



Det helsevitenskapelige fakultet

Samarbeid for å fremme seksuell helse i ungdomsskolen

En kvalitativ undersøkelse av helsesykepleiernes erfaringer
med undervisning i seksuell helse og tverrfaglig samarbeid med lærer om
seksualitetsundervisningen

Henriette Flatsetø

Mastergradsoppgave i helsesykepleie HEL-3964

November 2022

Antall ord: 23493

Forord

Det har vært krevende å skrive denne oppgaven, men jeg har lært veldig mye, både faglig og om meg selv som jeg ikke ville vært foruten.

Tusen takk til informantene som stilte opp og brukte av tiden sin.

Tusen takk til spesielt pappa, bestemor, Håkon og Yumi for å alltid være støttende og oppmuntrende, og til alle som har vært interessert i å høre om prosjektet mitt og har gitt meg mulighet til å snakke om det i stort engasjement. Det har gitt meg litt glød til å fortsette med arbeidet, da det har gitt meg en påminning om hvorfor jeg har brukt så mye tid på dette prosjektet.

Runa Anneli Andersen: Takk for veldig god veiledning!

Sammendrag

Bakgrunn: Formålet med denne studien var å finne ut hvordan helsesykepleiere erfarer å undervise i seksuell helse i ungdomsskolen, og hvordan de erfarer tverrfaglig samarbeid med lærer om undervisningen.

Problemstilling: Hvordan erfarer helsesykepleiere å undervise i seksuell helse, og hva er deres erfaringer med tverrfaglig samarbeid om undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen?

Teori: Tidligere forskning belyser tverrfaglig samarbeid mellom lærer og helsesykepleier samt hvordan helsesykepleier opplever å undervise i seksuell helse. Teoretiske perspektiver er didaktikk og samhandlingsteori. Innenfor didaktikk fokuseres det på den didaktiske relasjonsmodellen samt helsepedagogikk. Innenfor samhandlingsteori er særlig faglighet, flerfaglighet og tverrfaglighet relevant.

Metode: Kvalitativ metode. Utvalget er fire helsesykepleiere som har erfaring med undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen. Det ble gjort individuelle intervju med en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Johannessen, Rafoss og Rasmussen sin tematiske analyse.

Resultat: Forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid mellom helsesykepleier og lærer om undervisning i seksuell helse er felles kontaktflater, at begge parter har et ønske om å samarbeide og at samarbeidet er systematisert ved at helsesykepleier får delta på planleggingsmøter. Barrierer er mangel på tid og manglende tilgjengelighet hos helsesykepleier, samt manglende kunnskap om hverandres mandat. Det var i liten grad samarbeid med lærer og helsesykepleier ut over planlegging av når det passet for helsesykepleier å ha undervisningen, men det var et ønske om samarbeid i økt grad om dette, spesielt for å kunne ha andre undervisningsmetoder enn klasseromsundervisning. Helsesykepleierne var engasjert i seksualitetsundervisningen og opptatt av brukermedvirkning i undervisningen, men det ble uttrykt at det er for lite tid.

Avslutning: Funnene i studien viser at det er et ønske om at samarbeidet mellom lærer og helsesykepleier i større grad systematiseres. Det bør settes av mer tid til seksualitetsundervisningen for å kunne dekke alle temaene ungdom ønsker å lære om. Det bør også være strengere føringer for innholdet i seksualitetsundervisningen slik at all ungdom får like god undervisning, og en nasjonal kompetansebank kan være en aktuell løsning.

Nøkkelord: Seksualitetsundervisning, seksuell helse, tverrfaglig samarbeid, helsesykepleier, lærer, ungdom.

Summary

Background: The aim of this study was to find out how public health nurses experience teaching sexual health in lower secondary school, and how they experience interdisciplinary collaboration with teachers on teaching.

Research question: How do public health nurses experience teaching sexual health, and what are their experiences with interdisciplinary collaboration on teaching sexual health in lower secondary school?

Theory: Previous research sheds light on interdisciplinary collaboration between teachers and public health nurses, as well as how public health nurses experience teaching sexual health. Theoretical perspectives are didactics and interaction theory. Within didactics, the focus is on the didactic relationship model as well as health education. Within interaction theory, professionalism, multidisciplinary and interdisciplinarity are particularly relevant.

Method: Qualitative method. The sample consists of four public health nurses who have experience in teaching sexual health in lower secondary school. Individual interviews were conducted with a semi-structured interview guide. The interviews were analysed with the help of Johannessen, Rafoss and Rasmussen's thematic analysis.

Results: The prerequisites for good interdisciplinary cooperation between public health nurses and teachers on sexual health teaching are common interfaces, that both parties have a desire to cooperate and that the collaboration is systematised by allowing public health nurses to participate in planning meetings. Barriers are lack of time and lack of accessibility among public health nurses, as well as lack of knowledge about each other's mandate. There was little collaboration with the teacher and public health nurse beyond planning when it was convenient for public health nurses to teach, but there was a desire for greater collaboration, especially in order to have teaching methods other than classroom teaching. The public health nurses were engaged in sexuality education and concerned with user participation in the teaching, but it was stated that there is too little time.

Conclusion: The findings of this study shows that public health nurses wishes that the collaboration between teachers and PHN's should be systematised to a greater extent. More time should be set aside for sexuality education in order to cover all the topics young people want to learn about. There should also be stricter guidelines for the content of sexuality education so that all youth receive equally good education, and a national competence bank can be a relevant solution.

Keywords: Sexuality education, sexual health, interdisciplinary collaboration, public health nurse, teacher, yout

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt og problemstilling	3
1.3	Sentrale begreper	4
1.4	Avgrensning og presisering	6
1.5	Oppgavens oppbygning	6
2	Tidligere forskning	6
2.1	Nasjonal forskning.....	8
2.2	Internasjonal forskning	9
3	Teori	11
3.1	Skolehelsetjenesten.....	11
3.2	Didaktikk	12
3.2.1	Den didaktiske relasjonsmodellen.....	12
3.2.2	Helsepedagogikk	13
3.3	Samhandling	15
3.3.1	Samarbeid, samhandling og samordning	15
3.3.2	Faglighet.....	16
3.3.3	Flerfaglighet og tverrfaglighet	16
4	Metode.....	18
4.1	Forskningsdesign	18
4.2	Forforståelse	19
4.3	Forskningsmetode.....	20
4.4	Utvalg	22
4.5	Rekruttering og utførelse av intervju.....	22
4.6	Transkribering	25

4.7	Analyse	26
4.8	Forskningsetiske overveielser.....	28
4.9	Metodologiske overveielser.....	29
4.9.1	Refleksivitet	29
4.9.2	Validitet og overførbarhet	30
5	Resultater.....	32
5.1	Forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid.....	32
5.1.1	Felles kontaktflater	32
5.1.2	Et ønske om å samarbeide	34
5.1.3	Systematisert samarbeid	35
5.1.4	Samarbeid om undervisning i seksuell helse.....	36
5.2	Barrierer for det tverrfaglige samarbeidet	38
5.2.1	Manglende kontaktflater	38
5.2.2	Holdninger som barriere.....	39
5.2.3	Manglende kunnskap om hverandre	40
5.3	Helsesykepleiernes opplevelse av å undervise i seksuell helse	41
5.3.1	Beskrivelser av hvordan undervisningen foregår.....	41
5.3.2	Erfaringer med å undervise	43
5.3.3	Tanker om det å samarbeide om felles undervisningsopplegg	43
6	Diskusjon.....	44
6.1	Tverrfaglig samarbeid.....	44
6.1.1	Viktigheten av et strukturert samarbeid	45
6.1.2	Viktigheten av god kommunikasjon og dialog i det tverrfaglige samarbeidet ..	47
6.1.3	Hvordan desentralisert modell påvirker det tverrfaglige samarbeidet	50
6.1.4	Tverrfaglig eller flerfaglig samarbeid?	51
6.1.5	Autonomi og revirtekning i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer.....	53
6.2	Didaktiske overveielser	55

6.2.1	Planlegging av undervisning	55
6.2.2	Innholdet i seksualitetsundervisningen	57
6.2.3	Seksualitetsundervisning i det senmoderne samfunn.....	59
7	Avslutning	60
7.1	Videre forskning	62
	Referanseliste	63
	Vedlegg 1	69
	Vedlegg 2	70
	Vedlegg 3	72
	Vedlegg 4	73
	Vedlegg 5	76
	Vedlegg 6	77

Figurliste

Figur 1. Den didaktiske relasjonsmodellen.	13
---	----

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Temaet for denne mastergradsoppgaven er helsesykepleiers erfaringer med undervisning i seksuell helse, og hvordan de erfarer å samarbeide med lærer om undervisningen.

For helsesykepleiere legger både Nasjonal Faglig Retningslinje for Helsestasjons- og Skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) og forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) føringer for deres arbeid i skolen.

Det er en sterk anbefaling i helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for skolehelsetjenesten at skolehelsetjenesten bør bidra i seksualitetsundervisningen i skolen, og at undervisningen bør ses i sammenheng med læreplanen. Det beskrives også et sett med temaer som skolehelsetjenesten bør bidra med i undervisningen. På ungdomstrinnet er dette blant annet kroppens utvikling, holdninger, seksuelle rettigheter og grenser, vold, prevensjon, abort og seksuelt overførbare infeksjoner (Helsedirektoratet, 2017). Helsedirektoratet (2017) skriver at det bør være et systematisk samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten, og at skolehelsetjenesten bør ta initiativ til slikt samarbeid når det ikke er allerede etablert. Under hvordan det praktisk kan gjennomføres, står undervisning skrevet som et punkt i denne anbefalingen (Helsedirektoratet, 2017). I forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, står det hva tilbudet i skolehelsetjenesten skal inneholde. Blant annet skal det inneholde helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid, opplysning og bistand og undervisning i grupper, klasse og foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det, styrke barn og unges autonomi og ferdigheter til å mestre sin egen hverdag i forhold til deres fysiske, psykiske og seksuelle helse, og råd og veiledning om fysisk, psykisk og seksuell helse som er tilpasset ungdoms behov (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 6).

I den nye læreplanen i naturfag står det at elevene skal ha kunnskap om hvordan kroppen utvikler seg, og hvordan de kan ivareta psykisk og fysisk helse. Dette inngår også i det tverrfaglige temaet «folkehelse og livsmestring» (Utdanningsdirektoratet, 2020). Den nye læreplanen gir læreren mer spillerom enn tidligere læreplaner, men seksualitetsundervisningen skal gi elevene kunnskap om hvordan kroppen utvikler seg. Dermed er det noe lærerne skal gå igjennom i naturfag før elevene er ferdig med 10. trinn.

I barneombudets rapport «Alle kjenner noen som har opplevd det», fremkommer det at ungdom trenger mer kunnskap om hva som kan gjøres for å forebygge seksuelle krenkelses (Barneombudet, 2018). Ungdommene mener at det er en mangelfull seksualitetsundervisning, og at det snakkes for lite om grenser. De ønsker at seksualitetsundervisningen skal ha mindre fokus på naturfag, og mer muligheter til å diskutere og lære i fellesskap. Ungdommene mente at det å dele erfaringer og holdninger førte til større bevissthet. Barneombudet mener man må legge større vekt på relasjoner i seksualitetsundervisningen (Barneombudet, 2018). I 2017 gjorde Norstat en undersøkelse på vegne av NRK der det kom frem at 44% av ungdommene var enten misfornøyd eller svært misfornøyd med seksualitetsundervisningen (Gjellan & Melsom, 2017).

Sex og Samfunn har i 2016 og 2017 gjort en undersøkelse som viser at sju av ti lærere i grunnskolen mener kvaliteten er for dårlig i seksualitetsundervisningen (Torjusen & Eckhoff, 2016). Tore Holte Follestad som er assisterende daglig leder i Sex og Samfunn, mener at lærerne må kurses bedre, i tillegg til bedre samarbeid mellom lærer og helsesykepleier (Gjellan & Melsom, 2017). Sex og samfunn gjorde en ny kartlegging av elevers og læreres erfaringer og ønsker i seksualundervisning i skolen i 2021, for å se om det hadde bedret seg. Sju av ti elever rapporterte et ønske om mer seksualitetsundervisning i skolen. 66% av ungdommene ønsket at seksualitetsundervisningen skulle dekke flere tema. Omtrent halvparten av ungdommene hadde blitt undervist av helsesykepleier. 3 av 4 elever ønsket at helsesykepleier skulle holde seksualitetsundervisningen (Sex og samfunn, 2022).

Leder for Seksualpolitisk Nettverk for Ungdom, Sol Stenslie, mener i sin kronikk at mange helsesykepleiere og lærere enten mangler kompetanse eller at de ikke tør å prate om seksualitet åpent (Stenslie, 2020). Hun skriver at kvaliteten i seksualitetsundervisningen i skolen er svært varierende, og at det ønskes tverrfaglig samarbeid mellom blant annet helsesykepleier og lærer for å koordinere undervisningen (Stenslie, 2020).

Det anbefales av barneombudet at skolen i større grad involverer skolehelsetjenesten og andre som innehar særlig kompetanse i seksualitetsundervisningen (Barneombudet, 2018).

Barneombudet mener videre at det bør lages en veileder som inneholder anbefaling til hvordan undervisningen bør gjennomføres og at Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet bør samarbeide om utarbeiding av en slik veileder (Barneombudet, 2018).

Seksuell helse er en sentral del av det å være menneske gjennom hele livet. Seksualitet omfatter sex, kjønnsidentiteter og roller, seksuell legning, erotikk, nytelse og formering. Det

påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (World Health Organization, 2015). Seksuell helse får stadig mer oppmerksomhet fra helsepersonell fordi det bidrar til generell helse og velvære hos ungdom og voksne (World Health Organization, 2015). God seksuell helse er helsefremmende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). God seksualitetsundervisning er viktig fordi kunnskap om seksualitet gjør unge i stand til å gjøre gode helsevalg for seg selv. Det kan føre til god kunnskap om seksualitet som fremmer mestring og livsglede, og det gir gode holdninger knyttet til seksualitet (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge WHO kan en god seksualitetsundervisning som fremmer de positive sidene ved seksualiteten, forebygge overgrep, uønskede svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner. For unge er internett nå blitt et viktig medium for å tilegne seg informasjon om seksualitet, men det er en risiko for at de får uriktig informasjon på internett, eller at de blir presentert en forvridd versjon av virkeligheten. Seksualitetsundervisningen er derfor viktig for at en trygg og kompetent voksen kan korrigere og være et bidrag (Helsedirektoratet, 2017).

Min personlige motivasjon for valg av problemstilling er at jeg i praksis opplevde at en helsesykepleier gav uttrykk for at det var utfordrende å samarbeide med lærerne om seksualitetsundervisning, også bare for å finne tid til når helsesykepleieren kunne gjøre dette. Denne erfaringen stemmer overens med en svensk studie der det fremgår at helsesykepleieres finner det utfordrende å planlegge tidspunkt for undervisning i seksuell helse, og liten villighet hos lærerne for å sette av tid til dette (Siliviri, et al, 2021). Dette vekket min interesse for temaet.

På bakgrunn av viktigheten for at undervisning i seksuell helse skal være av god kvalitet, samt anbefaling om at skolehelsetjenesten bør samarbeide om dette, mener jeg at det er relevant å kvalitativt undersøke hvordan helsesykepleiere opplever samarbeidet med lærer om dette, samt hvordan de opplever det å undervise i seksuell helse. Det kan være nyttig for helsesykepleiere, lærere og deres ledere med økt innsikt i helsesykepleieres erfaringer om dette når de planlegger og tilpasser undervisningen.

1.2 Hensikt og problemstilling

Denne kvalitative studien har som hensikt å finne ut av hvordan et utvalg helsesykepleierne erfarer å undervise i seksuell helse, og hvordan de erfarer det å samarbeide tverrfaglig om undervisning i seksuell helse, og bakgrunnen for deres syn på saken. Jeg ønsker å finne ut av hvordan de erfarte å samarbeide om et felles undervisningsopplegg dersom de har gjort dette,

og dersom de ikke har samarbeidet om et felles undervisningsopplegg, ønsker jeg å finne ut av hvilke barrierer som finnes. Formålet er at det skal føre til en større forståelse for hvordan helsesykepleier opplever det tverrfaglige samarbeidet med lærer, samt hvordan de erfarer det å undervise i seksuell helse. Eventuelle funn vil ikke være generaliserbare, men kan være med å gi en dybdeforståelse. Å få en dybdeforståelse i hvordan helsesykepleierne som blir intervjuet erfarer dette, kan ha en overføringsverdi i form av at det kan bidra til aha-effekten som innebærer at noen forstår mer om sitt eget prosjekt ut ifra det jeg har gjort (Malterud, 2017). Det kan føre til mer kunnskap om hva som kan gjøres for å få til et bedre samarbeid, og mer kunnskap om hvordan helsesykepleiere ser på det å undervise i seksuell helse.

Min problemstilling er: *Hvordan erfarer helsesykepleiere å undervise i seksuell helse, og hva er deres erfaringer med tverrfaglig samarbeid om undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen?*

1.3 Sentrale begreper

Tverrfaglig samarbeid er når forskjellige yrkesgrupper jobber sammen med et felles mål for øye (Glavin & Erdal, 2018). Tverrfaglig samarbeid er et positivt ladet ord. Det er en nødvendighet i samfunnet vi lever i, fordi samfunnet vårt er blitt sektordelt, kunnskapen spesialisert og funksjonsdifferensieringen så langt drevet at det er blitt vanskelig å håndtere helhet og sammenheng. Man må dermed jobbe tverrfaglig for å få en helhet og sammenheng i tjenestene (Lauvås & Lauvås, 2004). Det kan være utfordrende å få til et samarbeid om det er helt uformelt og uforpliktende for de aktørene som er involvert. Samarbeid som er nedfelt i planene til kommunen, og som er godt forankret i ledelsen, har gode rutiner og der aktørene i tillegg ser nytten og betydningen av samarbeid, erfarer Glavin & Erdal (2018) at de har de beste forutsetningene for å fungere godt. En lærer og en helsesykepleier har ulike bakgrunn når det kommer til deres utdanning, og dette kan kalles faglighet. *Faglighet* innebærer at man har erfaring og kunnskap om hvordan en forstår og håndterer utfordringer innenfor sitt fagfelt (Glavin & Erdal, 2018).

En *helsesykepleier* jobber helsefremmende og forebyggende. Det er et omfattende arbeid, med alt fra helseundersøkelser til veiledning og støtte. De jobber opp mot individer, grupper

og befolkningsrettede tiltak. Helsesykepleierne jobber gjerne i helsestasjonen, skolehelsetjenesten eller helsestasjon for ungdom (Norsk Sykepleierforbund, u.å).

Helse som begrep kan forstås på ulike måter. Helse kan forstås som fravær av sykdom, der helse og sykdom ses på som motsetninger. Helse kan også forstås som riktig helseatferd; at man blir sunn når man lever sunt (Saugstad, 2009c). Helse kan forstås som livskvalitet; altså at begrepet blir subjektivt forankret i livskvalitet. Saugstad (2009c) beskriver i tillegg at det er utviklet seg en «sundhedisme» som muligens kan oversettes til «helseisme» på norsk. Det er blitt et overdrevent fokus på helse, og viser seg for eksempel i de mange forskjellige og ofte alternative «helseevangelier» som finnes der ute. Til sist kan helse forstås i lys av WHO's definisjon som er: «Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom» (Saugstad, 2009c, s. 39). Denne definisjonen kan virke som en brobygger mellom de øvrige helseoppfatningene. Den søker å fastholde en balanse mellom sykdomstrusler og velvære, og dermed er det ikke en enten-eller motsetning mellom det sykdomsforebyggende og helsefremmende perspektiv, men heller et inkluderende både-og (Saugstad, 2009c). Svakheter ved definisjonen til WHO er at helse beskrives som en tilstand som kan oppfattes som nærmest en konstant dimensjon ved livet, og ikke noe som varierer. Definisjonen blir så bred at den omfatter alle livets aspekter, og dernest kan risikere å bli utvannet og miste sin betydning (Saugstad, 2009c).

Seksuell helse defineres ifølge regjeringens strategi for seksuell helse for 2017-2022 som «Fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Videre skriver Helse- og omsorgsdepartementet (2016) at den generelle helsetilstanden og seksualiteten har komplekse vekselvirkninger mellom seg. Det innebærer at begge kan påvirke hverandre i positiv eller negativ retning. Det er en forutsetning for den seksuelle helsen at man har en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, og at man har muligheten til å ha gode og trygge seksuelle erfaringer som er fri fra tvang, diskriminering og vold. Det er viktig for en trygg seksuell identitet og sunne handlingsmønstre at man har positive følelser og holdninger for egen kropp sammen med god kunnskap om kropp og seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

1.4 Avgrensning og presisering

Studien er avgrenset ved at problemstillingen handler om helsesykepleiere. Selv om et tverrfaglig samarbeid om seksuell helse vil innebefatte andre yrkesgrupper, herunder i hovedsak lærere, er det valgt å ikke fokusere på lærernes erfaringer. Det kunne vært av interesse å se saken fra lærernes side også, men grunnet studiens tidsramme og omfang ble det besluttet å kun sette søkelyset på helsesykepleiere. Denne studien er også avgrenset til å handle om seksualitetsundervisning i ungdomsskolen, fordi behovet for økt kvalitet i seksualitetsundervisningen er blitt fremhevet av ungdom. Det er i ungdomsskolen det blir gitt den klassiske seksualitetsundervisningen.

1.5 Oppgavens oppbygning

I det neste kapittelet presenteres tidligere forskning på feltet. Hensikten med denne presentasjonen er å belyse hvilken forskning som er gjort, og for å kunne se hva det er behov for mer forskning om. I kapittel 3 presenteres den teoretiske rammen for prosjektet. Aktuell teori er helsesykepleierens oppgaver i skolehelsetjenesten, didaktikk med den didaktiske relasjonsmodellen og helsepedagogikk, og til slutt presenteres samhandlingsteori. I kapittel 4 presenteres studiens metode. Det gjøres her rede for valg av forskningsdesign, min forforståelse og forskningsmetode. Utvalget og rekrutteringen av disse blir beskrevet, samt hvordan intervjuene ble utført. Etter det blir det beskrevet hvordan transkriberingen og analysen ble gjort, og til sist i kapittelet blir de forskningsetiske og metodologiske overveielsene gjort rede for. I kapittel 5 presenteres resultatene av studien, og deretter blir resultatene diskutert. Til sist kommer avslutningen med oppsummering, betydning studien kan ha for praksis og videre forskning.

2 Tidligere forskning

I dette kapittelet presenteres en redegjørelse for litteratursøk og tidligere forskning på området.

Jeg har søkt etter tidligere forskning i Google Scholar, Cinahl og Cochrane. Jeg valgte disse databasene fordi Cochrane har systematiske oversikter innenfor helseforskning (Berteussen, 2022), Cinahl har helseforskning og en del kvalitativ forskning innenfor dette (Helsebiblioteket, u.å) og Google Scholar inneholder forskningsartikler innenfor alle mulige fagfelt, men sistnevnte er ikke en database.

Jeg startet først med å gjøre usystematiske søk. Dette var fordi jeg skulle få innblikk i hvilke

ord som vanligvis ble brukt i overskriftene. Jeg gjorde så systematiske søk som fremkommer av søkeloggen i vedlegg 1.

Inklusjonskriterier jeg har valgt for min gjennomgang av tidligere forskning, er at artiklene må handle om enten tverrfaglig samarbeid i skolen eller erfaringer om undervisning i seksuell helse, at det må være om helsesykepleier /«school nurse» eller lærer og at det skal være fra et vestlig land. Det er ønskelig at forskningen er fra et vestlig land for at det skal være mest mulig likt med norske forhold.

Eksklusjonskriterier er at artiklene enten ikke omhandler tverrfaglig samarbeid i skolen eller erfaringer om undervisning i seksuell helse, at det ikke omhandler helsesykepleier eller lærer og at det ikke er fra et vestlig land. Jeg har grunnet lite funn valgt å ikke ha årstall som eksklusjonskriterie. Eldre forskningsartikler kan ha liten overføringsverdi til dagens situasjon grunnet utviklingen i samfunnet.

