

**«De har behov for mer enn vi kan gi,
for vi har ikke kompetanse på det. Det
er jo et spesialfelt.»**

En kvalitativ studie om behov for sexologisk kompetanse i offentlig arbeid med barn og unge,

BERIT BULIEN JØRGENSEN

VEILEDER:
TOR-IVAR KARLSEN

Universitetet i Agder, 2023
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for psykososial helse

Master

Forord

Jeg er takknemlig, glad og stolt over å endelig kunne presentere min masteroppgave om sexologisk kompetanse i møte med barn og unge.

Å skrive denne oppgaven har vært en reise som jeg har gjennomført med stort engasjement, til tider en god dose frustrasjon. Men jeg sitter igjen med kunnskap og læring jeg ikke ville vært foruten.

Å få forske på et tema som engasjerer meg i stor grad har vært spennende og givende. Mye av bakgrunnskunnskapen for arbeidet har jeg tatt med meg fra egen arbeidsplass, en arbeidsplass jeg ikke kan rose godt nok. Takk til gode kollegaer og ikke minst til rause og engasjerte ledere. Jeg setter stor pris på oppmuntring og fleksibilitet i perioden jeg har jobbet med oppgaven.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder, professor Tor-Ivar Karlsen ved Universitetet i Agder, for din deling av kunnskap, og for god og lærerik veiledning underveis i prosessen.

Til slutt vil jeg takke en tålmodig heiagjeng på hjemmebane: min kjære mann Christian, våre fine barn Birk og Ada som har tålt at jeg har vært litt lite tilstedeværende mor i perioder, og til slutt min bauta av en mamma for all støtte og motiverende ord.

Jeg håper at denne masteroppgaven kan bidra til økt forståelse og bevissthet om betydningen av å satse på god og kompetent oppfølging av barn og unges seksuell helse.

Sammendrag

Hensikt: Det foreligger lite forskning på behov for sexologisk kompetanse i offentlig arbeid med barn og unge, og jeg har ikke funnet forskning som viser til norske forhold.

Bakgrunn: Nasjonale føringer for helse- og omsorgspersonell viser til seksuell helse som et sentralt område for arbeid med barn og unge. Gjennom eget arbeid som sexologisk rådgiver for barn og unge har jeg sett kollegaer og samarbeidspartnere uttrykke frustrasjon over manglende kompetanse på området.

Problemstilling: Hvordan beskrives behovet for sexologisk kompetanse av offentlig ansatte som arbeider med barn og unge?

Metode: Med kvalitativ forskningsmetode og fenomenologisk tilnærming har jeg gjennomført seks individuelle intervjuer med kollegaer og samarbeidspartnere for å innhente deres erfaringer knyttet til behov for sexologisk kompetanse i arbeid med barn og unge. Jeg har gjort en refleksiv tematisk innholdsanalyse av datamaterialet i henhold til Braun og Clarke.

Teori: Teorien jeg har tatt utgangspunkt i er Linda Lais teori om kompetanse som viser til en firedeling av komponenter innen kompetanse: kunnskap, ferdigheter, evne og holdninger.

Resultat: Analysen viste følgende tema; opplevelse av mangel på kunnskap og ferdigheter, tilstedeværelse av evne og holdninger, samt behov for spesialisert kompetanse. Disse ble abstrahert til følgende hovedfunn: Kunnskapsbehov, behov for praksis, behov for ekstern kompetanse.

Konklusjon: Funnene viser mangel på kunnskap om seksuell helse, men positive holdninger til å arbeide med seksuell helse, som igjen viser potensiale for intern kompetanseheving. Samtidig er det behov for spesialisert sexologisk kompetanse for å kunne bidra med opplæring av ansatte og å ta ansvar for komplekse utfordringer som dukker opp.

Nøkkelord: sexologi, kompetanse, barn, unge, seksuell helse, offentlig sexologisk arbeid

Abstract

Purpose: There is little research on the need for sexological competence in public work with children and adolescents, and I have not been able to find any research that shows to Norwegian conditions.

