vennlig hilsen

Vibeke Olufsen

Hanne Stene

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Helsesykepleiers kjennskap til barn og unges seksuelle utforskning på internett og risiko for krenkelser og overgrep*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- svare på et spørreskjema om bakgrunnsdata

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Kartleggings skjema

Hei. Dette er et kort spørreskjema for å få vite litt om deg og din yrkeserfaring.

Skjemaet fylles ut og returneres på epost til hmstene@stud.ntnu.no

- Navn:
- Alder:
- År siden videreutdanningen:
- Hvor lenge har du arbeidet i skolehelsetjenesten:
- Hvilket fylke arbeider du i:
 - Agder
 - Innlandet
 - Møre og Romsdal
 - Nordland
 - Oslo
 - Rogaland
 - Vestfold og Telemark
 - Troms og Finnmark
 - Trøndelag
 - Vestland
 - Viken

- Har du erfaring fra:
 - By
 - Bygd
 - Tettsted

- Hvilken erfaring har du som helsesykepleier? Svar ja eller nei på disse alternativer:
 - Skolehelsetjeneste mellomtrinnet **Ja** **Nei**
 - Skolehelsetjeneste ungdomsskole **Ja** **Nei**
 - Skolehelsetjeneste videregående **Ja** **Nei**
 - Helsestasjon for ungdom **Ja** **Nei**
 - Annet – Beskriv hva:

- Har du erfaring med barn/unge som søker informasjon om seksuell helse:
 Ja **Nei**
- Har du erfaring med barn/unge som har opplevd uønsket seksuell oppmerksomhet via sosiale medier? **Ja** **Nei**

Mvh

Hanne Stene

Masterstudent

Vedlegg 4

Intervjuguide

Forskningsspørsmål: Hvordan er helsesykepleiernes erfaringer med unges seksuelle utforskning på sosiale medier, risikoen dette kan medføre og hjelpebehovet fra miljøet?

Innledningsvis

Muntlig intro om hensikt med intervjuene, krav om konfidensialitet, rom for spørsmål før vi begynner, info om underskrift på samtykke.

Start av opptak

1. I hvilken sammenheng prater du med ungdom om sosiale medier og seksuell utforskning?
 - Gruppe/individuell?
 - Når «skaden» har skjedd eller før?

2. Kan du dele dine erfaringer om barn og unges positive seksuelle utforskning på sosiale medier?
 - Hvilke medier blir brukt?

3. Kan du dele dine betraktninger om barn og unge som har utsatt seg selv for risiko?
 - Forskjell på de som «dumper» borti det?
 - De som søker det selv?
 - De som blir oppsøkt av kjente eller ukjente?
 - Grooming-prosessen?
 - De som går videre og utsettes for seksuelle overgrep

4. Har du erfart at unge på egen hånd har forsøkt å redusere sin risikoatferd og hvordan har de i så fall prøvd å redusere den?

5. Ut fra din erfaring med de som utsettes for seksuelle krenkelser, opplever du at de deler dette med familie, venner eller helsepersonell?
 - Hva opplever du at skal til for at barn og unge søker hjelp?
 - Er det noe som hemmer dem fra å søke hjelp?
 - Hva kan fremme at de søker hjelp?

6. På hvilken måte mener du skole og skolehelsetjenesten bør bidra for at barn og unge skal få en trygg seksuell utforskning på sosiale medier?

Tilleggspunkter for barneskole:

*Hvordan jobbes det med seksuell helse i barneskolen?

*Forebygging av overgrep og krenkelser

*I klasserom, grupper, enkeltelever?

- Forebyggende eller når noe har skjedd

* Tverrfaglig samarbeid

* Foreldre

Til slutt:

Er det noen vi så langt ikke har pratet om som du ønsker å si eller tenker er viktig å ta med før vi avslutter?

Avslutt opptak

Takk for at du tok deg tid til å svare på mine spørsmål 😊