For å finne tidligere forskning omkring hvordan helsesykepleiere erfarer å samarbeide tverrfaglig om undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen, brukte jeg søkeord som «public health nurse», «school nurse», «collaboration», «interprofessional collaboration», «sex education», «teacher». Som vist i søkelogg i vedlegg 1, var det veldig mange resultat i Google Scholar. Det var ikke mulig for meg å lese gjennom alle treff, men det kunne virke som at det bare var relevante treff på de første sidene ut ifra overskriftene og abstractene jeg leste igjennom. For å finne tidligere forskning omkring hvordan helsesykepleiere erfarer å undervise i seksuell helse, brukte jeg søkeord som «public health nurse», «school nurse», «sexual education», «sex education» og «experience».

Mine søk har ikke avdekket mange funn på området, og det kan dermed se ut som at det ikke er mye forskningslitteratur innenfor temaet. Det er bare inkludert artikler fra vestlige land som fremgår av inklusjonskriteriene, men jeg har likevel reflektert rundt at det kan være forskjeller mellom vestlige land slik som mellom USA og Norge og at dette kan føre til at forskning som er gjort i USA slik som en forskningsartikkel som er inkludert, kan ha noe andre resultat enn dersom studien hadde vært gjennomført i Norge.

Jeg gikk igjennom referanselistene til forskningsartiklene for å se om jeg kunne finne aktuelle artikler her, men det ble ikke inkludert nye artikler på denne måten.

12 forskningsartikler ble inkludert etter mine søk. Alle tidsskriftene er fagfellevurdert. De inkluderte studiene presenteres under «nasjonal forskning» og «internasjonal forskning».

2.1 Nasjonal forskning

Det er gjort studier på tverrfaglig samarbeid mellom helsesykepleier og lærer og øvrige som jobber i skolen som ikke direkte omhandler undervisning i seksuell helse, men som jeg likevel synes er relevante. Borg og Drange (2019) har utført en studie der kom frem at en hovedårsak til manglende tverrfaglig samarbeid var mangel på tid, fordi helsesykepleierne ofte jobbet deltid og bare hadde tid til lovpålagte oppgaver slik som vaksinerings. I tillegg opplevde skolen det som utfordrende å integrere helsesykepleieren med de ansatte i skolen, og konsekvensen av det var dobbeltarbeid (Borg & Drange, 2019).

Flere studier er gjort om tverrfaglig samarbeid med fokus på mental helse og jeg velger å inkludere noen av disse i denne oversikten, da jeg mener enkeltfunn i flere av disse artiklene er relevante fordi de belyser samarbeid som også er relevant i andre settinger. I studien til Granrud et al (2019) kom det frem at høy turnover hos helsesykepleierne følte til dårligere samarbeid. Skundberg-Kletthagen & Moen (2017) har gjort en studie der det kom frem at helsesykepleierne har et behov for strengere krav angående samarbeid, samt at det kunne bli mer forutsigbart dersom helsesykepleieren var ansatt i skolen og derfor en mer naturlig del av arbeidsstyrken. Ekornes (2015) har sett på tverrfaglig samarbeid fra lærernes perspektiv, og der kom det frem at det var dårlig tilgang på helsesykepleiere fordi de var for lite i skolen, og at dette ble sett på som en stor utfordring i det tverrfaglige samarbeidet. Hynek, Malmberg-Heimonen & Tøge (2020) har gjort en klyngerandomisert studie der de undersøkte om den såkalte LOG-modellen, som står for ledelse, organisering og gjennomføring av systemrettet, tverrfaglig samarbeid, kunne endre lærernes oppfatning av det tverrfaglige samarbeidet. Intervensjonen de gjorde hadde ikke påvirket på hverken gruppenivå eller individuelt nivå. Intervensjonen hadde ikke ført til blant annet bedre tverrfaglig kommunikasjon eller klima. Forskerne mener det kan forklares med at det var for kort tid med intervensjon til å måle en slik bedring.

Clancy et al (2013) har utført en spørreundersøkelse om tverrfaglig samarbeid, der deltakerne var helsesykepleiere, leger, jordmor og barnevernspedagoger. Grunnet for lav responsrate ble ikke lærerne inkludert. Det fremkom i studien at deltakerne synes tillit, respekt og samarbeidskompetanse var de faktorene som var viktigst for å oppnå godt tverrprofesjonelt samarbeid. 89% av deltakerne mente fysisk nærhet var viktig for tverrfaglig samarbeid, og 82% mente at det tverrfaglige samarbeidet har forbedret seg (Clancy et al., 2013).

Det er skrevet en NIFU-rapport som heter «Et lag rundt eleven: Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samhandling med skole» der det ble samlet inn en stor mengde kvantitative og kvalitative data mellom 2017 og 2020. I den kvalitative delen kom det frem at samarbeid er mer enn struktur, og at aspekter som personlige relasjoner og kjennskap var sett på som viktig. En rektor påpekte at når helsesykepleier hadde andre oppgaver ved skolen, som for eksempel vaksinerings, ble samarbeidet mindre. Samarbeidet påvirkes altså av prioritering av arbeidsoppgaver og tilstedeværelse (Federici et al, 2020).

2.2 Internasjonal forskning

I studien til Baratiser & Wood (2001) var alle deltakere enige om at det var best at deler av seksualitetsundervisningen var gjort av helsepersonell da noen lærere fant det flaut å snakke om. Barrierer for å ha seksualitetsundervisning som klasseromsundervisning var mangel på tid, opplæring og ressurser (Baratiser & Wood, 2001; Brewin, et al, 2014). Det var også enighet om at kulturen i skolen innvirket på kvaliteten på seksualitetsundervisningen, og noen steder var det en lav prioritet fordi det fra skolen sin side ble sett på som at det tok vekk tid fra andre emner, og dermed var det vanskelig å få til et tverrfaglig samarbeid (Baratiser & Wood, 2001).

Hayter et al (2008) gjorde fokusgruppeintervju med hensikt å undersøke hvordan helsesykepleiere («school nurses») erfarer hvordan skolens påvirker deres rolle i å gi undervisning i seksuell helse. Det fremkom at alle helsesykepleierne har opplevd at skolene overvåker helsesykepleiernes undervisning i seksuell helse, både skjult og åpent. Noen av deltakerne hadde også opplevd at skolen hadde forsøkt å kontrollere at helsesykepleieren ikke skulle nevne enkelte temaer innenfor seksuell helse. I artikkelen skrives det også at i England er det slik at læreren er pålagt å være til stede for å passe på klassens oppførsel, men at noen deltakere hadde opplevd at læreren blant annet hadde brutt inn i undervisningen når det kom opp tema som læreren ikke var komfortabel med (Hayter et al, 2008).

Den kvalitative undersøkelsen til Brewin et al (2014) hadde som formål å finne ut hvordan helsesykepleiere i Massachusetts i USA jobbet med problematikk rundt seksuell helse, samt hvordan skole og samfunn påvirket hvordan helsesykepleiere fikk gitt seksualitetsundervisning. Det fremkom at deltakerne opplevde at de var komfortable rundt sensitive temaer omkring studentenes seksuelle helse. Undervisning i seksuell helse ble her

gitt i stor grad på kontoret til helsesykepleieren, og ikke som klasseromsundervisning. Flere hadde opplevd vansker med å samhandle med skolen når det kom til seksuell helse, fordi administrasjonen ikke var positivt innstilt til seksualitetsundervisning. Helsesykepleierne holdt ofte en lav profil for å unngå konflikter med administrasjonen på skolen (Brewin et al, 2014).

Klein et al (2012) gjorde en kvalitativ studie i Australia der de så på hvordan helsesykepleiere erfarte helseundervisning. Det fremkom av studien at flere av deltakerne mente at det ikke var en del av deres rolle å gi klasseromsundervisning til elever. Andre mente tvert imot at deres oppgaver var å bygge et forhold til elever og lærere, gi klasseromsundervisning og å bli ansett som en ressursperson. De anså det også som viktig å støtte lærer i å gi klasseromsundervisning i helse. Deltakerne i studien rapporterte at dersom de kunne samarbeide tverrfaglig med lærere om å undervise i helse sammen, hadde de en mye mer positiv opplevelse av å gi helseundervisning. Individuelle forskjeller hos lærere hadde en stor innvirkning på hvordan det gikk å undervise sammen, og at det kom an på hvor mye lærerne satt pris på helsesykepleieren og deres rolle i skolen. Deltakerne mente det var svært viktig at læreren var til stede i undervisningen for å ha kontroll over klassen. Det at det ikke er lik undervisning i seksuell helse på forskjellige skoler, ble ansett som negativt hos helsesykepleierne fordi det gjorde jobben deres vanskelig. Helsesykepleierne i denne studien rapporterte også at de ikke var involvert i planleggingsmøter, og dette gjorde at det ble vanskelig å få helseundervisning inn i læreplanen senere (Klein et al, 2012).

Det ble utført en kvalitativ studie i Sverige av Silivri et al (2021) der målet var å beskrive helsesykepleiernes erfaringer med å snakke om seksuell helse med ungdom. Det fremkom at helsesykepleierne mente det var viktig å konstant være oppdatert på tematikken for å holde følge med elevenes kunnskap. Det gjorde at de også følte seg mer selvsikker når de pratet om seksuell helse med ungdom. Helsesykepleierne mente at utdanning om seksuell helse har et moderniseringsbehov. De beskrev administrative utfordringer for å planlegge tidspunkt for å kunne undervise i seksuell helse, samt at lærerne ikke var villige til å sette av tid til dette. De erfarte at elevene har manglende kunnskap om blant annet kropp, nytelse, kjærlighet, heteronormativitet, likestilling, diskriminering og pornografi. De opplevde at seksuell helse ikke var en høy nok prioritet på organisasjonsnivå, også innenfor deres egen organisasjon.

3 Teori

I dette kapitlet presenteres først skolehelsetjenesten og deres rolle i skolen, for å kunne sette dette i sammenheng med øvrig teori. Jeg presenterer så didaktikk som begrep, med vekt på den didaktiske relasjonsmodellen. Denne teorien har en sentral plass for å belyse problemstillingen, da teori om å undervise er aktuelt for hvordan helsesykepleiere opplever å undervise i seksuell helse. Til sist presenteres samhandlingsbegrepet som samlebegrep, i tillegg til faglighet og tverrfaglighet. Da problemstillingen også omhandler hvordan helsesykepleiere erfarer å samarbeide om felles undervisningsopplegg, vil disse begrepene bidra til å belyse problemstillingen.

3.1 Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste der formålet er å fremme helse og forebygge sykdom hos elever (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Det helsefremmende og forebyggende arbeidet utføres av helsesykepleier, lege og eventuelt fysioterapeut.

Helsesykepleieren er den som har mest disponert tid av de nevnte yrkesgrupper i skolehelsetjenesten (Glavin & Kvarme, 2003). Helsesykepleieren har mange oppgaver i skolehelsetjenesten, og blant dem er individuell veiledning, screening, målrettede undersøkelser, gruppesamtaler og undervisning. I skolehelsetjenesten må helsesykepleier bruke en annen tilnærming enn i helsestasjonstjenesten (Glavin & Kvarme, 2003).

Helsesykepleieren må i skolehelsetjenesten være oppsøkende i arbeidet sitt og markedsføre hvilket tilbud man har, både ovenfor lærere, elever og foreldre. Helsesykepleieren bør være i størst mulig grad tilgjengelig for elevene og bli kjent med dem, slik at de utvikler tillit til han eller henne som fagperson (Kvarme, 2016).

Det er viktig at helsesykepleieren i skolehelsetjenesten planlegger arbeidet sitt for hele skoleåret, slik at han eller hun har en oversikt over hva som skal gjøres når. Det bør planlegges innen gitte rammer i samarbeid med lærer slik at ikke planene kolliderer med det programmet skolen har (Glavin & Kvarme, 2003). Helsesykepleieren bør delta på planleggingsdager og her presentere hvilket tilbud og oppgaver skolehelsetjenesten har.

Helsesykepleieren må forholde seg til to etater når vedkommende er i skolehelsetjenesten. Selv presenterer helsesykepleieren kommunens helseetat, og skolen ligger under skoleetaten. I skolens læreplaner inngår kunnskap om helse. Glavin & Kvarme (2003) skriver at

helsesykepleier bør samarbeide med skolen om hva skolen ønsker helsesykepleier skal bidra med av helseopplysning og undervisning. Helsetjenesteressursene i skolene er knappe. Skolehelsetjenesten er i liten grad prioritert. Det ble ifølge Glavin & Kvarme (2003) gjennomført helsetilsyn i 2000 der det kom frem at 10 av 59 kommuner ikke tilbød skolehelsetjenester til alle elever på grunnskole og videregående. Det er også uegnede eller manglende lokaler i mange kommuner. Sintef gjorde på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund en kartlegging av behovet for helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i årene fremover i 2020. Kommunene ble spurt om det er samsvar mellom den faktiske bemanningen kommunen eller bydelen har, og det bemanningsbehovet de erfarer. Her svarte 23% ja og 40% nei. De resterende gav utfyllende kommentarer der en gjenganger var at det er for mange oppgaver fordelt på for få ressurser (Lassemo & Melby, 2020). Den veiledende normen er 300 elever per helsesykepleier i barneskolen og 550 elever per helsesykepleier i ungdomsskolen. Normen ble i 2015 fulgt av bare 2,5% av barneskolene og 28,8 prosent av ungdomsskolene (NOU 2019:3)

3.2 Didaktikk

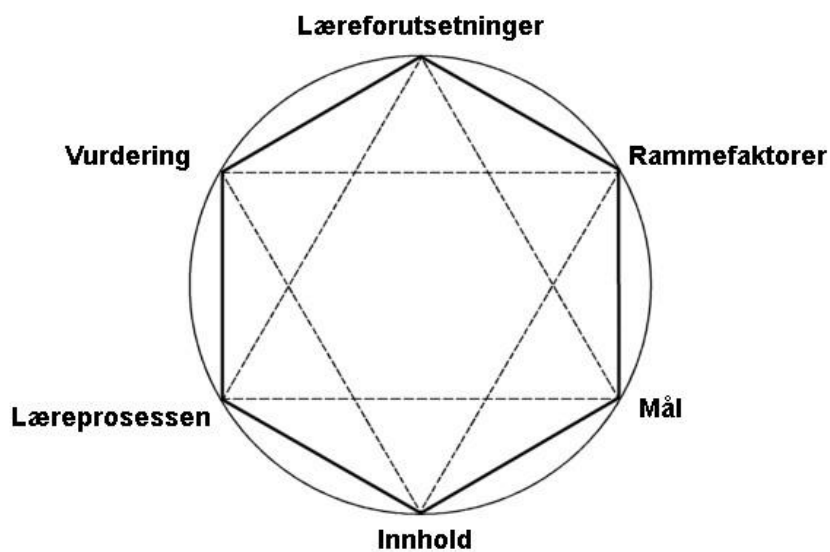
Didaktikk betyr å undervise.

Selv om didaktikk ikke har et internasjonalt entydig innhold, er likevel fellestrekk at det er spørsmål som hva mål og innhold i skolen skal være, hvordan undervisningen og læringen er organisert, hvilke rammebetingelser og begrensninger som finnes og hvordan evaluere og styre (Halvorsen, 2008). Didaktikken gir ikke en oppskrift på hvordan man skal undervise eller formidle, men tilbyr seg som en måte å tenke og strukturere formidlingen på (Saugstad, 2009a). Eleven er hovedpersonen i skolen, og derfor skal undervisningen tilrettelegges ut ifra elevenes forutsetninger. Det innebærer hvilken sosiokulturell bakgrunn de har, deres alder og modenhetsnivå. Deres evner og erfaringer er en ressurs i undervisningen fordi de har kunnskaper, verdier og problemstillinger som gjør at eleven deltar i et praksisfellesskap der eleven både gir og tar (Halvorsen, 2008).

3.2.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

I undervisningsplanleggingen kan den didaktiske relasjonsmodellen være aktuell. Den inneholder seks faktorer som er gjensidig avhengige av hverandre (Hiim & Hippe, 2009). Den første faktoren er innsikt i elevenes læreforutsetninger. Den andre faktoren er rammefaktorer og innebærer hva som begrenser eller muliggjør undervisningen; som for eksempel tid og

utstyr. Den tredje faktoren er mål, og omhandler hvilke kunnskaper elevene skal sitte igjen med etter undervisningen. Den fjerde faktoren er innhold, og den er tett knyttet opp mot mål. Den femte faktoren er læreprosessen og handler blant annet om hva læreren skal gjøre og hva elevene skal gjøre. Den sjette faktoren er vurdering og handler om elevene lærte det som var hensikten, om det var kjedelig, lett eller vanskelig arbeid og så videre. Didaktikk handler om samspillet mellom alle disse faktorene (Hiim & Hippe, 2009).



Figur 1. Den didaktiske relasjonsmodellen. Av Omhelse, u.å.
(<https://omhelse.no/den-didaktiske-relasjonsmodellen/>)

3.2.2 Helsepedagogikk

I skolehelsetjenesten underviser ofte helsesykepleieren i pubertet og seksuell helse. Det kan undervises individuelt, i grupper eller i klasse (Glavin & Kvarme, 2003). Undervisning i helsesykepleiertjenesten handler om at helsesykepleieren formidler kunnskap om et gitt tema til enten barn og unge, eller deres foreldre. Når undervisningen planlegges, må helsesykepleieren kjenne til målgruppen slik at undervisningen kan bli tilpasset til et nivå som

gjør at tilhørerne forstår det som formidles (Glavin & Kvarme, 2003). Det er også viktig å kjenne til hva tilhørerne har behov for og interesserer seg for, og tilpasse undervisningen deretter. En vellykket helseformidling er avhengig av at elevene får muligheten til å bearbeide og personlig forholde seg til den viten de blir presentert for (Saugstad, 2009a). På mange måter kan man si at undervisningsprosessen kan sammenlignes med sykepleieprosessen, fordi det må kartlegges hvilket behov det er eller hvilke problemer som finnes, så må man finne et mål som er realistisk og relevant samt at man vurderer hvilke tilnæringsmetoder som er best egnet (Glavin & Kvarme, 2003). Mach-Zagal (2009b) skriver at den profesjonelle kan glemme at kroppens anatomi og fysiologi kan virke som et abstrakt indre rom for skoleelever. Da vil formidlerens oppgave være å gjøre at kroppen visualiseres eller kan gjøres til en sanselig, håndterlig erfaring. Dermed kan det være bra å bruke en anatomisk modell i stedet for anatomisk tegning for eksempel.

Samfunnet utvikler seg i høyt tempo, og det er viktig at helseformidleren forstår hvordan dette påvirker og endrer sosial og individuell adferd hos alle uavhengig av alder, utdanning og status (Mach-Zagal, 2009b). I lys av seksualitet har også samfunnet utviklet seg i stor grad. I 1935 som Mach-Zagal (2009b) bruker som et eksempelår, var alle prevensjonsformene som eksisterte forbundet med en ganske stor usikkerhet. I tillegg var det et voksende omfang og utbredelse av småborgerlige normer som bidro kontroll over kjønnsidentitet, seksualitet og kjønnsroller. Ungdom brøt også konvensjoner i 1935, men de visste samtidig at konsekvensene for normavvikelse var blytunge (Mach-Zagal, 2009b). I det 21-århundre kan det ved første øyekast se ut til at tilværelsen er friere. Det er mindre enighet om normene, og de er knyttet til forskjellige faggrupper, livsstil eller frivillige fellesskaper. Det er mindre enighet om korrekt oppførsel innenfor seksuell adferd, identitet og kjønnsroller. Individets valg av livsstil og omgangskrets avgjør i større grad hvilke normer som gjelder innenfor både seksualitet og andre atferdsnormer (Mach-Zagal, 2009b). Tidligere kunne ungdom i større grad bruke sine foreldre som rådgivere ved forskjellige problemstillinger, men grunnet den store utviklingen i samfunnet er man nå i større grad avhengig av eksperter i nesten alle livssammenhenger. Den tyske professoren i pedagogisk sosiologi, Thomas Ziehe, påpeker at det er svært anstrengende i det moderne samfunn å ta stilling til stort sett alle livets spørsmål. Han anbefaler at læreren i utdanningssammenheng gir til kjenne hva vedkommende selv mener om et gitt spørsmål og hvordan han eller hun har kommet frem til denne forklaringen. Det kan støtte eleven i å tilegne seg meta-kognitive ferdigheter. Slike ferdigheter brukes i innlæring av analytiske og logiske ferdigheter. Det innebærer at man lærer å lære. Slik

samfunnet har utviklet seg er det viktig at eleven lærer hvilke overveielser som kan inngå i refleksjon og hvordan man tar stilling til en gitt sak (Mach-Zagal, 2009b).

3.3 Samhandling

3.3.1 Samarbeid, samhandling og samordning

Samarbeid er et begrep som har et spesifikt innhold, men som også er overlappende med begrepene samhandling og samordning, og brukes om hverandre. Orvik (2015) mener at samhandling kan være et samlebegrep og at dette kan forankres i forskningslitteratur på området der det blir påpekt at både samarbeid og samordning inngår i samhandling.

Samhandling forutsetter at fagpersonene som er involvert skal koordinere sine handlinger, og dermed innebærer den en gjensidig og forpliktende tilpasning der man både gir og får mellom egne og kollegers arbeidsoppgaver (Orvik, 2015). Det er en forutsetning for å lykkes med samhandling, særlig i tverrprofesjonell sammenheng at man har en slik orientering mot andre. Samhandling innebærer et juridisk og etisk imperativ om at man skal handle sammen med andre (Orvik, 2015).

Samarbeid kjennetegnes gjerne ved at det er en positiv innstilling som gir utslag i at en har uformell og løpende kontakt med andre. Kontakten bygger på at partene har en gjensidig interesse for samarbeid, og når man løser oppgaver sammen og byr på seg selv samtidig, kan dette skape en positiv interaksjon og en vi-følelse (Orvik, 2015). Graden av forpliktelse er ved konkrete handlinger er likevel ikke like sterk ved samarbeid som ved samhandling. Det som styrker samarbeid er gjerne at man er litt like, men samtidig kan også ulikheter og konstruktive konflikter være med på å utvikle og forsterke et samarbeid. Asymmetriske maktforhold kan derimot svekke samarbeidet, og dermed også svekke kvalitet og effektivitet (Orvik, 2015).

Stabil deltakelse fra de involverte partene er viktig for å bygge kultur for samarbeid. Det er ikke nødvendigvis så krevende å utvikle samarbeid, men det kan føre til lite av forandringer. Samordning kan være vanskeligere å få til, men det fører samtidig til større grad av varige forandringer (Orvik, 2015).

Samordning er definert som «en administrativ funksjon som innebærer å koordinere ulike aktiviteter i en organisasjon, eller mellom organisasjoner» (Orvik, 2015, s. 212). Samordning er først og fremst et lederansvar fordi det krever beslutninger på organisasjonsnivå. Det kan være samordning både innad i virksomheter og mellom virksomheter. I mange tilfeller er det ikke bare to parter involvert i samordningen, men også en tredjepart som har myndighet til å kreve at virksomheten samordnes, som for eksempel helsemyndighetene (Orvik, 2015).

Samhandling er et kriterium for at det skal være vellykkede offentlige tjenester. Det er tre former for samhandling; tverrprofesjonell samhandling, interorganisatorisk samhandling og tverrsektoriell samhandling. Alle disse formene for samhandling bygger på hverandre fordi samhandling mellom profesjoner inngår i samhandling mellom organisasjoner som igjen inngår i samhandling mellom sektorer. Dermed er tverrprofesjonell samhandling grunnleggende for interorganisatorisk og tverrsektoriell samhandling (Orvik, 2015).