Background: National guidelines for health- and care workers refers to sexual health as a central area of work, when working with children and adolescents. Through my own work experience as a sexological counsellor for children and adolescents, I have seen colleagues and work partners express their frustration for lack of competence in this area.

Aim: How is the need for sexological competence described by public employees working with children and adolescents?

Method: Through qualitative research and a phenomenological approach, I have carried out six individual interviews with colleagues and work partners, to collect their experiences regarding the need for sexological competence when working with children and adolescents. I have analyzed the data according to Braun and Clarke's reflexive thematic analysis.

Theory: The theory I have taken as a starting point is Linda Lai's theory on competence which refers to a fourfold division of components within competence: knowledge, skills, ability and attitudes.

Result: The analysis showed the following three topics: the experience of lacking knowledge and skills, the presence of ability and attitudes, and the need for a wide range of sexological competence. These topics were abstracted as follows: Need for knowledge, need for practice and need for external competence.

Conclusion: There is a lack of knowledge on sexual health, but the informants' positive attitude towards working on matters of sexual health shows potential for skills development. At the same time, there is need for specialized sexological competence to contribute to teach staff and to work on complex matters on sexual health.

Keywords: sexology, competence, children, adolescent, sexual health, public sexological work

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn	6
1.1.1 Nasjonale føringer for seksuelt helse- og omsorgsarbeid med barn og unge	6
1.1.2 Seksuell helse i høyere utdanninger	12
1.1.3 Litteratursøk.....	13
1.2 Begrepsavklaring.....	13
1.2.1 Sexologisk kompetanse.....	13
1.2.2 PLISSIT	15
1.2.3 Seksuell helse	17
1.2.4 Sexologisk rådgiver	17
1.3 Problemstilling	17
2.0 Metode	19
2.1 Vitenskapsteori	19
2.2 Kvalitativ metode	20
2.3 Valg av informanter	20
2.4 Intervju.....	23
2.5 Dataanalyse.....	25
2.6 Forforståelse og «å forske på sine egne»	27
2.6.1 Forforståelse.....	27
2.6.2 Å forske på sine egne.....	28
2.7 Forskningsetiske forhold.....	30
3.0 Teori	32
4.0 Resultater	39
4.1 Kunnskapsbehov	42
4.1.1 Opplevelse av mangel på egen kompetanse	42
4.1.2 Lite kunnskap fra egen utdanning	43
4.1.3 Lite tidligere erfaring med sexologiske problemstillinger	44
4.2 Behov for å praktisere	45
4.2.1 Lav terskel for å snakke om seksuell helse	46
4.2.2 Ønske om å arbeide med seksuell helse.....	46
4.3 Behov for ekstern kompetanse.....	47
4.3.1 Behov for å hente inn klinisk sexologisk kompetanse	47
4.3.2 Behov for økt sexologisk kompetanse i sitt arbeid	48

4.3.3	Lett tilgjengelig sexologisk kompetanse	49
5.0	Drøfting	51
5.1	Behov for kompetanse.....	51
5.1.1	PLISSIT i praksis	57
5.2	Implikasjoner for praksis.....	59
5.3	Styrker og svakheter.....	61
6.0	Konklusjon	63
	Referanseliste	64
	Vedlegg I: Søkelogg EBSCO Host	66
	Vedlegg II: Intervjuguide	67
	Vedlegg III: Samtykkeskjema	69
	Vedlegg IV: Godkjenning NSD	72
	Vedlegg V: Godkjenning FEK.....	73

Figurer

Figur 1:	PLISSIT-modellen som fremstilt av Almås og Benestad	15
Figur 2:	Holistisk kompetansemodell (Le Deist & Winterton, 2005, s. 40)	33
Figur 3:	Sammenhengen mellom ulike kompetansekomponeanter (Lai, 2021, s. 51)	36
Figur 4:	Koder	39
Figur 5:	Temaer.....	40

Tabeller

Tabell 1.	Områder med behov for sexologisk kompetanse	14
Tabell 2.	Redegjørelse for PLISSIT-modellen (forklaring, eksempel og kompetansenivå).....	16
Tabell 3:	Holistisk kompetansemodell og Lais kompetansmodell	38
Tabell 4.	Studiens tre hovedfunn	41