3.3.2 Faglighet

Ifølge Glavin & Erdal (2018) er faglighet det motsatte av å jobbe ut ifra tilfeldigheter. Grunnlaget for kunnskapsbasen innenfor det enkelte faget er en kombinasjon mellom virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi. De ulike fagene representerer forskjellige perspektiver å forstå, forklare og betrakte virkeligheten ut ifra. Det innebærer også at de har begrensninger. Under utdanning og i arbeid, blir den enkelte fagutøveren sosialisert inn i sitt fagfellesskap. Det fører til at de felles normene og verdiene som over lang tid er blitt utviklet i faget, opprettholdes, og det er dette faget etter hvert baserer seg på (Glavin & Erdal, 2018). Det er viktig å ha en sterk fagidentitet for å jobbe tverrfaglig og at en i tillegg har kunnskap om de andre profesjonene sine ansvarsområder og faglige forståelse. En sterk fagidentitet innebærer at en har god oversikt over eget kompetanseområde, og kan føre til at en tør å eksponere seg.

3.3.3 Flerfaglighet og tverrfaglighet

Flerfaglighet og tverrfaglighet er to ulike begreper som inngår i samhandlingsfeltet (Orvik, 2015). Flerfaglighet kan oversettes til det engelske begrepet «multidisciplinarity» som betyr at ulike disipliner møtes, men som ikke påvirkes av hverandres bidrag. Et eksempel på dette kan være at helsesykepleier, barnevernspedagog og lege informerer hverandre om tiltak i arbeidet med samme familie under visse vilkår, men at de likevel ikke påvirkes av hverandres tiltak. Det kan også omtales som parallellarbeid (Orvik, 2015). Tverrfaglighet som kan sammenlignes med det engelske ordet «interdisciplinarity», omhandler større grad av

involvering og forpliktelser i samarbeid med andre faggrupper, og arbeidsformen er mer preget av at man har felles målsetting og tilnærming som team. Når involverte parter ved en slik samarbeidsform bidrar aktivt i samarbeidsgrupper eller team, vil gruppen over tid utvikle en ny og felles kompetanse som er større enn summen av bidrag fra hver deltaker (Orvik, 2015).

Forskerne D'Amour og Oandasan (Orvik, 2015) har foreslått en definisjon på tverrprofesjonalitet som lyder:

Tverrprofesjonalitet kan defineres som utvikling av en sammenhengende praksis blant profesjonelle ... som en prosess der profesjonelle reflekterer over og utvikler praksisformer som gir et integrert og sammenhengende svar på behov hos klient, familie eller befolkning ... Tverrprofesjonalitet ... er opptatt av å forene ulikheter og noen ganger motstridende synspunkter, og innebærer kontinuerlig interaksjon og kunnskapsdeling ... for å løse eller utforske utfordringer, og samtidig optimalisere pasientens medvirkning ... Tverrprofesjonalitet forutsetter et paradigmeskifte, siden tverrprofesjonell praksis har unike trekk i form av verdier, regler for opptreden og arbeidsmåter. Disse egenskapene må tydeliggjøres. (Orvik, 2015, s. 242-243)

Ifølge Orvik (2015) vil utsagnet om ulikheter og motstridende synspunkter i den foreslåtte definisjonen, aktualisere temaene kommunikasjon, verdikonflikter og kulturkollisjoner. Det legges også vekt på at tverrprofesjonell praksis innebærer brukermedvirkning.

Begrepet tverrprofesjonelt samarbeid er fortsatt vanlig å bruke på norsk ifølge Orvik (2015), og er mindre forpliktende enn tverrprofesjonell samhandling.

4 Metode

I dette kapittelet presenteres forskningsdesignet og metoden til studien. Det vil bli redegjort for min forforståelse i prosjektet, hvordan utvalget ble rekruttert og hvordan intervjuene ble utført. Så beskrives transkriberingen, og hvordan de transkriberte tekstene ble analysert. Til slutt vil det bli redegjort for de forskningsetiske og metodologiske overveielser som er blitt gjort.

4.1 Forskningsdesign

Denne studien tar sikte på å undersøke fenomenet erfaring med samarbeid om seksualitetsundervisning og hvordan helsesykepleiere erfarer å undervise i dette emnet, og har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Fenomenologi er vitenskap om fenomenene. Fenomenene er det som viser seg slik det er eller kommer til syne. Fenomenologi er en filosofisk analyse av de ulike måtene noe kan fremtre på (Zahavi, 2003). Den er skapt for å kunne undersøke menneskenes hverdagslige opplevelser. Polit og Beck (2020) skriver at fenomenologene spør seg selv hva selve essensen av fenomenet er; altså hva er det som gjør at det er som det er? Målet med den fenomenologiske undersøkelsen er å få frem de levde erfaringene, og at disse gir mening til den enkeltes oppfatninger av fenomenet (Polit & Beck, 2020).

Hermeneutikk handler om spørsmål som er knyttet til forståelse og fortolkning.

Hermeneutikken kan være til hjelp ved å gi oss forståelse om hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2018). Objektene i hermeneutikken er først og fremst tekster. Det er ulike retninger innenfor hermeneutikken, og det er to hovedtradisjoner; den tradisjonelle hermeneutikken og den filosofiske hermeneutikken. Den tradisjonelle hermeneutikken ble utarbeidet i det 19. århundre, mens den filosofiske hermeneutikken ble utarbeidet i det 20. århundre (Thornquist, 2018). Den tradisjonelle hermeneutikken er hovedsakelig metodeorientert, og den filosofiske hermeneutikken er primært opptatt av ontologiske spørsmål. Heidegger og Gadamer er betydningsfulle i den filosofiske hermeneutikken. I den filosofiske hermeneutikken er det en ny forståelse for historisitet ved at vi alltid ser noe ut ifra et perspektiv som er blitt formet av fortiden, og den gir retning og setter grenser for hva vi kan oppfatte (Thornquist, 2018).

Dette prosjektet har som hensikt å finne ut hvordan helsesykepleierne opplever fenomenet erfaring omkring tverrfaglig samarbeid i undervisning i seksuell helse, og målet er å gå inn i

helsesykepleiernes verden for å få innsikt i deres praktiske visdom og forståelse, og dermed er Heideggers hermeneutikk (fortolkende fenomenologi) den mest aktuelle retningen (Polit & Beck, 2020). Heidegger blir omtalt som både fenomenolog og hermeneutiker i tillegg til eksistensialist. I Heideggers filosofi er subjektets grunnforfatning væren-i-verden (Thornquist, 2018, s. 185). Bindestreke skal representere at det er en uoppløselig helhet mellom subjektet og verden. Et annet uttrykk i denne filosofien er væren-i-tiden som omhandler at man lever i bekymringen for en mulig fremtid samt minnet om fortiden og dermed er den menneskelige eksistens historisk (Thornquist, 2018). Ifølge Heidegger er forståelse «ikke noe vi kan ha eller disponere over som fristilte subjekt, men noe vi er gjennom vår eksistensielt engasjerte måte å være til verden på» (Skorgen & Lægereid, 2001; sitert i Thornquist, 2018, s. 186).

Gjennom transkripsjonene forsøker jeg å forstå og fortolke hva som er den underliggende meningen med det intervjupersonene sier. Jeg tolker transkripsjonene i lys av min horisont. I lys av den hermeneutiske sirkelen, blir min forståelseshorisont endret underveis som jeg jobber med deler av transkripsjonene og vil igjen påvirke hvordan jeg ser på helheten. Den hermeneutiske sirkelen er kanskje det mest kjente begrepet innenfor hermeneutikken, og er en erkjennelsesprosess som er dynamisk der en pendler mellom deler og helheten for å forsøke å forstå begge best mulig (Thornquist, 2018).

4.2 Forforståelse

I hermeneutikken handler forforståelse om at allerede før man har satt i gang med å undersøke et fenomen, har et sett med tanker om en sak som mer eller mindre samsvarer med slik virkeligheten er (Nåden, 1992). Vi er aldri forutsetningsløse. Vi har alltid allerede en forforståelse (Thornquist, 2018). Hvis forskeren ikke er klar over sin egen forforståelse, kan dette virke inn på tolkingen. Når forskeren har bevisstgjort sin egen forforståelse ved å skrive ned denne før studien begynner, er det mulig å gå mer åpent ut i forhold til fenomenet, slik at en dermed ikke like lett tolker ut ifra ens egne ubevisste følelser og meninger (Nåden, 1992). Det å være bevisst ens fordommer, er det Gadamer kaller «tilnærmet objektivitet» (Nåden, 1992).

Kvale & Brinkmann (2019) skriver at mennesket har en forforståelse de forstår verden ut ifra, og at dette kan ha innvirkning på hvordan intervjueteksten tolkes. Teoretisk ensidighet kan

motvirkes ved at de analytiske spørsmålene som er lagt til grunn for fortolkningen, er tydelig formulert. En annen metode er at man forsøker å finne alternative måter man kan tolke intervjueteksten på, og så prøver man å falsifisere måten man har tolket den på (Kvale & Brinkmann, 2019).

Forforståelsen min er at jeg synes god kvalitet i seksualitetsundervisning er viktig, og at det ikke er nok fokus på dette i skolen. Jeg har erfaring fra praksis med at det var lite tverrfaglig samarbeid om undervisning i seksuell helse, og at det var utfordrende for helsesykepleier og til og med få planlagt sammen med lærer om når det passet å ha undervisningen. Min forforståelse bar preg av dette, og at jeg dermed trodde mine informanter ville fortelle meg at det er lite samarbeid med lærer om undervisning, og at dette skyldes for lite ressurser og tid til å planlegge et felles opplegg at det ikke samarbeides omkring dette. I tillegg har flere kommuner et allerede utarbeidet opplegg for seksualitetsundervisning ment til helsesykepleier, og jeg tror helsesykepleierne i disse kommunene i stor grad bruker dette opplegget i stedet for å lage et eget opplegg ut ifra hva hver enkelt erfarer er viktige temaer å snakke om. Min forforståelse påvirker også min interesse for tematikken, hvordan intervjuguiden ble utarbeidet med tanke på hvilke spørsmål jeg valgte, samt valg av teori. Det vil være viktig for meg å ta i bruk Kvale & Brinkmann (2019) sine råd om å motvirke teoretisk ensidighet, fordi min forforståelse kan påvirke måten jeg leser intervjueteksten på. I tillegg til dette, er også min forforståelse farget av at jeg er helsesykepleier, og dermed har jeg erfaring med helsesykepleiernes kompetanse, ansvarsområde og arbeidsoppgaver. Dette kan være med på å løfte prosjektet, og kan være en forforståelse i positiv forstand.

4.3 Forskningsmetode

Problemstillingen i dette prosjektet er *«Hvordan erfarer helsesykepleiere å undervise i seksuell helse, og hva er deres erfaringer med tverrfaglig samarbeid om undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen?»*.

Design og metode skal være konsistent med prosjektets problemstilling og skal kunne belyse denne (NEM, 2009). Derfor er kvalitativ metode egnet i dette prosjektet, fordi problemstillingen fordrer metoden. Det kvalitative forskningsintervjuet er egnet når formålet er å få frem hvordan intervjupersonene forstår verden og hvilke erfaringer de har (Kvale & Brinkmann, 2019). Det er dette jeg ønsker å få frem i dette prosjektet, og dermed egner det seg godt med et dybdeintervju.

Kvalitativ forskning kan være godt egnet når det er lite forskning på et tema (Ellingsen & Drageset, 2008). Det ser ut til at det er lite forskning på temaet tverrfaglig samarbeid i seksualitetsundervisning ut ifra mine litteratursøk.

Det finnes både fordeler og ulemper ved å gjøre kvalitative intervju. En fordel er at det fører til en dypere innsikt i intervjupersonene sine meninger angående et fenomen enn om man lager en kvantitativ studie. En ulempe med kvalitative studier, er at det ikke er generaliserbare funn basert på representativt utvalg, men det er uansett ikke målet i denne type studie (NEM, 2009).

Forskningsintervjuet er noe likt den dagligdagse samtalen, men selv om den er det så er den likevel preget av en bestemt metode og spørreteknikk. En intervjuguide er et manuskript. Den brukes for å strukturere intervjuene. Det varierer om man ønsker å holde seg stramt til intervjuguiden, eller om man er mer åpen for å stille oppfølgingsspørsmål og at intervjuet kan ta en litt annen retning (Kvale & Brinkmann, 2019).

Jeg har valgt å gjøre semi-strukturerte intervju, fordi jeg ønsket å følge en intervjuguide der jeg kunne stille tilnærmet de samme spørsmålene til alle deltakerne slik at det ble enklere for meg å analysere dataene etterpå. Jeg ønsket likevel å ha mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål og at intervjuet kunne åpne for andre momenter ved temaet som jeg ikke hadde sett for meg på forhånd. En viktig del av det kvalitative forskningsintervjuet er at det skal være rom for at en kan stille oppfølgingsspørsmål dersom intervjupersonen sier noe som er interessant, og som var ukjent for forskeren (NEM, 2009). Det semistrukturerte intervjuet er ifølge Kvale og Brinkmann (2019) hverken en åpen eller en lukket spørreskjemasamtale. Intervjuguiden sirkler seg inn på bestemte temaer og kan inneholde forslag til spørsmål en kan stille. Som regel blir intervjuet transkribert, og det blir som regel tatt opp med lydopptaker. Til sammen gir dette grunnlaget for den meningsanalysen som følger etter (Kvale & Brinkmann, 2019).

Vedlegg 2 viser intervjuguiden som er blitt brukt i intervjuene. Det er stort sett åpne spørsmål i intervjuguiden. Den inneholder generelle spørsmål omkring tverrfaglig samarbeid og ikke bare tverrfaglig samarbeid i seksuell helse. Dette er fordi jeg mener opplevelser angående det tverrfaglige samarbeidet generelt også har mye å si for å finne ut hva som fremmer og hemmer samarbeidet også i forbindelse med undervisning i seksuell helse. Det kunne også åpne for andre aspekter jeg ikke hadde tenkt på som også kunne føre til at jeg ville gjøre

endringer i problemstillingen. Intervjuguiden inneholder også spørsmål omkring helsesykepleierens erfaringer med å undervise i seksuell helse, spørsmål om de vet hvilken kompetanse lærer har i dette temaet og hvordan de selv vurderer egen kompetanse. Den inneholder til sist spesifikke spørsmål om hva de tenker om muligheten for å samarbeide tverrfaglig med lærer med å lage et felles undervisningsopplegg i seksuell helse.

4.4 Utvalg

Det er vanlig i kvalitative studier at man bruker prinsippet om metning. Det innebærer at man samler inn data frem til tema og kategorier blir gjentakende, slik at det ikke ville fremkommet ny informasjon ved mer datainnsamling (Polit & Beck, 2020). Ifølge Kvale & Brinkmann (2019) er det vanlig med 15 +/- 10 intervjuer i intervjuundersøkelser. Det kan være en fordel å ha litt færre intervjupersoner, og at man i stedet bruker mer tid på forberedelsene og analyseringen av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2019). Dette prosjektet er et mastergradsprosjekt som er på 40 studiepoeng. Jeg er også bare én person, og på bakgrunn av dette var det begrenset hvor mange deltakere jeg kunne ha i prosjektet mitt. Det ble inkludert fire helsesykepleiere i dette prosjektet. Helsesykepleierne som ble inkludert jobbet i 3 ulike kommuner av ulik størrelse. To av deltakerne hadde jobbet som helsesykepleiere i mindre enn 4 år, og de andre to hadde lang erfaring.

Inklusjonskriterier for å delta i studien er at de enten er helsesykepleiere som jobber i ungdomsskolen og har erfaring med å undervise i seksuell helse, eller at de har jobbet i ungdomsskolen i løpet av de siste to årene og har erfaring med å undervise i seksuell helse. Dette er fordi jeg har vurdert at helsesykepleiere som har jobbet i ungdomsskolen tidligere, også har ganske nylige erfaringer om dette temaet når de har jobbet i ungdomsskolen de siste årene, og dermed kan bidra med innsikt i tematikken.

4.5 Rekruttering og utførelse av intervju

Jeg har valgt å gjøre individuelle intervju fremfor fokusgruppeintervju. Bakgrunnen for at jeg valgte dette var fordi jeg ønsket deltakere fra forskjellige helsestasjoner eller skoler, og at det kunne bli utfordrende for helsesykepleierne og møtes samtidig og på samme sted. I tillegg var det usikkert om fokusgruppeintervju ville vært gjennomførbart grunnet covid-pandemien.

Jeg startet med å bruke utvalgsstrategien bekvemmelighetsutvalg som er når man trenger at deltakere selv kommer frem, som for eksempel ved at man legger ut en annonse på nett der en etterspør deltakere som møter visse kriterier (Polit & Beck). Jeg sendte først e-post til leder for forebyggende helsetjenester i en kommune i nærområdet da jeg hadde tenkt å gjøre intervjuene fysisk og det var dette jeg hadde fått godkjenning til fra NSD. Dette ble videresendt til ledere for helsestasjonene i kommunen. I vedlegg 3 ligger e-posten jeg sendte ut til kommunen. Til tross for påminnelse til lederne for helsestasjonene, var det ingen helsesykepleiere som kontaktet meg. Dermed måtte jeg oppdatere meldeskjema til NSD og inkludere Zoom som databehandler. Dette fikk jeg godkjenning til, og dermed sendt jeg e-post til leder for forebyggende helsetjenester i en rekke forskjellige kommuner der jeg endret på innholdet slik at det kom klart fram at intervjuene ble gjennomført over zoom, og at jeg endret navnene på kommunene ut ifra hvilken kommune jeg sendte til. Vedlagt i alle e-postene lå informasjonsskriv og samtykkeskjema. Informasjonsskriv og samtykkeskjema er i vedlegg 4.

I alle kommunene utenom én fikk jeg svar om at de videresender informasjonen til aktuelle helsesykepleiere. Ved å bruke denne utvalgsstrategien ble jeg kontaktet av to helsesykepleiere som stilte til intervju. Deretter endret jeg utvalgsstrategien til snøballutvalg. Snøballutvalg er en utvalgsmetodikk der man begynner med et lite utvalg som vokser ved at man via det første utvalget får tips til nye informanter (Tjora, 2021). Jeg kontaktet dermed helsesykepleiere jeg kjenner for å spørre om de ville delta i intervju eller om de kunne snakke med helsesykepleiere de kjenner om forskningsprosjektet. Ved å bruke disse strategiene fikk jeg rekruttert to helsesykepleiere til. De som jeg rekrutterte ved disse utvalgsmetodene jobbet enten i kommuner jeg hadde fått godkjenning til å rekruttere i av ledere fra før, eller at de fikk godkjenning av sin leder til å delta i intervju. En forskningsetisk problemstilling ved bruk av denne utvalgsstrategien er ifølge Tjora (2021) at opplysninger om aktuelle deltakere bli avdekket uten at de selv ønsker det, og at deltakere på sett og vis går inn i rollen som forskningsassistenter. I mitt tilfelle kunne helsesykepleiere som eventuelt var interessert kontakte meg på e-post selv, og på den måten ville det ikke bli avdekket hvem som valgte å bli med i studien og ikke.

Til sammen ble det rekruttert fire helsesykepleiere, og ut ifra datamaterialet ble det vurdert at metning sannsynligvis var nådd da det ikke fremkom stort mer informasjon i det siste intervjuet enn det som var sagt i de andre intervjuene.

Alle helsesykepleierne hadde lest og signert informasjonsskriv og samtykkeskjema på forhånd. Ifølge Kvale & Brinkmann (2019) skal intervjuet introduseres med en brifing. Derfor startet jeg med å informere kort om studiens formål og informerte dem muntlig om at de kan trekke samtykket sitt når som helst uten at det ville ha noen konsekvenser for dem og at de ville bli anonymisert. Jeg spurte også om de har noen spørsmål før vi setter i gang. Jeg stilte helsesykepleierne de fleste av spørsmålene i intervjuguiden. Jeg stilte også flere oppfølgingsspørsmål til alle deltakerne, blant annet angående i hvilke fora de møter lærerne for å planlegge undervisning. Alle fikk spørsmål til slutt om det er noe mer de ønsker å tilføye. Dette kalles ifølge Kvale & Brinkmann (2019) en debrifing.

Hvis helsesykepleierne snakket om ting i intervjuet som kanskje ikke var et svar på spørsmålet mitt eller gikk litt utenfor emnet, lot jeg dem likevel snakke om det fordi jeg tenkte det er mulig de kommer frem til noe som er relevant for mitt prosjekt likevel, og flere ganger kom det frem interessante momenter når de fikk snakke fritt. Intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på ca 35 minutt. Tjora (2021) skriver at dybdeintervju betraktes som intervjuer som skjer ansikt til ansikt. I forbindelse med dybdeintervju som foregår over telefon skriver han at de opplever at nesten alle intervju gjort over telefon blir kortere enn intervju gjort ansikt til ansikt, og at dette kan handle om at en kaffekopp og hyggelig stemning kan føre til at dybdeintervjuet går langt over tiden uten at det føles lenge for noen av partene (Tjora, 2021). Det er et mer formelt preg å snakke med noen over telefon og at man holder seg strengere til planlagte spørsmål. Det er noe annerledes å intervju over Zoom enn over telefon, siden man på Zoom har kamera og dermed får med ansiktsuttrykk og at jeg hadde mulighet til å smile og nikke mens intervjupersonen snakket, men det er mulig intervjuene ville hatt lengre varighet i virkeligheten likevel. Grunnet mangel på kroppsspråk ved å bruke Zoom erfarte jeg at jeg og intervjupersonene ved et par anledninger snakket i munnen på hverandre og at jeg dermed måtte si for eksempel «Åh, hva var det du skulle si?», og jeg opplevde det som litt uheldig. Det er med andre ord mulig at jeg kunne fått rikere beskrivelser fra deltakerne dersom jeg kunne intervju dem ansikt til ansikt.

4.6 Transkribering

Kvale og Brinkmann (2019) skriver at det er mange valg som må gjøres når det kommer til transkriberingen. Blant annet må man vurdere hva som skal med i den skriftlige transkriberingen av alle dimensjonene av den muntlige intervjusamtalen. Jeg valgte å transkribere intervjuene ordrett og på dialekt. Siden jeg ikke har erfaring med transkribering, ville det bli utfordrende og tidkrevende for meg å ta med alle intonasjoner og lignende, og jeg skal ikke bruke dataene til for eksempel en språklig analyse der intonasjoner og lignende kan være mer aktuelt (Kvale & Brinkmann, 2019). Det kan være vanskelig å oversette dialektord til bokmål uten å tape meningsinnhold, og derfor valgte jeg å transkribere på dialekt.

Underveis i transkriberingen loggførte jeg hvilke beslutninger som jeg tok underveis i transkriberingen, som for eksempel hva jeg valgte å utelate fra transkriberingen, slik som det er anbefalt av Polit & Beck (2020). I denne loggen har jeg skrevet at i pauser der det ikke passer å skrive punktum eller komma, har jeg skrevet «...». Jeg har også valgt å utelate ord som sies to ganger som for eksempel «vi.. vi i skolehelsetjenesten» og har i stedet skrevet «vi i skolehelsetjenesten».

Under det første intervjuet hadde jeg telefonen med lydopptaket på Nettskjema diktafon-appen helt inntil PC-en. Dette førte til at det ble mye skurrelyder og jeg måtte høre opptaket om igjen svært mange ganger for å forstå hva som ble sagt. Derfor erfarte jeg at det var lurt å gjøre transkriberingene mellom hvert intervju slik at jeg kunne gjøre slike justeringer til neste intervju. Jeg la så telefonen litt lengre unna, og da ble det god kvalitet på opptakene. Jeg hørte igjennom alle intervjuene etterpå for å sikre meg at jeg hadde fått med meg alt i transkripsjonene.

Kvale & Brinkmann (2019) skriver at i den direkte intervjusituasjonen vil intervjupersonens stemme, ansikt og kroppsspråk ledsage utsagnene, og dette gir en mer nyansert tilgang til intervjupersonens meninger enn det transkriberte materialet. Ved å gjøre intervju over Zoom kan det tenkes at man mister en del av kroppsspråket, men samtidig opplevde jeg at både jeg og intervjupersonene nå er blitt ganske vant til å ha møter på kamera og at det er mulig det faller en mer naturlig etter 2 år med en pandemi. Jeg opplevde at alle intervjupersonene var avslappet under møtet, og det var ofte intervjupersonene lo blant annet. Dette vil ikke bli reflektert i transkripsjonene i og med at jeg transkriberer ordrett uten blant annet intonasjoner. Kvale & Brinkmann (2019) anbefaler å uttrykke den sosiale konteksten i intervjuet så langt det lar seg gjøre, slik at en leser som ikke har vært til stede i intervjuet kan forstå den

emosjonelle konteksten. Siden jeg er nybegynner innen forskning, er det utfordrende for meg å for eksempel formidle at intervjupersonen humret.

4.7 Analyse

Analysen av materialet skal føre til at dataene blir organisert, fortolket og sammenfattet. En stiller materialet spørsmål og så skal dataene leses og organiseres i lys av disse spørsmålene. Spørsmålene en stiller materialet kommer som følge av problemstillingen. Svarene bestemmes av spørsmålene, det empiriske materialet man har og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2011). Analysen er altså en spørsmålsdrevet prosess (Johannesen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Gjennom analysen vil problemstillingen ofte bli spesifisert siden forskeren lærer av sin innsikt i materialet, og at materialet forteller hva som er mulig og meningsfylt å svare på (Malterud, 2011).

Jeg valgte å bruke Johannesen, Rafoss & Rasmussen (2018) sin tematiske analyse. Årsaken til det, er at tematisk analyse er en fleksibel måte å tilnærme seg dataene på, og fordi den er enkel og studentvennlig. Tematisk analyse innebærer at en ser etter tema i dataene. Et tema er en kategori der data med viktige fellestrekk grupperes. Temaene skal til sammen svare på forskningsspørsmålet. I tematisk analyse kan man også oppdage forskningsspørsmålet underveis ved å begynne med generelle spørsmål (Johannesen, Rafoss & Rasmussen (2018).

Det er fire steg i tematisk analyse. Disse stegene er: forberedelse, koding, kategorisering og rapportering.

Det første steget; forberedelse, handler om å skaffe til veie og få oversikt over data. Ifølge Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2018) skal en da lese over datamaterialet som helhet, og gjerne ta notater underveis uten å grave seg ned i detaljer. Jeg leste derfor igjennom transkripsjonene mine og gjorde meg noen refleksjoner som jeg skreiv ned. Jeg fikk også øye på interessante momenter ved datamaterialet som jeg noterte meg.

Det andre steget er koding. Koding handler ifølge Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2018) om å fremheve og få øye på viktige poenger i dataene våre. Kodingen må være spørsmålsdrevet for å ikke bli vilkårlig og ubrukelig. Viktige poenger bør markeres, skrive stikkord i marginen for hvert poeng og notere assosiasjoner, innfall og ideer underveis (Johannesen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Jeg markerte viktige poenger i dataene, og fulgte

rådet om å markere ett poeng om gangen slik at de distinkte poengene ble fremhevet. Jeg uthevet i tillegg de viktigste markeringene. Så skrev jeg datanære stikkord i margin, og noterte meg i et eget dokument hvilke tanker jeg gjorde meg underveis om dataene. For å kvalitetssikre kodingen, brukte jeg kode-testen til Aksel Tjora som er beskrevet i Johannesen, Rafoss & Rasmussen) ved at man stiller seg spørsmålene om man kunne laget kodene før kodingen og om man skjønner hva dataenes konkrete innhold er, bare ved å lese koden. En skal da kunne svare «nei» på det første spørsmålet og «ja» på det andre hvis en har kodet datanært.

Det tredje steget er kategorisering. Det innebærer å sette dataene sammen til en større helhet. Kategoriene er analysens temaer. I kategoriseringen fulgte jeg rådet til Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2018) om å tenke på det som at det skal deles inn i bokser der de skal få en merkelapp på det dataene har til felles. Siden kategoriene også har underkategorier, kan man tenke seg at boksene har forskjellige rom. Dataene kan kategoriseres på mange ulike måter, og derfor må vi selv bestemme hva kriteriene skal være for å putte et tema i en boks fremfor i den andre (Johannesen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Forskningsspørsmålene gir retning til kategoriseringen. Jeg lagde meg en liste med spørsmål som jeg ønsket svar på i denne fasen ut ifra min problemstilling, slik at jeg fikk et bevisst forhold til hva jeg ønsket svar på. Jeg måtte gå frem og tilbake i denne prosessen for å finne de kategoriene jeg til slutt endte opp med. Noen ble slått sammen med andre kategorier, og noen underkategorier ble lagt i andre hovedkategorier der de passet inn bedre. Underveis i denne prosessen ble også problemstillingen min spesifisert, fordi jeg så at det ut ifra dataene mine var meningsfylt å se på hvordan helsesykepleierne erfarer å undervise i seksuell helse, i tillegg til hvordan helsesykepleierne erfarer å samarbeide tverrfaglig med lærer om undervisning i seksuell helse.

Det fjerde steget er rapportering. Formålet med rapportering, er ifølge Johansen, Rafoss & Rasmussen (2018) å skrive frem svarene på forskningsspørsmålet. Denne fasen er intimt sammenknyttet med kategoriseringen. Rapporteringen presenteres i resultatdelen.

4.8 Forskningsetiske overveielser

Det er mange forskningsetiske problemer i forskningsintervjuet. Dette er fordi den sosiale relasjonen mellom intervjupersonen og intervjueren er av stor betydning for om intervjupersonen tør å åpne seg og være ærlig under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2019). På en side ønsker man som intervjuperson å innhente kunnskap som er interessant for studien, men på en annen side må man også respektere integriteten til intervjupersonen. Det er altså en spenning mellom å ønske å oppnå kunnskap og det å være etisk forsvarlig (Kvale & Brinkmann, 2019).

Studien ble meldt inn for Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for godkjenning siden jeg skulle behandle personopplysninger, og fordi NSD er tilknyttet UiT sitt personvernombud (UiT, 2019). Dette er basert på personopplysningsloven (2018) som legger føringer for i hvilke tilfeller og når personopplysninger kan behandles, og om personvernombud. Vedlegg 5 viser NSD sin vurdering av prosjektet. Jeg søkte ikke til REK fordi jeg ikke skulle ha dispensasjon fra taushetsplikt, forskningsbiobank eller at jeg skulle få utlevert helseopplysninger (Rekportalen, u.å). UiT (2021) stiller krav om at det skal utarbeides en datahåndteringsplan. UiT anbefaler at det brukes NSD sin mal for datahåndteringsplan når man jobber med prosjekter som skal meldes til NSD. Jeg brukte derfor denne malen og utarbeidet en datahåndteringsplan. Jeg laget også et ROS-skjema for prosjektet (vedlegg 6).

Informantene fikk informasjonsskriv og samtykkeskjema på forhånd (vedlegg 4) samt en brifing som beskrevet i kapittel 4.5 om rekruttering og utførelse av intervju. Det er derfor min vurdering at deltakerne fikk god informasjon om studien slik at de kunne gi et informert samtykke. Informert samtykke er når et forskningsobjekt får informasjon, enten på et informasjonsark eller muntlig, og som gir dem muligheten til frivillig samtykke eller at de har muligheten til å avstå behandling eller deltakelse i forskningsprosjektet (Hoeyer, 2009). For at mennesker skal kunne gi et informert samtykke, må de få fullstendige opplysninger om studiet, retten til å ikke delta, forskerens ansvar og hvilke fordeler og ulemper det er (Polit & Beck, 2020). Intervjupersonene ble i dette prosjektet med andre ord ivaretatt slik det er beskrevet i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013).

Intervjuene ble tatt opp med Nettskjema diktafon som er en sikker løsning for å ta opp lyd (Universitetet i Oslo, u.å). Hvilken konfidensialitetsklasse intervjuet havner under, er avhengig av hvilken informasjon intervjupersonene gir. Upublisert forskningsdata er

eksempel på begrenset (gul) konfidensialitetsklasse, mens særskilte kategorier av personopplysninger går under rød (fortrolig) konfidensialitetsklasse (Universitetet i Oslo, 2018). Ut ifra min problemstilling, havnet dataene under begrenset (gul) konfidensialitetsklasse, da jeg ikke trenger informasjon om for eksempel helseopplysninger, etnisk opprinnelse eller fagforeningsmedlemskap (Universitetet i Oslo, 2016). De transkriberte dataene fikk kodenøkkel som er blitt oppbevart på et eget sted slik som beskrevet i retningslinjene til UiT (2019). Dermed kan jeg finne ut hvem som er intervjupersonen når jeg sammenligner med kodelisten og dermed kunne fjerne intervjuet dersom intervjupersonen skulle velge å trekke seg. Intervjuene blir oppbevart på Nettskjema.no, som er godkjent for inntil rød (fortrolig) konfidensialitetsklasse (UiT, u.å) inntil prosjektslutt.

4.9 Metodologiske overveielser

Under kapitlene «refleksivitet» og «validitet og overførbarhet» diskuteres de metodologiske overveielsene som er blitt gjort i dette prosjektet.

4.9.1 Refleksivitet

Forskeren må være villig til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner både i prosess og produkt. Man har gjerne forestillinger på forhånd om det man forsker på, men det er nødvendig å ha et åpent sinn for at forskningsprosessen skal ende i et resultat som innehar mer enn det man allerede vet. Det må være plass for tvil, ettertanker og uventede konklusjoner (Malterud, 2017). Forskeren må oppsøke og vedlikeholde refleksiviteten. Man må i arbeidet sitt lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner, og kan ikke sitte passivt og vente på overraskelser eller ta tingenes tilstand for gitt (Malterud, 2017). Det er mulig man må forkaste resultater eller konklusjoner man tror man hadde fra før (Malterud, 2017).

Jeg har i arbeidet med dette prosjektet vært klar over min forforståelse, ved at jeg har skrevet denne ned helt i starten av prosjektet. Spesielt i arbeidet med transkripsjonene har jeg brukt tid på ettertanke og vurdert min forforståelse opp imot de resultatene som kom frem. Jeg har også hele veien hatt i bakhodet at forforståelsen min kan ha påvirket spørsmålene i intervjuguiden og dermed også påvirket intervjudeltakerne på den måten. Et eksempel på dette var at jeg brukte ordene «lærerens arena» i det ene intervju spørsmålet, som kan være et

uttrykk for min posisjon der jeg antar at skolen er lærerens arena. Dermed tok deltakerne i bruk dette ordet. På den måten ble intervjudeltakerne påvirket av meg, men samtidig tror jeg ikke at de hadde brukt denne benevnelsen dersom de ikke selv satt med en følelse av at skolen er lærerens arena. Dermed har jeg tatt i bruk dette i resultat og diskusjon etter at jeg har gjort denne overveielsen. Likevel har jeg i stor grad vært åpen for at jeg kunne få helt andre svar enn det jeg på forhånd hadde trodd jeg kom til å få, og jeg har ikke lett etter svar på at jeg har hatt rett. Jeg har forsøkt å ikke la forforståelsen min styre hvilke svar jeg kom til å få ved at jeg blant annet stilte åpne spørsmål i intervjuguiden.

4.9.2 Validitet og overførbarhet

Validitet handler om i hvilken grad en metode undersøker det som den var ment til å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2019). Kvale & Brinkmann (2019) skriver at validitet ikke bare handler om metoden som blir benyttet, men også om forskeren som person og vedkommende moralske integritet. Validitet er gjennomgående i hele forskningsprosessen fra start til slutt, og må derfor være det Kvale & Brinkmann (2019) kaller en kontinuerlig prosessevaluering. Jeg stilte spørsmål til problemstillingen min, om dataene jeg hadde samlet inn svarte på denne. Jeg endret på problemstillingen min etter jeg gjorde transkripsjonene som beskrevet i kapittel 5.7. Jeg valgte å gjøre individuelle intervju fremfor fokusgruppeintervju grunnet situasjonen med covid-19 blant annet. Det er mulig jeg gikk glipp av nyttig diskusjon rundt tematikken ved å ikke ha fokusgruppeintervju. Jeg kunne i utgangspunktet gjort fokusgruppeintervju over Zoom, men jeg hadde planlagt for å gjøre fysiske individuelle intervju i utgangspunktet og dermed ble det sent å endre til fokusgruppeintervju i november 2020 når det viste seg at jeg måtte gjøre alle intervju over Zoom. Fordelene det hadde å ha individuelle intervju, var at jeg kunne ha helsesykepleiere fra forskjellige kommuner. Det gav nyttig informasjon om at ikke alle har ferdig utarbeidet opplegg i seksualitetsundervisningen i sin kommune blant annet hvis det er en liten kommune. Jeg gjennomførte ikke et prøveintervju, men det er usikkert om jeg ville endret på intervjuguiden min av å gjennomføre prøveintervju, da jeg opplever at intervjupersonene mine gav rike beskrivelser på de fleste spørsmål. Ved å gjøre prøveintervju kunne jeg likevel vært mer forberedt på intervjusituasjonen, og spesielt med tanke på hvordan det å intervju over Zoom påvirker dialogen. Da kunne jeg reflektert over det før jeg gjorde intervjuene. Jeg gjorde validering underveis i intervjuene som Malterud (2011) beskriver som at forskeren spør for eksempel «har jeg forstått deg riktig når du sier...». Jeg sendte ikke utskriften av intervjuet til deltakerne

for en deltakersjekk slik Malterud (2011) beskriver at man kan gjøre. Det kan ha ført til at jeg har tolket noe feilaktig som jeg ikke er klar over, men samtidig beskriver Malterud (2011) at en tekst ikke nødvendigvis blir sannere om deltakeren retter opp i teksten. I analysefasen gikk jeg tilbake til transkripsjonene for å vurdere gyldigheten av mine tolkninger opp mot transkripsjonene slik Malterud (2011) beskriver.

Med tanke på hva denne studien kan si noe om og ikke si noe om, så har de metodiske valgene jeg har gjort, gitt innsyn i hva helsesykepleierne som ble intervjuet erfarer er viktig for et godt tverrfaglig samarbeid med lærer, spesielt med tanke på undervisning i seksuell helse, og hvilke barrierer som de har erfart kan gjøre det utfordrende. Det har også gitt innsyn i hvordan helsesykepleierne underviser i seksuell helse, hva de mener er viktig og hva de synes om denne undervisningen. Ved at jeg har valgt å intervju bare helsesykepleiere i dette prosjektet, kan jeg ikke si noe om hva de andre yrkesgruppene i skolen, og spesielt lærerne, erfarer om samarbeidet med helsesykepleier og hva de erfarer fremmer og hemmer dette samarbeidet.

Det er et mål i kvalitative studier at funnene kan ha en viss overførbarhet ut over akkurat den sammenhengen der studien er gjennomført (Malterud, 2011). I kvalitative studier er det både knyttet sammen med utvalget, og at funnene kan føre til innsikt i andre sammenhenger (Malterud, 2011). Målet med denne studien er å gi innsikt i helsesykepleiere som yrkesgruppe sine opplevelser om undervisning i seksuell helse og tverrfaglig samarbeid med lærere om dette. Når jeg leste gjennom tidligere forskning i etterkant av intervjuene, ser jeg at en del av det helsesykepleierne i dette studiet er opptatt av, samsvarer med tidligere forskning på feltet, og det kan derfor tenkes at det ikke bare er akkurat de helsesykepleierne som ble intervjuet i dette studiet som har lignende opplevelser og tanker. På en annen side ser jeg at bare fire deltakere i prosjektet har ført til at flere av helsesykepleierne kommer med tanker som i seg selv har en svak informasjonsstyrke da min manglende erfaring har gjort at jeg ikke har sett hva som har vært interessante momenter før i etterkant av intervjuene og dermed ikke lagt til spørsmål om dette i intervjuguiden slik at jeg har kunnet spørre flere av deltakerne om slike interessante momenter, men jeg har likevel valgt å diskutere hva noen av disse tankene helsesykepleierne har, kan bety. Et konkret eksempel på dette er når en av deltakerne snakker om at hun opplever at helsesykepleierne holder kortene tett til brystet, og at dette diskuteres under kapittel 6.1.5. Jeg mener et slikt funn kan ha verdi i form av at det kan være interessant for videre forskning, som blir beskrevet til slutt i diskusjonskapittelet.

5 Resultater

I dette kapitlet beskrives det hvilke funn jeg kom frem til gjennom analysen av datamaterialet og som ses i sammenheng med problemstillingen: «*Hvordan erfarer helsesykepleiere å undervise i seksuell helse, og hva er deres erfaringer med tverrfaglig samarbeid om undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen?*» Kategoriene er:

- Forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid (felles kontaktflater, et ønske om å samarbeide, systematisert samarbeid og samarbeid om undervisning i seksuell helse)
- Barrierer for det tverrfaglige samarbeidet (manglende kontaktflater, holdninger som barriere og manglende kunnskap om hverandre)
- Helsesykepleiernes opplevelse av å undervise i seksuell helse (beskrivelser av hvordan undervisningen foregår, erfaringer med å undervise og tanker om det å samarbeide om felles undervisningsopplegg)

Alle underkapitlene vil inneholde sitater fra deltakerne, og de presenteres som deltaker A, B, C og D.

5.1 Forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid

Dette kapitlet har jeg delt inn i underkapitlene «felles kontaktflater», «et ønske om å samarbeide», «systematisert samarbeid» og «samarbeid om undervisning i seksuell helse»

5.1.1 Felles kontaktflater

Samtlige deltakere gav på ulike måter uttrykk for at felles kontaktflater er en viktig faktor for å fremme det tverrfaglige samarbeidet. En deltaker sa:

«At man har noen kontaktflater. At man snakker sammen. At jeg inkluderer dem i mine planer. At de inkluderer meg i deres planer. At vi vet om hverandre.» (Deltaker C)

Sitatet gir uttrykk for at det er viktig at lærer og helsesykepleier inkluderes i hverandres planer.

Flere av deltakerne forteller om viktigheten av at helsesykepleier er synlig i skolen. En deltaker forteller hvordan hun jobber med å bli mer synlig fordi skolehelsetjenesten ikke har

vært like synlig tidligere. En annen deltaker forteller om at hun må jobbe mer med å være synlig etter å ha startet på en ny skole. En annen deltaker beskrev hvordan det er viktig for samarbeidet at helsesykepleier jobber i samme skole over tid. Hun beskrev det slik:

«Altså du må være på skolen nok til at de ser at, det er en tjeneste her som vi kan ta kontakt med, fordi jo mer du er på skolen og jo lengre du har vært der som person, jo flinkere er de på å ta kontakt.» (Deltaker D).

Sitatet beskriver viktigheten av at helsesykepleierne har nok med tid på skolen til at lærerne ser de kan ta kontakt med skolehelsetjenesten. Det beskriver også hvordan deltakeren erfarer at lærerne er flinkere på å ta kontakt hvis en som helsesykepleier har jobbet i skolehelsetjenesten over tid.

To av deltakerne beskrev at det er viktig for helsesykepleierne å bli invitert med på sosiale aktiviteter som skjer utenfor skolen, som julebord og julelunsj for å bli mer integrert i kollegiet på skolen. En av deltakerne forteller at hun erfarer at mange helsesykepleiere blir invitert med på dette.

Deltakerne beskrev ulike arenaer der de møter lærer i skolen. De beskriver at de møter lærer både formelt og uformelt. To av deltakerne forteller at det er forskjellig fra skole til skole hvordan de er organisert og at dette påvirker på hvilke arenaer de møter lærer og om de møter alle lærerne eller ikke. En deltaker beskriver:

«Det kan være alt i fra uformelle møter til organiserte møter for å si det sånn. Også kan den uformelle praten være på pauserommet. (...) Stort sett så er det små fora med teammøter hvor man går på teamrommet og snakker med læreren og planlegger. Og så kan det også være at man kommer inn i klasserommet for å avtale ting.» (Deltaker B)

Deltakeren som er sitert, beskriver at felles kontaktflater med lærerne kan være alt i fra på pauserommet og formelle møter som teammøter.

5.1.2 Et ønske om å samarbeide

Alle deltakerne beskrev hvordan det å ha et ønske om å samarbeide med hverandre, er en viktig faktor i det tverrfaglige samarbeidet. En deltaker beskrev hvordan det ble enklere å samarbeide i en klasse etter at det kom to nye lærere som tok kontakt med henne. Det betyr at det er individuelle forskjeller hos lærerne hvor mye de samarbeider med skolehelsetjenesten. En annen deltaker sa:

«Vi er jo litt prisgitt at lærerne husker på oss, og har lyst å diskutere elever med oss og foreslå for elevene at de kan komme til oss hvis de sliter med noe.» (Deltaker A).

Sitatet beskriver at det er viktig at lærerne både husker på skolehelsetjenesten og at de ønsker å ta kontakt med skolehelsetjenesten for å diskutere ulike saker.

En av deltakerne beskrev at hun tror lærerne har et ønske om å samarbeide med helsesykepleier. Hun forteller:

«Jeg tror de er innstilt på et samarbeid og vil, vil gi sitt beste på en måte sånn at de.. de kommer mange ganger og banker på døra og vil inn til oss (...) Så ja, jeg tror de er interessert i samarbeid og synes det er fint å samarbeide med oss.» (Deltaker C)

Deltakeren beskriver i sitatet positive erfaringer med at lærere tar initiativ til samarbeid med skolehelsetjenesten.

Det var motstridende svar i hvilken grad samarbeidet skulle være planfestet i årsplan eller årshjul, hvor en av deltakerne ønsket litt spontanitet og var åpen for å gjøre ting litt utenfor planen eller flytte planlagte aktiviteter, imens en annen deltaker uttrykte at hun har et årshjul og må gå etter det, og at hun *«ikke bare kan hoppe når de ber meg om at nå skal vi ta det»* (Deltaker B). Deltakeren som ønsker litt spontanitet beskrev det slik:

«Altså, ting må være planfestet, men det må også være rom for en viss kreativitet da. For hvis vi blir for sånn årshjulstyrt så.. Ja. Jeg tror det er viktig i skolen og at lærerne har et sånt visst rom for å være litt impulsiv og finne på ting innenfor de rammene de har selvfølgelig» (Deltaker C).

Deltakeren forteller i tillegg om en spesifikk situasjon der lærer i kunst og håndverk tok kontakt med henne for et samarbeid omkring at elevene skulle utarbeide et maleri om gode og

vonde følelser, og at deltakeren opplevde dette som et veldig spennende og fint samarbeid selv om det ikke stod i hennes årshjul.

5.1.3 Systematisert samarbeid

Deltakerne ble spurt hvem de mener bør ta initiativ til å etablere et samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten. Samtlige deltakere var klar over at de nasjonale faglige retningslinjene for skolehelsetjenesten anbefaler sterkt at helsesykepleier bør etablere et samarbeid med skolen.

En deltaker uttrykte at helsesykepleier har et ansvar for å opplyse om hva skolehelsetjenesten kan bidra med. Hun sa:

«Så vi har et ansvar for å opplyse om det til ledelsen på skolen, til plangruppemøter, i teammøter, i forskjellige fora. Fortelle om årshjulet; hva er det vi skal igjennom, og det er jo.. gjør jo at.. altså de kan ikke vite alt vi gjør fordi de har mye de skal igjennom selv og hva skal vi samarbeide om.» (Deltaker B)

Sitatet beskriver hvordan deltakeren mener helsesykepleier må opplyse om skolehelsetjenesten sitt mandat i ulike fora på skolen, slik at skolen vet hva de kan samarbeide med skolehelsetjenesten om.