1.0 Innledning

I 2016 lanserte daværende helse- og omsorgsminister «Snakk om det! Regjeringens strategi for seksuell helse (2017-2022)» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategien ble introdusert med engasjerende forord om seksualiteten som den fantastiske kraften i oss som kan gi god helse og livskvalitet. Planen for strategien var å sette seksuell helse på agendaen, og strategien hadde flere overordnede mål. Blant disse fantes mål om å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse for å ivareta egen seksuell helse, samt mål om å sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Strategien viste til statusrapport på seksuell helse i Norge og skrev at selv om offentligheten i større grad anerkjenner seksuell helse som en viktig del av den generelle helsen, ser man også at ulike tjenester imøtekommer oppfølging av seksuell helse i varierende grad. Fokus på seksuell helse i oppfølging, behandling og rehabilitering etterlyses, og tilgangen på informasjon og veiledning om seksuelle problemer og dysfunksjon viser seg også å være mangelfull (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Tilgang til kunnskap, informasjon og undervisning om seksualitet og seksuell helse er grunnleggende for å gi mennesker mestringskompetanse og kontroll over sin egen seksuelle og reproduktive helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 13).

Høsten 2019 startet jeg i en prosjektstilling som sexologisk rådgiver på en helsestasjon i en middels stor norsk kommune. Stillingen har siden denne gangen blitt en fast stilling. Svært få helsestasjoner i Norge har sexologiske rådgivere ansatt i egne stillinger dedikert til dette arbeidet. Allerede før stillingen ble opprettet, hadde jeg som sosionom i arbeid med barn og unge sett behovet for at seksualitet og seksuell helse ble satt på agendaen.

I mitt arbeid på helsestasjonen ble et tett samarbeid med helsesykepleierkollegaer raskt etablert. Samarbeidet hadde i de aller fleste tilfellene bakgrunn i at mine kollegaer så behov for sexologisk kompetanse.

Etter hvert som det ble kjent i kommunen vår at helsestasjonen hadde en egen sexologisk rådgiver, kom det gradvis flere antall henvendelser fra andre offentlige tjenester som arbeidet med barn og unge. Felles for henvendelsene var at fagpersonene som kontaktet meg hadde møtt på barn, unge og familier der det var behov for oppfølging og veiledning innenfor seksuell helse, og sett behov for å innhente sexologisk kompetanse. Denne formen for samarbeid har blitt en viktig del av stillingen min.

I mitt arbeid med barn og unge som sexologisk rådgiver på helsestasjon har jeg fått et behov for å dykke dypere inn i hvordan vi arbeider med barn og unge og seksuell helse, og blant annet har jeg lurt på: Klarer vi som helse- og omsorgsarbeidere å bidra til at barn og unge får oppleve mestring og kontroll i møte med egen seksuell helse? Har helse- og omsorgsarbeidere den nødvendige kompetansen for å oppnå målene som fremheves i strategi for seksuell helse? Dette er spørsmål jeg har hatt med meg som bakgrunn for å gjennomføre denne studien.

I utviklingen av min stilling som sexologisk rådgiver på helsestasjon, har Helsedirektoratet fulgt med fra sidelinjen for å se hva vi har fått til med en egen stilling for sexologisk rådgiver som er ansatt for å arbeide med barn og unge. Flere andre kommuner har tatt kontakt for å høre hvordan vi har etablert denne kommunale stillingen, ofte med en tanke om at det er behov for liknende tilbud i egen kommune. Det er derfor et viktig mål for denne studien at funnene kan være til nytte for andre kommuner som ønsker å utvikle sitt tilbud om oppfølging med sexologisk kompetanse i sine offentlige tjenester.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Nasjonale føringer for seksuelt helse- og omsorgsarbeid med barn og unge

Helsedirektoratet har inkludert seksuell helse i flere nasjonale føringer for helse- og omsorgsarbeid. Jeg har valgt å presentere noen av disse føringene her, for å vise en bredde i tjenester som forventes å ha kompetanse på området, samt hva hvilken konkret kompetanse på seksuell helse fagpersoner i helse- og omsorgsarbeid forventes å ha.

Seksuell folkehelse

«Nasjonale faglige råd for lokale folkehelse tiltak – veiviser for kommunen» (Helsedirektoratet, 2016) fremhever seksuell helse som et eget område for lokalt folkehelsearbeid. Det første rådet som presenteres innenfor lokalt folkehelsearbeid knyttet til seksuell helse viser til at kommunene bør integrere strategier for å fremme seksuell helse og rettigheter, og at dette bør være en del av det lokale folkehelsearbeidet innenfor de sektorene der det er relevant (Helsedirektoratet, 2016). Det fremheves at disse strategiene bør ta utgangspunkt i mål og tiltak som beskrives i strategien «Snakk om det! Strategi for seksuell helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Veiviser for kommunalt folkehelsearbeid nevner flere konkrete forslag til hvordan man kan arbeide for å utarbeide strategier for seksuell helse, blant annet ved at man kan integrere seksuell helse i kommunale planer og strategier. Man også kan fordele ansvar for implementering av tiltak knyttet til seksuell helse på relevante fagavdelinger i kommunen, og kommunen kan inkludere kurs, etter- og videreutdanning om seksualitet og seksuell helse i deres samlede kompetansehevingsplan (Helsedirektoratet, 2016).

Et annet råd som fremheves innen seksuell helse er:

Kommunen bør sikre at alle barn og unge får tilgang til helhetlig seksualitetsundervisning i barnehage og skole (Helsedirektoratet, 2016, s. 36).

Det vises blant annet til at UNESCO anbefaler en tilnærming til undervisning som følger elevenes kognitive, emosjonelle og fysiske modnings- og utviklingsnivå (Helsedirektoratet, 2016). Dette er viktige råd, som kan bidra til å sette sexologisk kompetanse på agendaen i offentlig tjeneste.

Arbeid på helsestasjon

I nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017) er seksuell helse et gjennomgående tema. For ansatte i helsestasjonens målgruppe 0-5 år anbefales det å gi foreldreveiledning om barns naturlige seksuelle utvikling ved 2- og 4-års-konsultasjonene. Helsesykepleiere som arbeider med denne

målgruppen skal også ha fokus på å avdekke seksuelle overgrep (Helsedirektoratet, 2017).

I skolehelsetjenesten står seksualitetsundervisning sentralt, med undervisning om pubertet, kropp og seksuell helse. Her anbefales det blant annet å benytte et kjønns- og legningsnøytralt språk, å være kultursensitiv, og å ta hensyn til blant annet funksjonsnedsettelse, etnisitet, kjønn og seksuell orientering. Fokus på seksuell helse anbefales i arbeid for å forebygge bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler. I helsesamtale på 8. trinn bør man komme inn på tema seksuell helse, kjæresteforhold, kjønnsidentitet og overgrep. Skolehelsetjenesten bør også opparbeide en åpen og inkluderende kultur for kjønns- og seksualitetsmangfold, benytte nøytralt språk og arbeide for å forebygge diskriminering på bakgrunn av dette. I tillegg anbefales ansatte i tjenesten å kunne veilede ungdom i bruk av prevensjon og forebygging av uønskede svangerskap. Dette arbeidsområdet har også helsestasjon for ungdom fokus på. Begge tjenestene bør ha et gjennomgående fokus på mulige seksuelle overgrep, eller kjønns- og seksualitetsmangfold som bakenforliggende årsak til at barn og unge tar kontakt (Helsedirektoratet, 2017).

Helsestasjon for ungdom anbefales å ha en oversikt over helsetilstanden til ungdom, og faktorer som kan ha innvirkning på ungdoms helse, herunder seksuell helse, samt å ha fokus på seksuell helse som bakenforliggende årsak for henvendelser. De anbefales også å gi ungdom veiledning og oppfølgingssamtaler om seksuell helse, herunder kropp, følelser, seksuelle overgrep og kjønns- og seksualitetsmangfold. Det er tydelig at nevnte retningslinje mener at ansatte på helsestasjon bør ha omfattende kompetanse på seksuell helse hos barn og unge, og dette stemmer godt overens med både hva som presenteres i strategien «Snakk om det! Strategi for seksuell helse» og hvordan veiviser for folkehelsearbeid belyser at vi skal arbeide med seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017).