Tre av deltakerne fortalte om hvordan de samarbeider med skolen ved å ha planlagte møter. To av deltakerne fortalte at de var inkludert i faste trinnmøter med klassene. En av deltakerne fortalte at grunnet skolens størrelse lar det seg ikke gjøre å møte alle lærerne, men at det er faste møter mellom helsesykepleier og ledelsen. Tre av deltakerne forteller om at de har vært invitert med på planleggingsmøte med administrasjonen på skolen. En av deltakerne har ikke vært invitert på planleggingsdag, men har et ønske om det. Hun forteller:

«(...) Men jeg tenker at det er noe på ledelsesnivå (...) det er en forankring litt høyere opp som skulle ha vært (...) jeg synes det hadde vært veldig fint om rektor og skoleledelsen hadde invitert meg inn på en planleggingsdag for eksempel for at vi skulle ha fått satt ting inn i et årshjul. Sånn at det ikke blir sånn; «Å Gud, dere har ikke fått den undervisningen, når skal vi gjøre det?» Men at det er mer systematisert.» (Deltaker B)

Sitatet understreker viktigheten av at det tverrfaglige samarbeidet må være forankret på ledelsesnivå og at man får planfestet det skolehelsetjenesten skal bidra med i løpet av skoleåret.

En annen deltaker forteller om hvordan det er viktig å ha møter for å planlegge i god tid:

«Med at skolen er presset på tid i forhold til planer.. At man er tidlig ute i forhold til å legge en plan. Sånn at man har et felles fokus så det passer inn i begge sine planer. Det tenker jeg er kjempeviktig.» (Deltaker B)

Sitatet beskriver hvordan det er viktig å være tidlig ute med å legge planer for å ha et godt samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten.

To av deltakerne uttrykte at dersom skolehelsetjenesten var organisert under skolen i stedet for under forebyggende helsetjeneste i kommunen, hadde det vært positivt for samarbeidet, men at det også har sine ulemper, som for eksempel at det er positivt for skolehelsetjenesten å ha en leder som har helsefag som bakgrunn og ser verdien av det skolehelsetjenesten gjør. Det er ikke sikkert en rektor ser verdien i dette.

5.1.4 Samarbeid om undervisning i seksuell helse

Tre av de fire deltakerne som ble intervjuet hadde ikke erfart å samarbeide med lærer om et felles undervisningsopplegg. Alle deltakerne forteller om de samarbeider med lærer omkring undervisning ved at de avtaler når helsesykepleier skal komme inn og ha undervisningen, og at lærerne organiserer og legger til rette for dette. En av deltakerne forteller:

«For jeg tenker jo at jeg kan jo stille opp og ha seksualundervisning, for ofte er det sånn vi gjør det. At ikke vi samarbeider (...). Men ofte er det sånn at vi kommer inn og så gjør vi våres ting, at ofte er ikke lærerne informert om eller inkludert i hva det er vi har tenkt å ta opp. Og da er jo samarbeidet at de setter av tid til oss, men det er ikke samarbeid ut over det» (Deltaker B)

Sitatet beskriver hvordan samarbeid med lærer omkring undervisning i seksuell helse også innebærer at lærer legger til rette for at helsesykepleier kan undervise. Det er ikke noe samarbeid ut over dette.

En av deltakerne forteller at hun har hatt undervisning i seksuell helse sammen med en lærer der helsesykepleieren laget og hadde opplegget selv, og læreren var med og supplerte og hjalp til. Hun forteller at hun opplevde dette som veldig fint. De hadde avtalt på forhånd at dette var lurt å gjøre, og bakgrunnen for dette samarbeidet var at en elev ønsket at klassen skulle få informasjon om kjønnsidentitet.

To av deltakerne forteller om at det planlegges et undervisningsopplegg i seksualitetsundervisningen der elevene skal gå rundt på forskjellige poster, der blant annet naturfagslærerne skal ha en post og helsesykepleier en annen post med forskjellige tema innenfor seksualitet. Lærerne er ikke med i gruppen som planlegger dette opplegget, men en av deltakerne forteller at hun har snakket med de om det planlagte opplegget, og at lærerne er positive til et slikt samarbeid og å bidra med den ene posten.

En annen deltaker forteller om at lærerne har spurt henne om å ha undervisning i seksuell helse i uke 6 og om de kunne ha det litt felles ved at helsesykepleier kunne undervise i noen av læreplanmålene, fordi skolen skal ha et opplegg denne uken. Hun hadde egentlig ikke tenkt å ha seksualitetsundervisning på det tidspunktet, men sa ja til å gjøre det likevel fordi hun tenkte det var bra for samarbeidet.

En av deltakerne forteller om hvordan det kunne ha vært fordelaktig å samarbeide mer omkring undervisningsopplegg i seksualitetsundervisningen. Hun forteller:

«(..)Men jeg skulle jo ønske egentlig at man kunne prate litt mer sånn (...), planlagt det (...) men i seksualitetsundervisning så har det vært vår time; da er ikke lærerne med, men de vet jo hva vi snakker om og hvilke tema og sånn (...) Sånn at man har nok litt mer potensiale at man kan samarbeide litt mer om undervisningen sånn at man sikrer.. ja i løpet av de her tre årene nå og når tid har dere det med elevene?» (Deltaker D)

Sitatet beskriver at deltakeren ønsker å samarbeide mer om seksualitetsundervisningen og ha mer informasjon om når og hva lærerne underviser om i seksuell helse.

5.2 Barrierer for det tverrfaglige samarbeidet

Dette kapittelet er delt inn i underkapitlene manglende kontaktflater, holdninger som barriere og manglende kunnskap om hverandre.

5.2.1 Manglende kontaktflater

Alle deltakerne nevnte tidspress som en barriere for det tverrfaglige samarbeidet. Mangel på tid kunne både føre til at de ikke møter lærerne så mye som de har behov for, og at de ikke har rom til å sette det på agendaen. Tidspress hos helsesykepleierne kunne påvirke deres tilgjengelighet dersom de måtte være på helsestasjon i stedet for i skolen for eksempel.

En av deltakerne forteller:

«Vi vil gjerne ha åpen dør i friminuttene fordi at da kommer elevene og det er da lærerne har mulighet å snakke med oss. Det kan noen ganger gå en uke før jeg treffer den læreren jeg har hatt lyst å snakke med. (Deltaker B)

Sitatet beskriver hvordan mangel på kontaktflater påvirker samarbeidet negativt, ved at helsesykepleieren trenger å ha åpen dør i friminuttene når det er i friminuttene lærerne har mulighet til å snakke med helsesykepleier.

En av deltakerne forteller om hvordan det å ikke ha delt tjeneste kan svekke det tverrfaglige samarbeidet, fordi helsesykepleier da er mindre til stede i skolen og dermed mindre inkludert. Hun forteller:

«Altså noen byer har jo delt tjeneste; at du enten jobber på helsestasjonen eller skolen ikke sant(...) for da kan du spesifisere deg mer på enten de små barna eller barn eller ungdom på skolen, og jeg vet jo at for eksempel (navn på annen kommune) er mer inne på møter og planleggingsmøter; de er mer inkludert i den (...) enn kanskje vi for at vi er mange andre plasser også, så det er ikke naturlig.» (Deltaker D)

Sitatet beskriver hvordan deltakeren opplever at helsesykepleiere som jobber i kommuner uten delt tjeneste er mer inkludert på skolene og dermed har mer kontaktflater med skolen.

To av deltakerne forteller om hvordan manglende struktur på samarbeidet kan være til hinder. En av deltakerne forteller at hun har snakket med skolen om å få delta i trinnmøter en gang i måneden, og at skolen hadde vært positiv til at helsesykepleier skulle få være med, men at de

likevel ikke hadde blitt invitert med på trinnmøtene. Hun ønsker dermed mer struktur på samarbeidet slik at det ikke blir opp til hver enkelt lærer å invitere med helsesykepleier på trinnmøtene.

En annen deltaker forteller at hun erfarer at helsesykepleier noen ganger kan bli avglemt av ledelsen, og at det da er viktig å si ifra:

«Også du vet når det har kommet ny ledelse inn ikke sant, så merker man at.. Fordi man er så vant til at den gamle ledelsen på skolen har (...)at alt har gått automatisk, og så blir man på en måte avglemt i forhold til ting. Og da må man si ifra med en gang. At nei nå ser jeg at det har vært møte eller.. At da må man tørre å si fra (...)» (Deltaker C)

Sitatet beskriver hvordan deltakeren mener det er viktig å minne på ledelsen at man er blitt avglemt når man opplever det. Dette beskriver hvordan helsesykepleiers reaksjon på å bli avglemt kan påvirke samarbeidet, ved at en helsesykepleier som reagerer med å ikke foreta seg noe kan føre til manglende kontaktflater, mens en helsesykepleier som tør å si ifra og påminner skolen om at helsesykepleier er blitt avglemt kan føre til at en blir inkludert i større grad.

5.2.2 Holdninger som barriere

Samtlige deltakere gav uttrykk for hvordan dårlige holdninger kan være en barriere i det tverrfaglige samarbeidet. To av deltakerne fortalte om at de erfarer at noen lærere ikke ser viktigheten av det helsesykepleier gjør. En av deltakerne forteller:

«Så man har jo opplevd flere lærere der man føler at de ikke ser viktigheten i det jeg jobber med og føler meg som at de motarbeide min jobb (...) Eller at man har avtalt lenge før at vi skal ha seksualundervisning den og den datoen og så går man for å planlegge det mer konkret to uker før og så «nei det har vi ikke planlagt» (Deltaker A)

Sitatet beskriver hvordan deltakeren opplever at det er personlige variasjoner i hvor enkelt eller utfordrende det er å samarbeide med lærer ut ifra lærerens holdninger til helsesykepleierens arbeid og viktigheten av dette.

En annen deltaker forteller at noen lærere ikke ser nødvendigheten av seksualitetsundervisning, og at det påvirker samarbeidet negativt. Hun forteller:

«(...) eller at man har lærere som ikke ser nødvendigheten og viktigheten av seksualundervisning fordi at de kanskje gjør det selv eller at de tenker at andre ting er viktigere» (Deltaker B)

Sitatet understreker hvordan deltakeren erfarer at lærernes holdninger kan påvirke samarbeidet og om helsesykepleieren får rom til å jobbe helsefremmende med å ha seksualitetsundervisning. Deltakeren erfarer at noen lærere tenker at det er andre temaer som er viktigere enn seksualitetsundervisningen.

5.2.3 Manglende kunnskap om hverandre

To av deltakerne fortalte om hvordan manglende kunnskap fra skolen sin side om hva helsesykepleiers mandat er, kan være en barriere i det tverrfaglige samarbeidet. Den ene av deltakerne forteller at hun opplever at skolen ikke vet hva helsesykepleierens mandat er. Hun opplever at lærerne tror helsesykepleiere gjør oppgaver som for eksempel å justere alle stoler og pulter slik at de passer til elevenes høyde, og at hun derfor blir spurt om å gjøre dette. Hun nevner at det var det helsesykepleiere gjorde før i tiden, og at lærerne enda tror det er det helsesykepleierne driver med. Den andre deltakeren forteller:

«Men jeg tror mange for de vet ikke.. Hvis de ikke vet hva vi skal gjøre og hva våre mandat er på en måte på skolen, sant, så er det vanskelig for de å på en måte vite hva de kan spørre om hjelp til og hva vi ikke skal gjøre og sånne ting, og vi er nødt til å også si ifra om det» (Deltaker D)

Sitatet understreker at dersom lærer er usikker på helsesykepleiers mandat, kan dette føre til at lærerne ikke tar initiativ til et samarbeid fordi de ikke vet hva helsesykepleier kan bistå med og ikke. En av deltakerne ble spurt som oppfølgingsspørsmål om hva hun tror er årsaken til at lærerne er usikker på helsesykepleierens mandat, og hun svarte at hun mente årsaken til dette var at helsesykepleierne vil «holde kortene tett til brystet» for å beskytte sitt fagfelt i skolen som oppleves som lærerens arena.

Deltakerne ble spurt om de kjenner til naturfaglærers kompetanse i seksuell helse. Alle deltakerne svarte nei på dette. En av deltakerne tilføyde at det hadde vært interessant å finne ut av hva naturfaglærers kompetanse i seksuell helse er.

En annen deltaker forteller om hvordan det å vite hva naturfaglærerne underviser om i seksuell helse, kunne vært fint for å tilpasse eget undervisningsopplegg. Hun forteller:

«Men jeg skulle gjerne ha visst mer om hva det er de tar opp og om de har masse om reproduksjon for eksempel så trenger ikke jeg å snakke så mye om det. Det snakke jeg ikke så mye om egentlig. Men det kan jo være at hvis ikke de snakker om det så burde vi ha snakka mer om det. Så det er nok en styrke at vi kan vite litt om hverandre» (Deltaker B)

Sitatet understreker hvordan det kan svekke kvaliteten i seksualitetsundervisningen at helsesykepleier ikke vet hva naturfaglærers kompetanse i seksuell helse er. Dersom helsesykepleier hadde hatt mer kunnskap om hva naturfaglærers kompetanse er, og hva naturfaglærerne underviser om i seksuell helse, kunne helsesykepleier tilpasset sitt undervisningsopplegg ut ifra dette.

5.3 Helsesykepleiernes opplevelse av å undervise i seksuell helse

Dette kapittelet er delt inn i underkapitlene beskrivelser av hvordan undervisningen foregår, erfaringer med å undervise og tanker om å samarbeide om felles undervisningsopplegg.

5.3.1 Beskrivelser av hvordan undervisningen foregår

Tre av fire deltakere oppgir at kommunen de jobber i, har et fast opplegg alle skal gjennomføre med ferdig oppsatt powerpoint, og at dette er kvalitetssikret. Det nevnes at det likevel er litt forskjellig hvordan man bruker powerpointen og hva de legger vekt på. En av deltakerne har ikke et fast opplegg fra kommunen, og begrunner dette med at det er en mindre kommune.

To av deltakerne forteller om et ønske om en kompetansebank i seksuell helse som gjelder for hele landet. Den ene deltakeren forteller:

«Og vi ønsker egentlig en sånn bank på en måte der det over hele landet kan være samme undervisning til alle, ikke sant, ikke at hver kommune sitter og lager sitt eget opplegg. Sånn at vi får en kompetansebank der man kan lage et undervisningsopplegg som man kan bruke til.. det bruker du på niende og det bruker du på tiende, sånn at man sikrer at alle får den samme informasjonen» (Deltaker D)

Sitatet beskriver hvordan en nasjonal kompetansebank for undervisning i seksuell helse kan sikre at alle elevene i hele landet får samme informasjon, slik at det ikke blir opp til hver enkelt kommune eller hver enkelt helsesykepleier hvilken informasjon ungdommene får.

Alle deltakerne er opptatt av hva elevene ønsker å lære om; altså brukermedvirkning i undervisningen. Tre av fire deltakere nevner at de bruker anonyme spørsmål som elevene får utarbeide i forkant for å finne ut hva elevene lurer på. Den fjerde deltakeren bruker ikke anonyme spørsmål, men er opptatt av å la elevene komme med spørsmål og tilpasser undervisningsopplegget ut ifra hva elevene lurer på.

På spørsmål om hvilke tema deltakerne underviser om og hva de vektlegger, var det ulike svar. Alle deltakerne vektlegger temaene kropp, grensesetting, overgrep og seksuell orientering. En deltaker forteller at ungdommene har gitt tilbakemelding på at det gis mye undervisning om de farlige sidene av seksualiteten; altså om seksuelt overførbare infeksjoner og svangerskap, og at hun derfor heller vektlegger tema som bildedeling og porno selv om hun også underviser om seksuelt overførbare infeksjoner og svangerskap. En av deltakerne bruker sex og samfunn sine oppgaver i undervisningen. Tre av deltakerne forteller spontant om at det mye informasjon som skal gis på kort tid. To av deltakerne har 2 timer til rådighet, og to av deltakerne har 3 timer til rådighet.

En av deltakerne forteller at hun pleier å ha seksualitetsundervisningen i 8.klasse, og at hun opplever at det da er en del elever som ikke skjønner hva hun snakker om. Hun opplever også at mange ungdom ønsker å høre om hvordan man har sex i seksualitetsundervisningen, men at enkelte elever synes det er veldig flaut å høre om dette. Hun synes dermed det er utfordrende å tilpasse undervisningen til alle. Derfor pleier hun å komme tilbake for å snakke om prevensjon i 10.klasse når de fleste er blitt litt mer modne.

På spørsmål om undervisningsmetoder, forteller alle helsesykepleierne at de på dette tidspunkt bruker klasseromsundervisning som metode. En av helsesykepleierne forteller at hun bruker gruppeoppgaver i undervisningen i tillegg. En av helsesykepleierne forteller at de underviste i grupper før, men grunnet skolens store størrelse, ble det så mange grupper og at det dermed tok for lang tid. To av helsesykepleierne erfarer at det blir for passivt med klasseromsundervisning og at elevene ikke er så vant til å bli undervist for.

5.3.2 Erfaringer med å undervise

Tre av de fire deltakerne har positive erfaringer med å undervise i seksuell helse, og synes dette er engasjerende og spennende. Den fjerde deltakeren forteller at hun ikke har hatt undervisningen så mange ganger, og hun derfor opplever at noen tema er vanskelig og ukomfortabelt å snakke om. En av deltakerne forteller at hun erfarer det er viktig at elevene får snakke spontant i undervisningen, men at det kan være utfordrende når lærer er til stede. Hun forteller:

«Og da hvis jeg har sagt det mens læreren har vært der; dere trenger ikke rekke opp handa, dere kan bare snakke når at det.. så blir jo lærerne helt.. det blir veldig vanskelig for dem.»
(Deltaker B)

Sitatet beskriver at lærerne synes det er vanskelig å akseptere at elevene kan snakke spontant. Deltakeren forteller i tillegg at hun ikke tror det er bra at lærer er med inn i seksualundervisningen.

På spørsmål om hvordan deltakerne vurderer sin egen kompetanse i seksuell helse, svarer alle deltakerne at de opplever at de har god kompetanse på dette området. Tre av de fire deltakerne forteller at de har et stadig oppdateringsbehov på tematikken, fordi utviklingen på området går i en rasende fart. Alle deltakerne opplever at de aldri blir utlært på området, selv om de har god kompetanse. En av deltakerne forteller:

«Jeg har jo jobbet en del med det og vi har jobbet systematisk og bra i vår tjeneste, men jeg ser jo at man aldri blir ferdig utlært (...) Hver gang jeg skal sette i gang (...) må jeg friske opp igjen. Det er jo det som er så spennende og vi må brife hverandre og bruke hverandre. Og jeg lærer selvfølgelig av lærere og» (Deltaker C)

Sitatet beskriver at deltakeren må friske opp kunnskapen på området hver gang hun skal sette i gang med undervisningen, og at hun synes det er spennende. Hun synes det er fint å kunne spille hverandre god og at hun kan lære av lærerne også.

5.3.3 Tanker om det å samarbeide om felles undervisningsopplegg

Tre av fire deltakere er positive til det å ha med lærer inn i klasserommet i undervisningen. Årsaken til dette er at de mener lærer kjenner klassen best, og vet bedre hvordan elevene liker å jobbe. De kan dermed bidra til å holde ro i klassen. Alle deltakere tror at det er mulig det

kan påvirke elevenes deltakelse i undervisningen når de blir spurt om dette. Den ene deltakeren mener at det blir enda viktigere å bruke anonyme spørsmål dersom lærer skal være med i undervisningen slik at elevene ikke trenger å snakke høyt om det de lurte på.

En av deltakerne er ikke positiv til at lærer skal være med inn i undervisningen, og begrunner dette med at hun ser hvordan det påvirker elevenes deltakelse i negativ grad at lærer er til stede. Hun erfarer at lærerne ønsker å være med inn i undervisningen, og på spørsmål om hva hun tror er årsaken til dette, svarer hun at hun tror det skyldes at noen lærere er nysgjerrige og interessert i hva helsesykepleier snakker om, men at andre lærere har et kontrollbehov.

Deltakeren er likevel positiv til tanken om å samarbeide om et felles undervisningsopplegg som ikke innebærer at helsesykepleier og lærer har klasseromsundervisning sammen.

Alle deltakerne har en positiv holdning til å samarbeide med lærer om å ha et felles opplegg i undervisning i seksuell helse, uten at dette nødvendigvis innebærer at lærer og helsesykepleier sammen underviser samtidig. Det finnes alternativer til klasseromsundervisning, og to av deltakerne forteller at hun ser at det ikke er så hensiktsmessig med klasseromsundervisning generelt sett fordi det blir passivt for elevene.

6 Diskusjon

I de følgende kapitlene vil jeg drøfte de funnene som fremkommer av denne studien i lys av problemstillingen. Jeg har valgt å dele det inn etter den todelte problemstillingen, slik at «(...) *Hva er deres erfaringer med tverrfaglig samarbeid om undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen?*» drøftes under 6.1: Tverrfaglig samarbeid, og dets tilhørende underkapitler, imens «*Hvordan erfarer helsesykepleiere å undervise i seksuell helse*» drøftes under kapitlet 6.2: Didaktiske overveielser, og dets underkapitler. Funnene i denne studien drøftes opp mot tidligere forskning på feltet, samt aktuelle teorier.

6.1 Tverrfaglig samarbeid

I forskningen som ble presentert i kapittel 2 ser man at forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid er tillit, respekt, samarbeidskompetanse, personlige relasjoner og kjennskap til hverandre (Clancy et al, 2013; Frederici et al, 2020). Barrierer for et godt tverrfaglig samarbeid er mangel på tid, manglende kontaktflater når en profesjonsutøver må prioritere

andre arbeidsoppgaver og høy turnover (Borg & Drange, 2019; Ekornes, 2015; Frederici et al, 2020; Granrud et al, 2019). For samarbeid om seksualitetsundervisning kunne det være en barriere at seksualitetsundervisningen var for lav prioritet på både organisasjonsnivå og hos lærerne, eller at administrasjonen ikke hadde en positiv innstilling til seksualitetsundervisning (Baratiser & Wood, 2001; Brewin et al, 2014; Siliviri et al, 2021).

Funnene som fremkommer av analysen er sammenfallende på mange punkter med den presenterte forskningen om hva som fremmer og hemmer det tverrfaglige samarbeidet. Flere av helsesykepleierne mente som presentert i 5.2 og 5.3 at faktorer som fremmer det tverrfaglige samarbeidet er at man ser hverandre og har tid, samt at man har et ønske om å samarbeide. Det å ha et ønske om å samarbeide med hverandre henger sammen med personlige relasjoner og at man har kjennskap til hverandre som nevnes av Clancy et al (2013). Helsesykepleierne rapporterte at faktorer som hemmer det tverrfaglige samarbeidet er mangel på tid, hvis læreren ikke ser nødvendigheten av seksualitetsundervisningen, manglende kunnskap om hverandre, og at man ikke vet hva den andre profesjonsutøverens kompetanseområde er.

6.1.1 Viktigheten av et strukturert samarbeid

I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) under kapittelet «samhandling med skole» er det anbefalt at skolehelsetjenesten har et systemrettet samarbeid med skolen. Dette begrunnes med at samarbeid som er bygd på struktur, tydelig arbeidsfordeling og gode rutiner der rollene er avklart, har større mulighet for å fungere på lengre sikt enn når samarbeidet er tilfeldig og personavhengig. Dette gav informantene uttrykk for var viktig ved at de på ulike måter forklarte hvordan det er viktig for dem å være med i formelle fora slik at helsesykepleier kan opplyse om årshjulet og hva de skal gå igjennom. Dette uttrykte de var viktig for å planlegge seksualitetsundervisningen. En formell forutsetning for et godt tverrfaglig samarbeid om undervisning i seksuell helse er altså at helsesykepleieren blir invitert inn i planleggingsdag av skoleledelsen (Klein et al, 2012). Grunnen til det er at det beskrives administrative utfordringer for å få til seksualitetsundervisning dersom dette ikke er planlagt inn fra starten av (Siliviri et al, 2021). Dette sammenfaller med funnene der to av helsesykepleierne uttrykker et ønske om mer struktur på det tverrfaglige samarbeidet og at alle helsesykepleierne gav uttrykk for viktigheten av å være med på planleggingsdag og/eller trinnmøter.