Barnevernet

Behovet for fokus på seksuell helse belyses i «Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus» (Helsedirektoratet, 2020b). Det fokuseres i stor grad på avdekking og oppfølging av normbrytende seksualatferd. Dette fordrer kompetanse på seksuell helse, og det oppmuntres også til samarbeid med instanser som innehar nødvendig kompetanse.

Bakgrunn for forløpet er at barn som mottar hjelp fra barnevernet har høyere forekomst av utfordringer knyttet til disse områdene enn barn og unge i resten av befolkningen. De har også høyere forekomst av seksuell risikoatferd. Seksuell helse er et eget område som skal kartlegges og utredes i forløpet (Helsedirektoratet, 2020b). Ansatte i barnevernet skal tilstrebe å identifisere om barn og unge har vært utsatt for eller vitne til seksuell vold eller overgrep. Normbrytende seksualatferd, seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk nevnes som faktorer som kan føre til fysiske og psykiske helseproblemer (Helsedirektoratet, 2020b).

I det nasjonale forløpet listes det opp bekymringstegn og risikofaktorer som barnevernsansatte kan se etter, der konsekvensen kan være seksuelle helseproblemer hos barn og unge. Blant disse nevnes seksuell aktivitet før fylte 14 år og grenseoverskridende, krenkende, bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd. Møter mellom barnevern og barn/unge skal tilpasses ulike faktorer hos barnet. Noen av faktorene som nevnes er alder, modenhet, kjønn og seksuell orientering. Barnevernstjenesten skal samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere dersom det er nødvendig, slik at barn og unge får et helhetlig tjenestetilbud. Det nevnes eksplisitt at barnevernet kan koble på sexologisk kompetanse der det er tilgjengelig i kommunen. (Helsedirektoratet, 2020b).

Arbeid knyttet til kjønnsinkongruens

I 2020 kom Helsedirektoratet med «Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens». I begrunnelsen til retningslinjen fremheves de kommunale helse- og omsorgstjenestenes plikt til å «sørge for» nødvendige helse- og omsorgstjenester for personer som oppholder seg i kommunen (Helsedirektoratet, 2020a).

Første anbefaling i retningslinjen sier som følger:

Helsetjenesten og helsepersonell skal sørge for at personer med kjønnsinkongruens får oppfylt sine pasientrettigheter. Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og ivareta pasientens rett til medvirkning og selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2020a, s. 3).

Det vises til at ansvar for å sørge for tilgjengelige helsetjenester er delt mellom kommuner og regionale helseforetak. Blant konkrete tilbud som kan gis til personer

med kjønnsinkongruens nevnes blant annet at man skal tilby eller henvise til rådgivning hos helsepersonell med sexologisk kompetanse. Den neste anbefalingen tar for seg at helsehjelpen bør være organisert på et helhetlig vis, og at det finnes tilbud på alle tjenestenivåer, variert og tilpasset tilbud, samt at tilbudet er sammenhengende og koordinert. Helsestasjons-, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom nevnes spesifikt som en instans som kan gi informasjon og veilede (Helsedirektoratet, 2020a). Under anbefaling om at generelle prinsipper for utredning og behandling bør følges, nevnes at lavterskel helsehjelp kan arrangeres i kommuner, som for eksempel arbeide med å trygge barn, unge og voksne, individuelt eller ved å organisere samtale- eller støttegrupper. Det nevnes videre at helsehjelpen også ivaretas innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudene (Helsedirektoratet, 2020a).