Det kan dermed se ut til at det er viktig at helsesykepleieren får mulighet til å bli med på disse møtene ved å bli invitert. En av informantene fortalte om at hun hadde tatt opp at hun ønsket å være med på trinnmøter, men hadde ikke blitt invitert på dette til tross for at ledelsen ved skolen hadde sagt at det skulle de få til. En av de andre informantene gav uttrykk for at det er viktig at helsesykepleier er frempå og sier ifra dersom hun blir avglemt til slike møter, og at det kan virke som at dette er noe som kan skje spesielt dersom helsesykepleier eller ledelsen er ny på skolen og at det dermed ikke har vært en fast tradisjon over tid at helsesykepleier blir invitert med inn i formelle fora.

Det har i lang tid vært pålagt for helsesykepleier å samarbeide med skolen ut ifra de nasjonale faglige retningslinjene for skolehelsetjenesten. Dette står beskrevet i veileder til forskrift av 3. april 2003 for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Det har likevel lenge ikke vært pålagt for lærerne og skoleledelsen å samarbeide med helsesykepleier. I 2018 trådte revidert opplæringslov i kraft, og siden den gang har det vært pålagt for skolen å samarbeide med relevante kommunale tjenester for enkeltelever med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker (Opplæringslova, 1998, § 15-8). Det fremkom av min analyse at informantene var klar over deres plikt til å ta initiativ til samarbeid med skolen ut ifra nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men det var varierende i hvilken grad informantene opplevde at skolen og enkeltlærere inkluderte helsesykepleier inn i fora der dette kunne planlegges og der helsesykepleier kunne reklamere for sine tjenester, slik som på trinnmøter og planleggingsdag.

1. august 2022 ble paragraf § 15-8 i opplæringsloven endret, og det innebærer at skolen nå er pålagt å samarbeide med andre tjenesteytere dersom det er nødvendig for å gi eleven et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, og for at de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift (Endringslov til velferdstjenestelovgivningen, 2021, § 15-8). Med revidert lov kan skolens ansvar for samarbeid i større grad speile skolehelsetjenesten sitt ansvar for å samarbeide med skolen. Det kan dermed føre til at det blir mer struktur på samarbeidet slik den ene informanten i denne studien ytret ønske om. Det samsvarer med forskningen til Skundberg-Kletthagen & Moen (2017) der helsesykepleierne ønsket mer tilgjengelig tverrfaglig og flerfaglig samarbeid og strengere krav til samarbeidet mellom helsesykepleier og skolen.

Lauvås & Lauvås (2006) skriver at det svært hyppig blir understreket hvor vanskelig det er å få til et samarbeid. Det burde ikke være utfordrende å få etablert et apparat for tverrfaglig

samarbeid, fordi enhver kan tegne opp et teoretisk kart over sine samarbeidspartnere og etablere fora for dette på tegnebrettet. Det som er utfordrende er å få et sånt samarbeid til å fungere. Dette kan være grunnet kryssende særinteresser og forskjellige perspektiver på selve virksomheten. Et praktisk problem med å få til et tverrfaglig samarbeid er å ta tid fra selve primærvirksomheten som i dette tilfellet er i hovedsak elevene, for å utvikle samarbeidet. Årsaken til dette er at utvikling av samarbeid ikke direkte er produktivt, og det kan være vanskelig å se effektene av det på kort sikt. Det kan også være vanskelig å anse det tverrfaglige samarbeidet som en investering, fordi utbyttet av det er usikkert i stor grad (Lauvås & Lauvås, 2006). Med andre ord er det ikke tilstrekkelig med en lovendring for å få til et godt samarbeid. Det må også foreligge en vilje til å sette av tid til utvikling av samarbeidet, både hos skolehelsetjenesten og de ansatte i skolen. Skolehelsetjenesten er allerede presset på tid, noe informantene i denne studien gav uttrykk for. Det kan dermed være utfordrende å investere mer tid i det tverrfaglige samarbeidet for helsesykepleieren når det er andre oppgaver som må prioriteres fremfor dette, så lenge det ikke gjøres noe med ressursene i skolehelsetjenesten.

Den som kan oppfordre til samarbeid mellom de ulike profesjonene i skolen, er rektor, og vedkommende bør også tilrettelegge for at dette finner sted (Mellin et al., 2017). En av helsesykepleierne som ble intervjuet i dette prosjektet, gav uttrykk for at samarbeidet må være forankret høyere opp og at det er rektor som bør ta mer initiativ til å få til et bedre forankret samarbeid mellom lærer og helsesykepleier. Hvis skoleledelsen skal implementere en mer strukturert måte å samarbeide på mellom helsesykepleier og lærer, vil det være nødvendig at det planlegges av skoleledelsen hvordan den nye arbeidsmetoden skal foregå, gjerne ved å utarbeide en implementeringsplan, fordi det er behov for strukturer i implementeringen (Meyers et al., 2012).

6.1.2 Viktigheten av god kommunikasjon og dialog i det tverrfaglige samarbeidet

To av de fire informantene snakket om hvordan de opplevde at det var vanskelig å samarbeide med enkelte lærere. En av informantenes opplevelse var at enkelte lærere kunne virke som at de direkte motarbeidet henne, ved at de for eksempel avtalte spesifikk tid for seksualitetsundervisning, men at når det nærmet seg mente læreren at dette hadde de ikke avtalt. Den andre informanten mente at noen lærere ikke så viktigheten av helsesykepleierens

arbeid, eller at læreren like gjerne kan gjøre seksualitetsundervisningen selv og ikke trenger å involvere helsesykepleieren. Slike utfordringer som skissert her, kan blant annet handle om at det er kommunikasjonsproblemer mellom helsesykepleier og lærer. God kommunikasjon er viktig for det tverrfaglige samarbeidet (Lauvås og Lauvås, 2004). Med tanke på hva som kan gjøres for å bedre det tverrfaglige samarbeidet, er det altså nødvendig med andre former for kommunikasjon, samt at det kommuniseres om andre temaer enn det dagligdagse.

I en organisasjon retter man oppmerksomheten og kommunikasjonen mot det daglige, praktiske arbeidet. Fokuset er altså på selve arbeidet og de tekniske instrumentelle sidene ved det man tar opp (Lauvås & Lauvås, 2004). Det er det viktigste, men man kan stille spørsmål ved hvor ofte grunnleggende verdier og mål for de enkelte profesjonene tematiseres eller for organisasjonens arbeid som helhet, og spesielt for det tverrfaglige samarbeidet. Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) kan det virke som at det er en antagelse om at det ikke er noen fundamentale motsetninger om de grunnleggende spørsmålene, og at alle vet at det tar tid og er brysomt dersom man bringer slike temaer opp til overflaten. Man kan stille seg spørsmålet om hva situasjonen for det tverrfaglige samarbeidet vil bli om man ikke har et åpent, kritisk og reflektert forhold til slike spørsmål. Muligheter for at ting forandres til det bedre vil minske betraktelig dersom man ikke åpner opp for, tar seg tid til og finner konstruktive måter til å drøfte slike grunnleggende forhold (Lauvås & Lauvås, 2004). Alle vet at det kan virke truende å ta opp slike temaer, fordi konflikter som omhandler verdimesige og ideologiske motsetninger innebærer at det er en mulighet for at det blir store utfordringer når det gjelder grunnlaget for virksomheten, både ens egen og den som er felles. Derfor kan det virke som at det er mer komfortabelt dersom en snører igjen den sekken. I tillegg står også viktige interesser ofte på spill, og det finnes dermed alltid noen som vil forhindre at en slik situasjon oppstår. Det bunner ut i at alt stort sett blir ved det samme. Det må ikke være slik, men det krever at situasjonen må omhyggelig legges til rette for at kommunikasjonen skal bli konstruktiv (Lauvås & Lauvås, 2004).

To av informantene beskrev at de opplevde lærer ikke ser viktigheten av helsesykepleiers arbeid, og dersom det er slik, kan en årsak til dette være at det er fundamentale forskjeller i grunnleggende verdier og mål mellom enkelte lærere og helsesykepleiere. Disse opplevelsene samsvarer med en evalueringsrapport om bruken av undervisningsopplegget «uke 6» (Stubberud et al., 2017) der lærere beskriver at selv om de anser seksualitetsundervisningen som viktig, er ikke dette en høy prioritet. I undersøkelsen settes seksualitetsundervisningen opp mot andre emner, og en lærer uttaler «vanligvis er ikke dette et stort tema som blir viet

mye plass, det havner i skyggen av formler og ligninger (...) og alt det andre vi føler at vi må undervise i» (Stubberud et al., 2017, s. 13).

Lærernes nedprioritering av seksualitetsundervisningen og ellers de øvrige oppgavene til helsesykepleier, kan føre til at samarbeidet blir vanskelig, og det virker ikke som om dette er noe som blir tematisert eller snakkes om, slik som Lauvås og Lauvås (2004) beskriver ofte skjer. Det kan argumenteres for at det er et ledelsesansvar å legge til rette for en konstruktiv kommunikasjon om de grunnleggende spørsmålene for å fremme det tverrfaglige samarbeidet da det kan være vanskelig for den enkelte å ta opp et slikt tema grunnet frykt for hvordan det oppfattes av den man tar det opp med, og hvordan den enkelte vil reagere på det. Det kan oppleves som spesielt vanskelig for en helsesykepleier som kan oppleve å stå noe alene i skolehelsetjenesten. Samtidig er det også den enkeltes ansvar å gjøre ledelsen oppmerksom på en slik utfordring i det tverrfaglige samarbeidet, samt å se om det er mulig å ta opp helsesykepleierens grunnleggende mål og verdier i formelle fora med lærerne slik at det kanskje kan føre til en større forståelse for hva helsesykepleierens mandat er og at det blir enklere å samarbeide med enkelte lærere. Det kan også tenkes at en helsesykepleiers opplevelse av at noen lærere motarbeider henne, oppleves annerledes for de involverte lærerne og kan være basert på misforståelser eller lignende. Misforståelser kan oppstå som følge av dårlig kommunikasjon, og dermed kan det være nyttig å snakke om det for å få klarhet i det.

At lærer like gjerne kan gjøre seksualitetsundervisningen selv som den ene deltakeren erfarte at læreren mente, kan handle om for lite kunnskap om helsesykepleierens kompetanseområde som er ulikt fra lærerens. Helsesykepleieren har en helsefaglig utdanning og ifølge de nasjonale faglige retningslinjene for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) når det gjelder seksualitet, innehar helsesykepleieren særlig en kompetanse om identitet, grenser, forelskelse, kjærlighet, fysiologi, anatomi, prevensjonsmidler og seksuelt overførbare infeksjoner. Naturfaglæreren har også kompetanse innenfor seksualitet selv om det kan tenkes at dette i større grad innebærer en kompetanse på det rent naturfaglige ved seksualiteten fremfor tema som prevensjon, identitet og følelser. Likevel vil naturfaglæreren og helsesykepleierens kompetanseområder være noe overlappende innenfor seksualitet, og dermed vil seksualitet være i grenseflatene til begge profesjonene. Profesjonene har ifølge Abbott (1986, sitert i Dahl & Almås, 2020) en spesialisert kunnskap, og denne kunnskapen er avgrenset mot de andre profesjonene. Når disse grensene er uavklarte, kan det føre til profesjonsmotsetninger, manglende arbeidsdeling og manglende samarbeid.

En mulig løsning på dette er at man har fellesmøter med forventningsavklaringer slik at profesjonenes rolle kan tydeliggjøres (Dahl & Almås, 2020). Kanskje kan dette bidra til at læreren forstår hvordan helsesykepleieren har ulik kompetanse innenfor seksuell helse, og hvordan de dermed kan utfylle hverandre. Det kan også gjøre at helsesykepleieren får økt innsikt i lærerens kompetanse.

6.1.3 Hvordan desentralisert modell påvirker det tverrfaglige samarbeidet

En av informantene i dette prosjektet mente at det å ikke ha en delt tjeneste svekket det tverrfaglige samarbeidet ved at helsesykepleieren i mindre grad kunne delta i for eksempel planleggingsmøter siden helsesykepleieren da måtte være mange andre steder også. Alle de andre deltakerne mente også at manglende kontaktflater kunne være en barriere i det tverrfaglige samarbeidet. Dette stemmer overens med Clancy, Gressnes & Svensson (2013) sin forskningsartikkel der 89% av deltakerne var enig i at fysisk nærhet var viktig for det tverrfaglige samarbeidet. De skriver at samlokalisering og fysisk nærhet gir mulighet for uformelle faglige diskusjoner og ad hoc miljø. Fysisk avstand kan nødvendiggjøre en mer omfattende formalisering av samarbeidet ved hjelp av politiske direktiver (Clancy, Gressnes & Svensson, 2013). Al Sayah et al (2014) forsket på rollene til sykepleiere i primærhelsetjenesten i Canada der det fremkom at dersom det flerfaglige samarbeidet foregår i en desentralisert modell der en eller flere av profesjonsutøverne jobber flere steder, kan dette være en barriere for det tverrfaglige samarbeidet. Årsaken er at de blir fysisk adskilt fra hverandre.

Orvik (2015, s. 227) beskriver ulike modeller for organisering av samhandling, der autonomi er i ene enden av skalaen og fusjon i den andre enden. Mellom disse beskrives et spekter av modeller for organisering av samhandling. Autonomi i den ene enden innebærer frittstående aktører uten forpliktende samhandling, imens fusjon i den andre enden innebærer sammenslåing av enheter og er det motsatte av autonomi. Imellom disse ligger sju former for organisert samhandling som er alternativer til fusjon, der fellesnevneren er at de har ulik grad av autonomi og fusjon. Samlokalisering er en av disse modellene som ligger ganske nært opp mot fusjon i skalaen (Orvik, 2015). Samlokalisering beskrives som at virksomheter som samarbeider, plasseres i samme eller nærliggende lokaler. Det er mer en fysisk planlegging som kan skape forutsetninger for samhandling, fremfor en modell for samhandling.

Det ble uttrykt av to av deltakerne at det kunne være positivt for det tverrfaglige samarbeidet dersom helsesykepleieren var ansatt i skolen i stedet for under forebyggende helsetjeneste i kommunen. De reflekterte samtidig rundt at det kunne ha sine ulemper, som for eksempel det at rektor ville vært leder for helsesykepleieren, og at det er viktig å ha en leder som har helsefaglig bakgrunn og kan se verdien av skolehelsetjenestens arbeid. En slik form for organisering av samhandling ville vært det Orvik (2015) beskrives som fusjon av en del av tjenesten forebyggende helsetjeneste.

Ut ifra det ovenstående kan det se ut til at samlokalisering ved at helsesykepleier kun jobber i skolehelsetjenesten, vil være positivt for det tverrfaglige samarbeidet. Hvis helsesykepleiere kan delta i større grad på planleggingsmøter og trinnmøter fordi han eller hun er til stede på skolen, kan det også føre til en bedre planlegging av seksualitetsundervisningen da disse møtene beskrives som viktige for denne planleggingen. På en annen side kan det også ha sine negative sider. En slik negativ side kan være at helsesykepleierne ofte er alene som fagutøver i skolehelsetjenesten. Dette vil også gjelde ved en fusjon der helsesykepleierne er ansatt i skolen i stedet for under forebyggende helsetjenester i kommunen. Det kan føre til at de kan miste noe av sin profesjonsidentitet av å ikke jobbe sammen med andre helsesykepleiere. Dahl (2020) beskriver at den profesjonelle identiteten bygges på kunnskap, ferdigheter, personlige egenskaper og holdninger. Den utvikles ved samhandling i et praksisfellesskap med andre profesjonsutøvere. For helsesykepleieren innebærer profesjonsidentiteten forståelse av hva det vil si å være helsesykepleier og utøve yrket (Dahl, 2020). Det er derfor viktig at helsesykepleiere får reflektert kritisk rundt hverandres historier i et praksisfellesskap i helsestasjonen eller skolehelsetjenesten, og på den måten kan helsesykepleierne konstruere en felles profesjonell identitet. Dette er viktig fordi det kan føre til at et felles kompetanseområde og samfunnsmandat blir tydeliggjort. Det kan igjen føre til at helsesykepleierne får en tydeligere rolle og at det blir en tydeligere avgrensning av helsesykepleierprofesjonen mot andre profesjoner (Dahl, 2020).

6.1.4 Tverrfaglig eller flerfaglig samarbeid?

I hvor stor grad det samarbeides med lærer, opplyser informantene at varierer. Når det kommer til planlegging av seksualitetsundervisningen, forteller en av informantene at det samarbeides kun om når det passer for læreren at helsesykepleieren har undervisning, men så samarbeides det ikke mer ut over dette. I tilfeller som dette, kan det se ut til at samarbeidet er

flerfaglig (multidisciplinarity) og ikke tverrfaglig (interdisciplinarity), som beskrevet i 3.3.3 der flerfaglig samarbeid innebærer at man møtes, men ikke påvirkes av hverandres bidrag (Orvik, 2015). Tverrfaglig samarbeid innebærer en omforent tilnærming på det samme problemet, der for eksempel en helsesykepleier og en spesialpedagog blir enig om hva en elevs hovedutfordring er, og i fellesskap enes om de samtidige tiltakene for eleven. Forskjellen mellom flerfaglig og tverrfaglig samarbeid kan sies å være graden av integrasjon (Johannessen & Skotheim, 2019). Informantene i dette prosjektet snakket også om det jeg oppfatter som tverrfaglig samarbeid, som for eksempel da en lærer og en helsesykepleier samarbeidet om å ha seksualitetsundervisning sammen med fokus på kjønnsidentitet, grunnet en elev i klassen som ønsket dette, eller da en av lærerne ringte til helsesykepleier og samtalte med henne om hvilke tema læreren skulle gjennomgå i sin seksualitetsundervisning i uke 6 og hva som var læreplanmålene, og spurte om helsesykepleier kunne ta noen av de læreplanmålene i sin undervisning samme uke. Et annet eksempel er informantene som snakket om at de i samarbeid med andre yrkesgrupper holder på å utarbeide et nytt opplegg for seksualitetsundervisning der elevene skal gå rundt på ulike poster. Her var ikke lærerne involvert i planlegging av dette, men at de var positive til å bidra. Dermed vil samarbeidet i en slik situasjon med lærer være av flerfaglig karakter fremfor tverrfaglig karakter, imens samarbeidet mellom helsesykepleier og de andre yrkesgruppene er av tverrfaglig karakter. Johannessen og Skotheim (2019) skriver at de mener begrepene tverrfaglig og flerfaglig samarbeid blir brukt om hverandre i skolens praksisfelt. Det kan se ut til at denne antagelsen stemmer overens med informantenes beskrivelser av tverrfaglig samarbeid i dette prosjektet.

Det kan sies at det flerfaglige samarbeidet i større grad ivaretar profesjonenes autonomi enn det tverrfaglige samarbeidet. Lauvås & Lauvås (2004) hevder at profesjonene må gi avkall på den autonomien man ellers ville oppnådd dersom man skal ha et reelt tverrfaglig samarbeid. Det hevdes likevel at det tverrfaglige samarbeidet vil oppleves som mer stimulerende enn sektordelt og individuelt arbeid. Det er også ikke nødvendigvis riktig at man mister noe av å samarbeide tverrfaglig. Med referanse til «kakemodellen» beskriver Tiller (1985, sitert i Lauvås & Lauvås, 2004) det slik:

Det er basert på et postulat om at hvis en gir bort noe, så har en mindre igjen. Dvs. at en deling fører til reduserte ressurser hos en av partene. Men dette gjelder så åpenbart ikke for en rekke sentrale menneskelige anliggender. En blir neppe mindre kunnskapsrik om en deler kunnskap med andre. Det samme gjelder vennskap, kjærlighet, samarbeid m.m (Tiller, 1985, s. 213, sitert i Lauvås & Lauvås, 2004, s. 105)

Det kan bety at det i en del tilfeller foregår et flerfaglig samarbeid som innebærer oppgavefordeling enn et reelt tverrfaglig samarbeid mellom helsesykepleier og lærer når det kommer til planlegging og gjennomføring av undervisning i seksuell helse. Oynett og Ford (1996) beskriver at det kan se ut til at det er populært å samarbeide flerfaglig fremfor tverrfaglig der for eksempel de separate disiplinene kommuniserer uten at de møtes, fordi det fremmer maksimum autonomi. Dette kan være en av årsakene til at helsesykepleier og lærer i en del tilfeller samarbeider flerfaglig i stedet for tverrfaglig.

6.1.5 Autonomi og revirtekning i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer

En av informantene i dette prosjektet fortalte at hun opplevde situasjoner der det var tydelig for henne at lærerne ikke hadde innsikt i helsesykepleiers oppgaver i skolen, og ble spurt om årsaken til dette, der hun fortalte om at hun mente det kunne skyldes at skolen er lærerens arena og at helsesykepleierne kan være beskyttende ovenfor sitt fagfelt og «holder kortene tett til brystet». Det er mulig dette skyldes at helsesykepleier ikke vil gi avkall på sin autonomi, og muligens er redd for å miste en del av sin identitet, ekspertise, status og prestisje som beskrevet at fylkeslegen i Rogaland (Lauvås & Lauvås, 2004).

En annen mulig årsak til at helsesykepleier opplever at hun er beskyttende ovenfor sitt fagfelt, kan være revirtenkning. Revirtekning oppstår når man opplever at fagets eksistens og betydning står i fare (Lauvås & Lauvås, 2004). Når helsesykepleier er alene i skolehelsetjenesten, kan det tenkes at helsesykepleieren med sitt fagfelt føler at fagets betydning kan stå i fare dersom hun deler «for mye» med lærerne hva hun egentlig gjør og kan. Revirtekningen opprettholdes i de enkelte fagmiljøene, og videreføres her. I tillegg bidrar også utdanningene til dette (Lauvås & Lauvås, 2004).

Hvis helsesykepleieren holder «kortene tett til brystet» angående hva hun gjør og kan, kan det også føre til at det er vanskelig for læreren å vite hva helsesykepleierens mandat egentlig er. To av deltakerne beskrev at de opplevde at skolen ikke visste hva helsesykepleiers mandat er. Dette kan føre til at det stilles forventninger til helsesykepleieren som fører til faglig frustrasjon. En av deltakerne gir uttrykk for en slik faglig frustrasjon i flere situasjoner, blant annet der hun ble bedt om å komme inn i klassen og stille på høyden på stolene og bordene.

Wistoft (2009) skriver at helsesykepleiere opplever at skolehelsetjenesten blir sett på som «mini-skadestuer» eller problemløsere. De opplever også at samfunnet, elevene og foreldrene forventer at de skal løse noen forhåndsdefinerte problemer med velegnede metoder. Når helsesykepleierne blir møtt med forventninger om å screene høyde, vekt og syn samt å løse akutte problemer, gir dette anledning til faglig frustrasjon fordi helsesykepleierne ønsker først og fremst å jobbe pedagogisk med helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette kan være et eksempel på at helsesykepleiere kan oppleve at de ikke blir ansett som kompetente på det pedagogiske området. De blir regnet som behandlere eller problemløsere. I omverdenens øyne er deres selvoppfattelse og faglighet avhengig av dem selv, og det påvirker deres selvoppfattelse i negativ retning (Wistoft, 2009). Det kan ut ifra denne helsesykepleierens opplevelse se ut til at dette også gjelder for hvordan noen ansatte i skolen ser på helsesykepleiere.

Helsesykepleierens mandat er å arbeide helsefremmende og forebyggende rettet mot individ og samfunn. Helsesykepleierens oppgaver er regulert av lover og forskrifter (Dahl & Almås, 2020). Det er ifølge Dahl (2020) viktig at helsesykepleierne er klar på hva som er deres mandat, og at de er tydelig på hvor grensene går i forhold til de andre profesjonene med tanke på ansvar og oppgaver. Det er flere rapporter som dokumenterer at en barriere i det tverrfaglige samarbeidet er manglende kjennskap til den andre instansen sitt kompetansefelt. Det har en betydning for samarbeidet at man får økt kunnskap om aktuell samarbeidsinstans (Andersson et. al, 2006). Ut ifra resultatene i dette prosjektet er det mulig det kan være positivt for både lærerne og helsesykepleierne å få økt kunnskap om hverandre med tanke på samarbeidet. Alle deltakerne ble spurt om de kjente til lærerens kompetanse i seksuell helse, og ingen av de kjente til dette. I tillegg tilføyde en av deltakerne at hun ønsket at hun visste mer om det. At både helsesykepleier og lærer får mer kunnskap om hverandre, kan også føre til at det blir enklere å samarbeide når det kommer til undervisning i seksuell helse.

Det var enighet blant informantene at skolen er lærerens arena. Dette kommer til uttrykk når en av informantene forteller om hennes opplevelse med at lærer gjerne vil være til stede under seksualundervisningen, og at hun tror det skyldes at noen lærere er nysgjerrig og interessert i hva helsesykepleier underviser om, eller at de ønsker å kunne passe på utfordrende elever, men at andre lærere har et kontrollbehov. Ifølge Lauvås & Lauvås (2004) har læreryrket vært en del av det som har vært kalt de frie yrker. Det innebærer at det har vært allment akseptert at det er læreren som bestemmer hva som skal skje i klasserommet. Det var også akseptert at

utenforstående dermed ikke skulle blande seg inn i lærerens disposisjoner. Dersom det er slik at lærerne ønsker å være til stede i helsesykepleierens undervisning fordi de har et kontrollbehov ovenfor hva som skjer i klasserommet, så kan det se ut til at dette er noe som fortsatt henger igjen. Det stemmer overens med forskningen til Hayter et al (2008) der helsesykepleierne opplevde at de ble overvåket når de hadde undervisning, både i skjult og åpen form. I forskningen til Hayter et al (2008) kom det også frem at noen lærere hadde brutt inn i undervisningen til helsesykepleier dersom læreren ikke likte hva helsesykepleieren snakket om, men slike hendelser ble ikke rapportert av informantene i dette prosjektet. Tre av fire deltakere i dette prosjektet var positive til at lærer var med inn i undervisningen fordi de kjenner klassen best og kan holde roen i klassen.

6.2 Didaktiske overveielser

For en vellykket helseformidling, må man som helsesykepleier gjøre seg didaktiske overveielser. Det innebærer overveielser omkring metoden som omhandler hvordan læreprosessene organiseres, som har betydning for om det er hensiktsmessig tilrettelagt i forhold til hvordan et gitt emneområde best blir tilegnet. Noen læresituasjoner krever at læreren strukturerer og gjennomgår det faglige innholdet, andre at læreren fremstår som en faglig mester, og igjen andre krever øvelse i en praktisk situasjon eller at elevene selv undersøker et emne som ved et prosjektarbeid (Saugstad, 2009a). Under 6.2.1, 6.2.2 og 6.2.3 vil jeg diskutere hvordan informantene planlegger og gjennomfører undervisningen i seksuell helse opp mot gjeldende forskning og litteratur på feltet, samt undervisning i seksuell helse i det senmoderne samfunn.

6.2.1 Planlegging av undervisning

Funnene i min studie kan indikere at det hyppig brukes tradisjonell klasseromsundervisning som undervisningsmetode i seksualitetsundervisning. Det rapporteres at mangel på tid er en barriere for å dele klassene inn i mindre grupper. To av helsesykepleierne mente at elevene ikke lærer så godt av å være en passiv mottaker av informasjon slik som de kan bli ved tradisjonell klasseromsundervisning. Det kan med andre ord se ut til at de to helsesykepleierne har gjort en didaktisk overveielse om klasseromsundervisning er en hensiktsmessig undervisningsmetode og om det gir et godt læringsutbytte. Forskere både

nasjonalt og internasjonalt har i lang tid vært opptatt av å finne ut av hva som øker læringsutbytte til elever. Bonesrønning & Iversen (2010) så at elever fra 8.trinn som har vært utsatt for store klasser presterte signifikant dårligere enn de elevene som har vært utsatt for små klasser. Ut ifra denne forskningsartikkelen, kan det indikere at å dele klasser i mindre grupper dersom det er store klasser, kan være positivt for læringsutbyttet. Leuven, Oosterbeek & Rønning (2008) undersøkte klassestørrelse opp mot eksamenskarakterer på ungdomstrinnet, og fant ingen effekt av redusert klassestørrelse på eksamenskarakterene. Det argumenteres for at det ikke er en universell effekt av klassestørrelse på læringsutbyttet. Det kan også forklares ved at potensialet som ligger i små klasser kan forbli uutnyttet dersom lærerne ikke endrer undervisningsformen. Det er med andre ord ikke sikkert at det å dele klassene inn i mindre grupper i seksualitetsundervisningen vil ha noe å si med tanke på læringsutbyttet, så lenge helsesykepleieren har det samme opplegget når hun underviser i mindre grupper som i en hel klasse. Tre av fire informanter rapporterer at de bruker ferdig utarbeidet opplegg som alle helsesykepleiere i de kommunene de jobber i skal bruke. Så selv om det rapporteres at det ikke er tid til å dele klassene inn i mindre grupper, kan det tenkes at det ikke spiller så stor rolle om helsesykepleier gir den samme undervisningen uavhengig av klassens størrelse. Det er mulig helsesykepleierne må endre undervisningsopplegget sitt dersom de skal undervise i mindre grupper for at elevene skal ha et høyere læringsutbytte.

Det kan se ut til at flere av informantene har gjort en didaktisk analyse av undervisningen sin ut ifra beskrivelser om at undervisningsopplegget er kvalitetssikret og at det uttrykkes at de er opptatt av brukermedvirkning i undervisningen. Den didaktiske analyse kan brukes til å avklare om formidlingens overordnede formål, mål og innhold og formidlingens organisering, metode og ytre rammer harmoniserer med hverandre. Med begrepet formål menes det et dannelsessyn; altså at mennesker blir mennesker i kraft av oppdragelse og læring. I undervisningssammenheng innebærer det at man må gjøre en overveielse over hvilken mennesketype undervisningen skal ta sikte på å utvikle (Saugstad, 2009a). Formidlingens mål omhandler overordnede faglige overveielser der overveielser over syn på helse og det helsefaglige utgangspunkt er hjemmehørende. Formidlingens innhold må stå i stil med formålet og målet, samt fagets egenart og mottakerforutsetninger. Metoden handler om hvordan læreprosessen organiseres. Den didaktiske analysen handler videre om spørsmålet om læring. Det innebærer mottakerens læreprosess, rammen for læring og om læreprosessen er hensiktsmessig tilrettelagt i forhold til hvordan et gitt emne best tilegnes (Saugstad, 2009a). Den didaktiske relasjonsmodellen kan altså brukes som et analyseverktøy i den didaktiske

analysen. To av informantene i denne studien rapporterte at de holder på med å gjøre endringer på hvordan de underviser i seksuell helse, og det kan tolkes som at de erfarer at det ikke er en harmoni mellom hva de ønsker at elevene skal sitte igjen med av seksualitetsundervisningen og hvordan de underviser i dette. På bakgrunn av dette forteller de at undervisningsmetoden skal endres fra tradisjonell klasseromsundervisning til at elevene skal gå rundt på ulike poster der ulike faggrupper har hver sin post. De fortalte at helsesykepleierne skal ha en post der de blant annet viser frem ulike prevensjonsformer som for eksempel spiral, p-pillebrett, p-ring og kondomer. Mach-Zagal (2009a) skriver at den mest elementære måten å forholde seg til det ukjente på for mennesket, er å «ta hånd om det». Man skal kunne gripe det fysisk for å kunne begripe det intellektuelt. Jo mer konkret, relevant og håndgripelig presentasjonen av ny viten er for elevene, jo flere muligheter er det for å kunne assimilere/sammenligne. Det at elevene får gå rundt på poster og se og ta på prevensjonsmidler på helsesykepleierne sin post, kan altså føre til at de får et økt læringsutbytte. Mach-Zagal (2009a) skriver også at pedagoger må vekke nysgjerrighet og engasjement. Dette kan man oppnå ved å selv være engasjert i tematikken fordi det smitter over på elevene. Innholdet i formidlingen har også mye å si for å vekke nysgjerrighet. I mange pedagogiske sammenhenger blir nysgjerrigheten vekket altfor sjelden. Derfor hender det at pedagogen må anstrenge seg for å sette i gang læreprosesser, og motiverer elevene ved å skremme, appellere til neurotiske mekanismer som skyld eller dårlig samvittighet, belønninger eller andre typer lokkemidler. Jeg opplevde helsesykepleierne som svært engasjerte i tematikken seksuell helse og seksualitetsundervisning, samt at de synes det er artig å undervise i dette, og flere av helsesykepleierne snakket om at dette er en tematikk som ungdom også er veldig interessert i og nysgjerrige på. Det stemmer overens med sex og samfunn (2022) sin undersøkelse som viser at 8 av 10 elever synes seksualitetsundervisningen er viktig. Det kan tenkes at nysgjerrigheten til elevene blir vekket av seg selv fordi de synes det er viktig å kunne noe om og kanskje fordi det er noe de fleste identifiserer seg med, og ved at helsesykepleierne også er engasjert i tematikken.

6.2.2 Innholdet i seksualitetsundervisningen

Tre av de fire helsesykepleierne i dette prosjektet brukte anonyme spørsmål der elevene kunne skrive ned det de lurte på ned på lapper, slik at helsesykepleieren kunne lese opp spørsmålene og svare på dem. Dermed kunne helsesykepleieren også tilpasse undervisningen etter hva elevene lurte på. Mach-Zagal (2009a) skriver at skolebarn kan være tilbakeholden

med å stille spørsmål om pubertet, seksualitet, prevensjon osv, og dermed beskytter denne teknikken den enkelte mot frykten om å stille dumme spørsmål. Denne teknikken kan også vekke pedagogens nysgjerrighet, fordi pedagogen ikke vet hvilke spørsmål som kommer til å bli stilt på forhånd. Det vil også forhindre pedagogen i å kjøre seg fast i å gjenta det samme stoffet igjen og igjen (Mach-Zagal, 2009a).

Alle informantene var opptatt av hva elevene var opptatt av, og anonyme lapper er en form for brukermedvirkning i undervisningen. Dette er i samsvar med den nasjonale faglige retningslinjen for helsestasjon- og skolehelsetjenesten der det står at skolehelsetjenesten skal sikre at ungdom blir hørt, involvert og har innflytelse (Helsedirektoratet, 2017). Ved å bruke anonyme lapper kartlegger helsesykepleieren hva ungdommene selv mener de har behov for å vite noe om, slik Glavin & Kvarme (2003) anbefaler.

En av informantene i dette prosjektet fortalte at ungdommene har gitt henne tilbakemelding på at det gis mye undervisning i de farlige sidene av seksualiteten som seksuelt overførbare infeksjoner og svangerskap. På en side er brukermedvirkning for ungdom om hva de skal bli undervist om i seksuell helse i tråd med retningslinjer samt at brukermedvirkning er blitt en sterk faglig og politisk ideologi. På en annen side kan man diskutere hvorvidt ungdomsskoleelever selv er i stand til å vurdere hva de ikke trenger så mye informasjon om i seksualitetsundervisningen. Thrana (2008) skriver at det kan være ulike etiske problemstillinger ved å la barn og unge medvirke. Det kan innebære at man overlater noe av ansvaret for avgjørelsen til barnet eller ungdommen. Man kan også stille seg spørsmål ved om vi inviterer til en symbolsk medvirkning og ikke en reell innflytelse når vi som profesjonelle legger premissene for diskursen og dermed ikke gir fra oss makt og avgjørelsesmyndighet (Thrana, 2008). Det vil være viktig å undervise i temaer som prevensjon, svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner som en del av seksualitetsundervisningen i et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Ungdom mener også at det beste er å medbestemme i samarbeid og dialog med voksne. De mener det ikke er bra å bestemme helt på egenhånd (Thrana, 2008). Dermed kan brukermedvirkningen innebære at helsesykepleieren lytter til deres ønsker angående innhold i seksualitetsundervisningen og tar dette til etterretning når undervisningen planlegges eller når gruppen som utarbeider opplegget i kommunene med fastsatt opplegg jobber med dette, men at man som fagperson må gjøre overveielser omkring hva elevene bør sitte igjen med av kunnskap, selv om elevene selv muligens synes seksuelt overførbare infeksjoner og svangerskap er kjedelig.

Tre av informantene snakket uoppfordret om at de skulle hatt mer tid til seksualitetsundervisningen. To av informantene fortalte at de bare har 2 timer til seksualitetsundervisningen, og en annen hadde 3 timer til dette. Halvparten (49%) av elevene i undersøkelsen til sex og samfunn (2022) oppga at de hadde hatt mindre enn 4 timer seksualitetsundervisning. I regjeringens strategi for seksuell helse for 2017-2022, er det ikke oppgitt at det skal brukes mer tid på undervisning i seksuell helse, men at i arbeidet med det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring vil seksuell helse ha en naturlig plass (helse- og omsorgsdepartementet, 2016). 7 av 10 elever i undersøkelsen til sex og samfunn (2022) ønsker mer seksualitetsundervisning i skolen. De ønsket også flere tema inn i seksualitetsundervisningen. Tre av helsesykepleierne som ble intervjuet i dette prosjektet gav uttrykk for at de allerede hadde for lite tid med de temaene de underviser om nå, så et enda bredere spekter av temaer vil gjøre at man ikke kan gå i dybden på temaene med den tiden helsesykepleierne nå har til rådighet i undervisningen sin. Det vil derfor være nødvendig å avsette mer tid til seksualitetsundervisningen som også er i tråd med ungdommenes ønsker fra undersøkelsen til Sex & Samfunn (2021).

6.2.3 Seksualitetsundervisning i det senmoderne samfunn

Som beskrevet i 3.2.2 utvikler samfunnet seg raskt. For seksualiteten har samfunnet endret seg med tanke på kvinners mulighet til å bruke prevensjon, abortmuligheter og at det nå er ulike normer om seksuell adferd, identitet og kjønnsroller i ulike miljøer som gjør at en kanskje er noe friere når en kan til en viss grad velge hvilket miljø en ønsker å være en del av (Mach-Zagal, 2009b).

Tre av de fire informantene gav uttrykk for at de synes det er mye å holde tritt med når det kommer til utviklingen innenfor seksualitet, som for eksempel nye begreper. De fortalte at de har et behov for å holde seg kontinuerlig oppdatert på emnet for å kunne undervise i det, og at de måtte lese seg opp på ny i forkant av hver gang de hadde undervisningen. Dette stemmer overens med studien til Silivri et al (2021) der helsesykepleierne opplever at de hele tiden må holde seg oppdatert for å holde tritt med ungdommene.

Saugstad (2009b) beskriver utviklingen av forholdet mellom generasjonene fra et bondesamfunn til i dag. Utviklingen deles inn i tre faser der den første er den postfigurative kultur der den unge generasjonen hovedsakelig lærer av sine foreldre. Her ser man tilbake på

fortiden og har dette som en rettesnor for fremtidig utvikling. Den andre fasen er den konfigurative kultur der barn og unge lærer av sine jevnaldrende fordi det ikke finnes et brukbart generasjonsforbilde. Dette oppstår som for eksempel som følge av ny teknologi. Den prefigurative kulturen er den tredje fasen som kjennetegnes ved at de voksne også lærer av barna. Dermed får ungdommene en særstatus i den prefigurative kulturen, fordi de potensielt innehar den kompetansen som et samfunn i forandring har bruk for. Erfaring og alder kan i den prefigurative kulturen bli ansett som et hinder (Saugstad, 2009b).

I undersøkelsen til Sex & Samfunn (2022) kunne ungdommene svare på et åpent spørsmål med forslag til forbedringer om seksualitetsundervisningen. Et av forslagene var «Jeg tror at det er lettere om personen som hadde seksualundervisning ikke var en eldre dame eller mann, men noen som kanskje vet mer om hvordan ting er i dag» (Sex & Samfunn, 2022, s. 7). Dette sitatet stemmer overens med at generasjonsdifferansen mellom helsesykepleier og elev kan være et hinder i den prefigurative kulturen når det undervises i seksuell helse. Selv om helsesykepleierne holder seg oppdatert på nye begreper og lignende, kan det likevel være at ungdommene opplever at helsesykepleierne som ikke er ung, ikke kan identifisere seg på samme måte med ungdommene og har forståelse for blant annet hvordan mange ungdom i dag lever sine seksuelle liv på internett. Helsesykepleierne i undersøkelsen til Silivri et al (2021) gav uttrykk for at det er et moderniseringsbehov i undervisningen om seksuell helse. Siden denne undersøkelsen ble gjort i Sverige, kan det godt tenkes at dette også gjelder i Norge. Dersom undervisningen blir mer modernisert og dermed også i større grad standardisert, kan det muligens føre til at det spiller en litt mindre rolle for elevene hvilken alder helsesykepleieren har. En av helsesykepleierne i undersøkelsen sa at siden hun ikke hadde jobbet så lenge i skolehelsetjenesten, var hun enda ikke helt trygg og komfortabel på å undervise i seksuell helse fordi hun ikke hadde gjort det så mange ganger. Selv om elevene kan ha et ønske om at helsesykepleieren som underviser i dette er ung, kan en ung helsesykepleier være mer ukomfortabel med å gi undervisning i dette. Dermed kan det være bra med en erfaren helsesykepleier som er komfortabel med undervisningen.

7 Avslutning

Funnene i denne studien viser at faktorer for et godt tverrfaglig samarbeid mellom lærer og helsesykepleier når det gjelder undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen, er at

samarbeidet er strukturert ved at helsesykepleier får delta på planleggingsmøter og trinnmøter for å kunne planlegge seksualitetsundervisningen, at samarbeidet må være lovpålagt for både helsesykepleier og lærer, god kommunikasjon og felles kontaktflater. Barrierer for det tverrfaglige samarbeidet er manglende struktur, dårlig kommunikasjon, at helsesykepleier er lite til stede i skolen og dermed har manglende kontaktpunkter med lærer samt revirtenkning og for lite innsikt i den andre profesjonens mandat. Dette har blitt belyst av teori om tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon, modeller for organisering av samhandling, revirtenkning og helsesykepleierens mandat.

Det fremkommer av denne studien at det er lite tverrfaglig samarbeid omkring undervisningen i seksuell helse, og at det som regel kun avtales når helsesykepleier kan komme og ha undervisningen. Alle var positive til å samarbeide om dette i større grad, men det ble også gitt uttrykk for at det er mulig det kan være negativt for elevenes deltakelse dersom helsesykepleier og lærer underviste om dette sammen. Det er mulig å samarbeide om dette i større grad også uten at helsesykepleier og lærer har klasseromsundervisning sammen, som for eksempel i form av at elevene har en dag der de går rundt på ulike poster der ulike yrkesgrupper har hver sin post inkludert helsesykepleier og lærer.

Helsesykepleierne i denne studien uttrykte i stor grad engasjement rundt undervisningen i seksuell helse og at dette er noe de synes er engasjerende. De er opptatt av at elevene får medvirke i undervisningen, for eksempel ved bruk av anonyme lapper. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) samt etiske aspekter ved brukermedvirkning (Thrana, 2008) hjalp med å belyse dette.

Helsesykepleiernes planlegging og gjennomføring av undervisningen ble sett i lys av den didaktiske analysen (Saugstad, 2009a). Det ble i stor grad benyttet klasseromsundervisning som metode, men to av helsesykepleierne var samtidig klar på at dette ikke er optimalt for elevenes læring. Helsesykepleierne opplevde at de har for lite tid til undervisningen, og at det derfor vil være spesielt utfordrende dersom de skal få dekket enda flere tema på den korte tiden de har. Dette ble sett i lys av undersøkelsen til Sex og Samfunn (2022) som viser at 7 av 10 elever vil ha mer undervisning i seksuell helse, og flere tema.

Den store utviklingen hva angår seksualitet gjorde at helsesykepleierne opplevde det var mye å holde tritt med. Dette ble forstått ut ifra teori om det senmoderne samfunn og hvordan samfunnsutviklingen har ført til at de voksne nå også lærer av barna. Dette gjelder kanskje spesielt for at ungdommer nå lever ut sine seksuelle liv på internett, og at mange i den voksne

generasjonen ikke kan identifisere seg så godt med hvordan dette er.

Flere av deltakerne mente kvaliteten i seksualitetsundervisningen ville bli bedre generelt dersom det fantes en nasjonal kunnskapsbank og at seksualitetsundervisningen ble standardisert, fremfor at enten kommunen har et opplegg alle helsesykepleierne følger eller at helsesykepleierne utarbeider eget opplegg i kommuner som ikke har dette.

7.1 Videre forskning

Det er et behov for mer forskning innen hvor god kvaliteten på undervisningen er i de forskjellige kommunene, samt hvilke undervisningsmetoder som benyttes. Dersom det er store forskjeller i kvaliteten i seksualitetsundervisningen, er dette problematisk for ungdommene. Det kan understreke et behov for en standardisering av seksualitetsundervisningen.

Det hadde vært av interesse med forskning om hvordan lærere opplever å samarbeide med helsesykepleiere om undervisning i seksuell helse. Denne studien har kun gitt innsikt i et utvalg helsesykepleiere opplevelser av dette, og det hadde vært interessant å se på den andre siden av saken.

Referanseliste

- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. B., Williams, B (2014) Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing* 23(19-20) 2968-2979.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12547>
- Andersson, H.W., Ose, S.O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M. og Ådnes, M. (2005) *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. (STF78 A055025). SINTEF helse. https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_03-05_kunnskapsstatus_barn_og_unge.pdf
- Baratser, P., Wood, A (2001) Precarious partnerships: Barriers to multidisciplinary sex education in schools - A short communication. *Health Education Journal* 60(2) 127-131.
<https://doi.org/10.1177%2F001789690106000204>
- Barneombudet (2018) «Alle kjenner noen som har opplevd det». *Samtaler med ungdom om seksuelle krenkelser*.
<https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Alle-kjenner-noen-som-har-opplevd-det.pdf>
- Berteussen, L. M (2022, 15. februar) Cochrane. I *Store Medisinske Leksikon*.
<https://sml.snl.no/Cochrane>
- Bonesrønning, H., Iversen, J. M. V (2010) *Prestasjonsforskjeller mellom skoler og kommuner: analyse av nasjonale prøver 2008* (SØF-Rapport nr. 01/10) Senter for økonomisk forskning AS. https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2010/5/nasjonale_prover_2008.pdf
- Borg, E., Drange, I (2019) Interprofessional collaboration in school: Effects on teaching and learning. *Improving schools* 22(3) 251-266.
<https://doi.org/10.1177%2F1365480219864812>
- Brewin, D., Koren, A., Morgan, B., Shipley, A., Hardy, R (2014) Behind Closed Doors: School Nurses and Sexual Education. *The Journal of School Nursing* 30(1) 31-41.
<https://doi.org/10.1177%2F1059840513484363>
- Clancy, A., Gressnes, T., Svensson, T (2013) Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27(3) 659-668. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x>
- Dahl, B. M. (2020) Helsesykepleierens samfunnsmandat og profesjonsidentitet. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok* (s. 57-70). Fagbokforlaget
- Dahl, B. M., Almås, S. H. (2020) Tverrprofesjonelt samarbeid. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok* (s. 193-208). Fagbokforlaget

- Ekornes, S. (2015). Teacher perspectives on their role and the challenges of inter-professional collaboration in mental health promotion. *School Mental Health* 7(3), 193-211. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12310-015-9147-y>
- Ellingsen, S., Drageset, S. (2008) Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning: en introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 10. 23-38. <http://hdl.handle.net/11250/273570>
- Endringslov til velferdstjenestelovgivningen. (2021). *Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen* (LOV-2021-06-11-78). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-78>
- 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) <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/2688578>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584/KAPITTEL_2#%C2%A74
- Gjellan, M., Melsom, P. (2017, 11. Mai) Unge misfornøyde med seksualundervisninga: Lærer ikke om voldtekt på skolen. *NRK*. https://www.nrk.no/norge/unge-misfornoyde-med-seksualundervisninga_-laerer-ikke-om-voldtekt-pa-skolen-1.13503309
- Glavin, K., Erdal, B. (2018) *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. (4.utg). Kommuneforlaget.
- Glavin, K., Kvarme, L, G. (2003) *Helsesøstertjenesten: Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Akribe Forlag.
- Granrud, M. D., Anderzèn-Carlsson, A., Bisholt, B., Steffenak, A. K. M (2019) Public health nurses' perceptions of interprofessional collaboration related to adolescents' mental health problems in secondary schools: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing* 28(15-16) 2899-2910. <https://doi.org/10.1111/jocn.14881>
- Halvorsen, E. M. (2008) *Didaktikk for grunnskolen* (Red.). Fagbokforlaget.
- Hayter, M., Piercy, H., Massey, M. T., Gregory, T (2008) School nurses and sex education: surveillance and disciplinary practices in primary schools. *Journal of Advanced Nursing* 61(3) 273-281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04495.x>
- Helsebiblioteket (u.å) CINHAL. <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>
- Helsedirektoratet (2017) *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det! Strategi for seksuell helse* (2017-2022). Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hiim, H., Hippe, E (2009) *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere* (3.utg.) Gyldendal Akademisk

Hoeyer, K. (2009) Informed Consent: The Making of a Ubiquitous Rule in Medical Practice. *Organization* 16(2) 267-288. <https://doi.org/10.1177%2F1350508408100478>

Hynek, K. A., Malmberg-Heimonen, I., Tøge, A. G (2020) Improving interprofessional collaboration in Norwegian primary schools: A cluster-randomized study evaluating effects of the LOG model on teachers' perceptions of interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 1-10. [Online før printing] <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1708281>

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T.W., Rasmussen, E. B. (2018) *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.

Johannessen, B. & Skotheim, T. (2019). Tverrfaglig og tverretatlig arbeid i skolen – behovet for en begrepsavklaring. *Bedre Skole*, 31(1).

Klein, J., Sendall, M. C., Fleming, M., Lindstone, J., Domocol, M (2012) School nurses and health education: the classroom experience. *Health education journal* 72(6). 708-715. <http://dx.doi.org/10.1177/0017896912460931>

Kvale, S., Brinkmann, S. (2019) *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag

Kvarme, L. G. (2016) Helsesøstertjenesten i skolen. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten, helsesøstertjenesten og hjemmesykepleie* (s. 73-85). Fagbokforlaget.

Lassemo, E., Melby, L. (2020) Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: status, utvikling og behov. <https://www.nosf.no/sites/default/files/inline-images/k7u0rhX13jGNX617UZd9dcBbNNjrzTPxPzSO2ilW6o5a4AqsHz.pdf>

Lauvås, K., Lauvås, P (2004) *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Leuven, E., Oosterbek, H., Rønning, M (2008) Quasi-experimental Estimates of the Effect of Class Size on Achievement in Norway. *The Scandinavian Journal of Economics* 110 (4) 663-693. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9442.2008.00556.x>

Mach-Zagal, R (2009a) Indsigt i almene læreprocesser. I R. Mach-Zagal & T. Saugstad (Red.), *Sundhedspædagogik for praktikere* (s. 141-168) (3.utg.). Munksgaard Danmark.

- Mach-Zagal, R (2009b) Ungdom, senmodernitet og sundhedspraktikeren. I R. Mach-Zagal & T. Saugstad (Red.), *Sundhedspædagogik for praktikere* (s. 127-139) (3.utg). Munksgaard Danmark.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Universitetsforlaget.
- Mellin, E. A., Ball, A., Iachini, A., Togno, N. & Rodriguez, A. M. (2017). Teachers' experiences collaborating in expanded school mental health: Implications for practice, policy and research. *Advances in School Mental Health Promotion* 10(1), 85-98. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2016.1246194>
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American journal of community psychology*, 50(3-4), 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- NEM (2009) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- NOU 2019: 3. (2019) *Nye sjanser- bedre læring: Kjønnforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp*. Kunnskapsdepartementet.
- NSD (u.å) *Sjekkliste før innsending av meldeskjema*.
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-innsending-av-meldeskjema/>
- Norsk sykepleierforbund (u.å) *Helsesykepleiere og utdanning til helsesykepleiere*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/helsesykepleiere-og-utdanning-til-helsesykepleier>
- Nåden, D. (1992) *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i sjukepleieforskning*. Universitetsforlaget
- Omhelse (u.å) *Den didaktiske relasjonsmodellen*. Hentet fra <https://omhelse.no/den-didaktiske-relasjonsmodellen/>
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa* (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringslov>
- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2.utg). Cappelen Damm.
- Onyett, R. & Ford, S. (1996). Multidisciplinary community teams: Where is the wreckage? *Journal of Mental Health*, 5(1), 47-56. <https://doi.org/10.1080/09638239650037180>

- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F., Beck, C. T (2020) *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg). Wolters Kluwer.
- Rekportalen (u.å) Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. <https://rekportalen.no/>
- Saugstad, T. (2009a) Handlingens didaktik. I R. Mach-Zagal & T. Saugstad (Red.), *Sundhedspædagogik for praktikere* (s. 93-106) (3.utg). Munksgaard Danmark.
- Saugstad, T. (2009b) Pædagogik og det senmoderne samfund. I R. Mach-Zagal & T. Saugstad (Red.), *Sundhedspædagogik for praktikere* (s. 15-32) (3.utg). Munksgaard Danmark.
- Saugstad, T. (2009c) Sundhedspædagogiske overvejelser. I R. Mach-Zagal & T. Saugstad (Red.), *Sundhedspædagogik for praktikere* (s. 33-51) (3.utg). Munksgaard Danmark
- Sex og samfunn (2022, februar) *Seksualitetsundervisning i skolen: en kartlegging av elevers og læreres erfaringer og ønsker*. <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2022/02/Rapport-seksualitetsundervisning-i-skolen.pdf>
- Silivri, M., Wirf, T., Hodges, E. A., Fredholm, Y. S., Björk, M (2021) Conversations about sexual and reproductive rights: From a school nurse perspective. *The journal of school nursing* 0(0). 1-9. <https://doi.org/10.1177%2F105984052111029252>
- Skundberg-Kletthagen, H., Moen, Ø. L (2017) Mental health work in school health services and schoolnurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing* 26(23-24). 5044-5051. <https://doi.org/10.1111/jocn.14004>
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjonsog skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/is-1154_2619a.pdf
- Stenslie, S. (2020, 13. februar) Gi oss en sexpositiv seksualitetsundervisning! VG. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/LA0Vmo/gi-oss-en-sexpositiv-seksualitetsundervisning>
- Stubberud, E., Aarbakke, M. H., Bang Svendsen, S. H., Johannesen, N., Hammeren, G. R (2017) Styrking av seksualitetsundervisning i skolen: en evalueringsrapport om bruken av undervisningsopplegget «Uke 6». KUN. http://www.kun.no/uploads/7/2/2/3/72237499/stubberud_mfl_2018_-_styrking_av_seksualitetsundervisningen_i_skolen.pdf
- Thornquist, E. (2018) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg). Fagbokforlaget

- Thrana, H. M (2008) *Vil jeg bestemme? Om barn og unges medvirkning*. Gyldendal Akademisk
- Tjora, A. (2021) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg). Gyldendal
- Torjusen, A., Eckhoff, R. (2016, 12. September) Møter gutter som ikke vet hvordan mensene fungerer. *NRK*. <https://www.nrk.no/livsstil/sju-av-ti-grunnskolelaerere---seksualundervisningen-er-for-darlig-1.13127799>
- UiT (2019) *Retningslinjer for personvern i forskings- og studentprosjekt*. https://uit.no/forskning/art?dim=179056&p_document_id=604029#kap08
- UiT (2021) *Forskningsdataportalen UiT*. https://uit.no/forskning/art?dim=236443&p_document_id=521580
- UiT (u.å) *Informasjonssikkerhet og personvern ved UiT*. https://uit.no/om/informasjonnssikkerhet#innhold_675089
- Universitetet i Oslo (2016) *Generelt om personvern*. <https://www.uio.no/foransatte/arbeidssstotte/personvern/meir-om-personvern/generelt-om-personvern#toc3>
- Universitetet i Oslo (2018) *Klassifisering av data og informasjon*. <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/lsis/tillegg/lagring/infoklasser.html>
- Universitetet i Oslo (u.å) *Nettskjema*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Utdanningsdirektoratet (2020) *Læreplan i naturfag (NAT1-04)* <https://www.udir.no/lk20/nat01-04?lang=nob>
- Wistoft, K. (2009) *Sundhedspædagogik: viden og værdier*. Hans Reitzels Forlag
- World Health Organization (2015) *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf?sequence=1
- World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zahavi, D. (2003) *Fænomenologi*. Roskilde Universitetsforlag

Vedlegg 1

Søkelogg

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
«Interprofessional collaboration school»	09.01.2021	Google Scholar	58400	15	2	1
«Teacher collaboration nurse»	09.01.2021	Google Scholar	157000	9	1	1
«Public health nurse» AND «collaboration»	13.01.2021	CINAHL	213	10	6	3
«Interprofessional collaboration» AND «school»	13.01.2021	CINAHL	170	5	3	1
«School nurse» AND «sex education»	13.01.2021	CINAHL	159	8	4	2
«School nurse collaboration»	22.01.2021	Cochrane	85	8	2	1
«Public health nurse sexual education»	19.04.2022	Google Scholar	452000	4	0	0
«School nurse sex education experience»	19.04.2022	Google Scholar	1090000	9	5	3
«School nurse or public health nurse» AND «sex education or sexual education» AND «experience»	20.04.2022	CINAHL	31	2	1	0
«School nurse» AND «sex education»	20.04.2022	Cochrane	53	2	0	0

Vedlegg 2

Intervjuguide

- Hvor lang erfaring har du i yrket?
- I hvor lang tid har du jobbet i denne skolen?
- Kan du fortelle litt om hvordan du opplever du det tverrfaglige samarbeidet med lærere?
- Hva tenker du kan fremme det tverrfaglige samarbeidet med lærer?
- Hvilke tanker har du om hvilke faktorer som svekker det tverrfaglige samarbeidet med lærer?
- Har du opplevd at tverrfaglige samarbeid med lærer har vært utfordrende, og hvis ja, kan du fortelle noen spesifikke situasjoner?
- Noen vil kanskje si at skolen er lærerens arena. Hvordan tenker du at dette kan påvirke det tverrfaglige samarbeidet?
- Hvem mener du bør ta initiativ for å etablere et samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen når det kommer til undervisning?
- Kan du fortelle om en episode der du tenker du burde ha samarbeidet med lærer?
- Kan du fortelle meg om en gang du opplevde at du synes det var nyttig å samarbeide tverrfaglig i skolen?

- Kan du si litt om hvilke tema du snakker om til ungdommene når du underviser i seksuell helse, og hva du legger vekt på?
- Hvilke metoder bruker du når du underviser? (Klasseromsundervisning, gruppearbeid etc.)
- Kan du fortelle om hvordan du opplever å undervise i seksuell helse i ungdomsskolen?
- Opplever du barrierer for å gi undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen, og kan du i så fall si litt om hvilke barrierer det er?
- Kjenner du til naturfaglærerens kompetanse i seksuell helse?
- Hvordan vil du si at din egen kompetanse i seksuell helse er?
- Har du noen gang samarbeidet med andre yrkesgrupper ved å gi undervisning i seksuell helse, og i så fall hvilke?
- Hvordan ser du på muligheten for å samarbeide med lærer i å lage undervisningsopplegg i seksuell helse?
- Finnes det barrierer for å samarbeide med lærer i undervisning i seksuell helse?
-Hvordan tror du elevene ser på det at lærer og helsesykepleier sammen underviser i seksuell helse? Hvordan tror du det kan påvirke deres deltakelse i timen?
- Tror du innholdet i seksualitetsundervisningen hadde vært annerledes om du samarbeidet med lærer om å lage et undervisningsopplegg, og i såfall på hvilken måte?

Vedlegg 3

Mail til kommunene i forbindelse med rekruttering av helsesykepleiere

Hei!

Mitt navn er Henriette Flatsetø, og jeg er student ved UiT. I forbindelse med mitt mastergradsprosjekt i helsesykepleie, ønsker jeg å rekruttere helsesykepleiere til et intervju som omhandler tverrfaglig samarbeid i undervisning i seksuell helse i ungdomsskolen.

Prosjektet er godkjent av NSD.

Mitt spørsmål er om det er i orden at jeg bruker NN kommune i mitt rekrutteringsarbeid, og om det er noen over deg igjen som trenger informasjon om at det foregår rekruttering av helsesykepleiere til denne studien?

Vedlagt ligger informasjonsskriv og samtykkeskjema som skal brukes i prosjektet.

Med vennlig hilsen

Henriette Flatsetø

Vedlegg 4

Vil du delta i forskningsprosjektet «Tverrfaglig samarbeid i undervisning om seksuell helse»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsesykepleieres opplevelser med, og perspektiver på tverrfaglig samarbeid i undervisning i seksuell helse. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg studerer helsesykepleie ved UiT og denne studien er mitt mastergradsprosjekt. Formålet er å beskrive hvilke erfaringer helsesykepleiere har med tverrfaglig samarbeid i undervisning om seksuell helse i ungdomsskolen. Bakgrunnen for temaet er at tverrfaglig samarbeid i undervisning er anbefalt i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og derfor vil jeg undersøke hvordan dette er i praksis.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg skal intervjuer helsesykepleiere i dette prosjektet. Jeg spør deg om å delta fordi du er helsesykepleier som jobber ved en ungdomsskole og har erfaring med å undervise i seksuell helse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden i dette prosjektet er semistrukturerte intervju. Hvis du velger å delta vil intervjuet ta ca. 45 minutt. Jeg ønsker å ta opp intervjuet med en lydopptaker som er knyttet til nettskjema.no. Jeg ønsker også å ta noen notat på papir underveis.

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. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsgiver.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være min veileder og jeg som har tilgang til dine opplysninger. Jeg sikrer at uvedkommende ikke får tilgang til personopplysningene ved at jeg bruker nettskjema.no for lagring av intervjuene, samt at jeg erstatter ditt navn og dine kontaktopplysninger i notatet med en kode som jeg lagrer på en navneliste adskilt fra øvrige data. Jeg vil anonymisere både deg og skolen, slik at det ikke blir publisert opplysninger om dette

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 27.05.2023, og opptak, navnelister og notater vil da bli slettet.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Universitetet i Tromsø ved student Henriette Flatsetø. Epost: hfl010@uit.no, eller veileder Runa Anneli Andersen. Epost: runa.a.andersen@uit.no

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold. Epost: personvernombud@uit.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

Runa Anneli Andersen
(Forsker/veileder)

Henriette Flatsetø
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Tverrfaglig samarbeid i undervisning om seksuell helse*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5

Vurdering

Referansenummer

538195

Prosjekttittel

Tverrfaglig samarbeid mellom helsesykepleier og lærer i undervisning i seksuell helse

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Runa Anneli Andersen, runa.a.andersen@uit.no, tlf: 95965518

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Henriette Flatseto, henriettefl@live.no, tlf: 47769708

Prosjektperiode

01.09.2021 - 27.05.2023

Vurdering (2)

12.11.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 02.11.2021.

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 med vedlegg den 12.11.2021. Behandlingen kan fortsette.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen

Lykke til videre med prosjektet!

27.08.2021 - Vurdert

Vedlegg 6

Prosjektnavn: Tverrfaglig samarbeid i undervisning i seksuell helse
Student: Henriette Flatseta
Veiledere(a): Runa Annell Andersen

Utsagn	Hvem er dette aktuelt for?	Uønsket hendelse (risikoenhet)	Hvorfor kan dette skje?	Hvordan kan det oppdages?	Risikonivå				Hva kan gjøres for å unngå dette?
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Risiko (1-16)	Ungå	
		Hva kan skje? Hva er det uønskede resultatet? Hvilke ting oppstår?	Hvorfor kan det skje?	Hvordan kan det oppdages?	1-4	1-4	1-16	Ungå	
1	Alle	Studenten bruker eller prøver å bruke et alternativt oppsett som ikke er godkjent av NSD (RIS)	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring. Studentene har ikke fått tilstrekkelig inn i UTS retningslinjer for databehandling.	Opplysninger om behandlingen (statistikk, analyse) er tilgjengelig for å undersøke endringer av oppsettet.	1	3	3	4	Studenten må sette og tilstrekkelig inn i UTS retningslinjer for databehandling. Studentene har fått opplæring når prosjektet ble skrevet om at det må brukes NSD når NSD. Studentene har hatt veiledningene for søknad til NSD ble sendt. NSD har godkjent dette prosjektet.
2	Alle	Studenten inkluderer ikke informert samtykke før intervjuet gjennomføres	Studenten glemmer å samle inn offentlig samtykke. Studentene glemmer å spørre etter offentlig samtykke på lyd/video-opptak	Det kan oppdages i rutine eller tilfeldig under veiledning	1	3	3	4	At studenten bruker samtykketjenesten til NSD for å innhente samtykke, og at samtykket dermed er skriftlig. Studentene lager no samtykketjeneste til hver deltaker, slik at deltakeren får ett skjematekst, og studenten får det andre.
3	Alle	Lyd/video-opptak kan komme på avveie	Opptak blir borte før data er overført og lagret	Hvis lydopptak blir tatt med telefon eller egen lydopptaker, kan det oppdages at det har kommet på avveie når man finner ut at man har mistet telefonen eller lydopptakeren	1	3	3	4	I dette prosjektet skal nettskjema og nettskjema brukes, og de er godkjent for god konfidensialitetsklasse. Dermed er risikoen lav for at data kan havne på avveie.
4	Alle	Studenten bruker en alternativ oppsettmetode som ikke er godkjent	Studenten er ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studentene sjekker ikke på TSD media capture/nettskjema eller det oppstår tekniske utfordringer i oppsettssituasjonen. Studentene har ikke gjennomført prøveopptak. Studentene har ikke prøvd ut godkjente alternative løsninger. Studentene velger en løsning de er trygge på, f.eks. egen telefon.	Hvis data lekker grunnnet at det ikke er brukt godkjente løsninger, kan det dermed bli oppdaget. Det kan oppdages at det har kommet på avveie når man finner ut at man har mistet telefonen eller lydopptakeren	1	3	3	4	I dette prosjektet er allerede prøveopptak med nettskjema gjort, og det er derfor sikret at dette fungerer rett før intervjuene for sikkerhetsskyld.
5	Alle	Personopplysninger kommer på avveie	Sammenheng mellom opplysninger ikke forsikringsmessig. Data sikres via passordform og kryptering på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forsikringsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studentene bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å lagre personopplysninger er for dårlige. Oppbevaringen om prosedyrene er for dårlige. Studentene lagrer data på områder som ikke er godkjent	Hvis personopplysninger kommer på avveie, kan dette bli oppdaget, og det kan ha negative konsekvenser for deltakerne i prosjektet dersom det skulle skje.	1	3	3	4	Sammenheng mellom opplysninger skal oppbevares med et passord. Det skal også gjøres nytt prøveopptak med nettskjema. Det er lite personopplysninger som blir innhentet i dette prosjektet, og informasjon som er på skolen helseveilederne jobber på vil bli anonymisert. Når data blir transferert, blir transaksjonene autentisert fortløpende.
6		Annet:							
7									
8	Studenter som skal lagre data i TSD	Lydopptak/data lagres ukryptert før eller ved overføring til TSD	Data krypteres ikke direkte på diktafon/kamera/minnekort før overføring. Diktafon/Kamera med ukryptert materiale sikres ikke tilstrekkelig, evt. materialet slettes ikke på sikker måte. Data mellomlagres på privat datamaskin eller ikke godkjent minnepenn. Data krypteres ikke med 7zip før overføring, og er derfor sårbar ved overføring, eller hvis de uforsvarende deles med andre studenter/veiledere inne i TSD.					0	
9	Studenter som skal lagre data i TSD	Studenten lagrer persondata på feil område inne på TSD	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Studentene importerer data til feil mappe/huker ikke av for lagring i egen mappe. Data er ikke kryptert før overføring til TSD. Veileder delepersoner data før de er flyttet til studentens eget område i TSD. Student eller veileder flytter data til feil mappe når de skal dele data med hverandre. Administrator (veileder) av området kan gi feil tilgang når TSD-området bestilles/administreres.					0	
10	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjemadata kommer på avveie	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Alle brukerne av området har tilgang til mappe for nettskjema innsendinger. Krypteringsnøkkel er tilgjengelig for studentene.					0	
11	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema eller TSD Media Capture, som skal brukes til lydopptak, fungerer ikke og medfører tap av forskningsdata	Studenten har ikke gjort seg kjent med funksjonen. Studentene har ikke gjort prøveopptak.					0	
12								0	
13								0	
14								0	
15	Studenter som lagrer data i Office 365	Lydopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et område som ikke er kryptert eller godkjent.					0	
16	Studenter som lagrer data i Office 365	Data krypteres ikke med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) (AIP), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studentene glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studentene får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og de krypterer filen av bekvemmelighets hensyn.					0	
17	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig	Prosjektleder har ikke tilgang til å slette data. Prosjektleder vet ikke hvor data er lagret. Studentene glemmer å slette data.					0	
18	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne kan få tilgang. Andre ansatte ved UTF kan få tilgang.	Lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes					0	
19		Annet:						0	
20	Alle	Resultat i oppgaven er ikke anonymisert	Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.	Det kan oppdages hvis noen kan gjenkjenne informantene i resultatdelen	2	3	3	5	Skolen de jobber på vil være identifisert, samt hvis det kommer frem navn eller annen informasjon som kan være gjenkjennerbar. Resultatdelen vil bli gjennomgått med veileder før masteroppgaven blir innlevert.
21	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape innregningsproblemer for institusjonen.	Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studentens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen. Studentene får ikke generert data som kan svare på problemstillingen. Frenstiltene bidrar ikke til å frembringe ny eller relevant kunnskap.	Det kan oppdages via veiledning dersom data som blir generert ikke svarer på problemstillingen.	1	1	1	2	Det skal rekrutteres helseveiledere fra ulike helsestasjoner, slik at det blir 6 informanter, og dette vil bli et hensiktsmessig utvalg. Problemstillingen etteroppgaver erfaringer, og derfor er kvalitativ metode hensiktsmessig og intervju vil gi resultater som kan svare på problemstillingen. Det er planlagt at det skal brukes tematisk analyse, noe som er hensiktsmessig når man er nybegynner, samt at det er i henhold til problemstillingen. Det er vanskelig å si på forhånd om resultatene ikke vil frembringe ny og relevant kunnskap, men det er lite forskning på dette området.
22		Helseveilederne blir rekruttert uten at kommunal ledelse er underrettet og har godkjent det	Studenten kontakter helseveilederne eller helsestasjon før kommunal ledelse er blitt kontaktet angående rekruttering	Det kan oppdages via veiledning eller studenten kan oppdage det selv, eller helsestasjonen oppdager at kommunen ikke er klar over at det utføres en rekruttering	1	1	1	2	Kommunal ledelse blir kontaktet og må godkjenne prosjektet før helsestasjonene blir kontaktet.

Risikotabeller

Sannsynlighet

Type	1-4	3-4	3-4	3-4	3-4
Problemer	En gang pr 5 år eller sjeldnere	En gang pr år eller sjeldnere	En gang pr måned eller sjeldnere	En gang pr uke eller sjeldnere	En gang pr dag eller sjeldnere
Betyrning	Jeg er ikke bekymret for...	Jeg er litt bekymret for...	Jeg er bekymret for...	Jeg er svært bekymret for...	Jeg er svært bekymret for...

Konsekvens

Konfidensialitet	Ungå eller minimal eksponering av sensitive informasjon eller ekskluderte personopplysninger	Eksponering av sensitive informasjon eller sensitive eller andre personopplysninger	Eksponering av sensitive informasjon eller sensitive eller andre personopplysninger	Eksponering av sensitive informasjon eller sensitive eller andre personopplysninger