I retningslinjen finner vi en anbefaling som går direkte på kompetanse hos helsepersonell som yter helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens, og anbefalingen sier at denne bør styrkes på alle tjenestenivåer. Dette innebærer kunnskap om kjønnsmangfold, kjennskap til aktuelle tilbud om kjønnsbekreftende helsehjelp, kunnskap om oppgavefordeling mellom tjenestenivåer, og kunnskap om lavterskeltilbud og støttende helsehjelp. Helsedirektoratet utdyper at kvaliteten på kunnskapen og hjelpen helsepersonell kan yte, har betydning både for levekår og livskvalitet hos personer med kjønnsinkongruens. Viktigheten av åpen holdning, anerkjennelse og vilje til å skaffe kunnskap hos helsepersonell understrekes. Under grunnleggende temaer innenfor kunnskap fremheves sexologisk kompetanse og kunnskap (Helsedirektoratet, 2020a).

Personer med utviklingshemming¹

Veilederen «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» har som overordnet mål å bidra til at personer med utviklingshemming og deres familier får leve gode liv som tar utgangspunkt i egne forutsetninger, ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2021). Veilederen tar for seg flere områder innen seksuell helse. Blant annet beskriver den lovkrav som sier at alle skal ha likeverdige helse- og

¹ Veilederen benytter begrepet utviklingshemming, og jeg vil derfor benytte dette begrepet i dette delkapittelet. I resten av studien velger jeg å benytte begrepene funksjonsevne og funksjonsvariasjon.

omsorgstjenester uavhengig av flere faktorer, deriblant seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Helsedirektoratet, 2021).

I kapittelet som omhandler samarbeid og kompetanse sier veilederen at kommunen skal sørge for nok personell med rett kompetanse i møte med personer med utviklingshemming i helse- og omsorgstjenester. Det sies videre at kommunen må sørge for en felles grunnleggende kompetanse hos alle tjenesteytere, og blant sentrale kompetanseområder fremheves oppfølging av fysisk, psykisk og seksuell helse (Helsedirektoratet, 2021).

I overgang mellom tjenester når ungdom blir 18 år skal kommunen legge til rette for at dette blir en god opplevelse. Flere temaer skal kartlegges, planlegges og ansvar- og kompetanseoverføres mellom tjenester, og blant disse finner vi pubertet, kropp, kjønnsidentitet og seksualitet (Helsedirektoratet, 2021).

Veilederen har dedikert et helt kapittel til temaet seksuell helse hvor den stadfester at kommunen skal legge til rette for god seksuell helse hos personer med utviklingshemming. Videre kan man lese at seksuell helse er en grunnleggende dimensjon ved det å være menneske, og at barn, ungdom og unge voksne med utviklingshemming har behov for veiledning og opplæring om kropp, seksualitet, seksuell helse og kjønnsidentitet som er tilrettelagt og konkret. I ansvarliggjøring av aktører som skal bidra til dette nevnes barnehage, skole, helsestasjon, skolehelsetjenesten, fastlege, virksomheter som yter tjenester til personer med utviklingshemming og habiliteringstjenesten. De nevnte aktørene skal samarbeide på flere områder for å sikre tilpasset opplæring og veiledning innenfor flere temaer, deriblant følelser, grenser, kropp, seksualitet, kjønnsidentitet, seksuell orientering, seksuell nytelse, nettvett, graviditet, prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer. Virksomhetsleder skal sørge for at ansatte ser når det er behov for mer spesialisert kompetanse på seksualitet og utviklingshemming, og da skal fastlegen sørge for henvisning til habiliteringstjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Her ligger det en tydelig forventning til at habiliteringstjenesten har mer inngående kompetanse på seksualitet og seksuell helse.

Personer med utviklingshemming er en sårbar gruppe når det gjelder å bli utsatt for ulike former for vold og overgrep, deriblant også seksuelle overgrep. Kommunen skal

arbeide systematisk for å beskytte personer med utviklingshemming mot at dette kan skje. Forebyggende tiltak er blant annet tilrettelagt informasjon og undervisning om grenser, identitet og seksualitet, og opplæring i å gjenkjenne og å si kunne si ifra om overgrep (Helsedirektoratet, 2021). Kommunen skal arbeide for å forebygge at personer med utviklingshemming utvikler utfordrende atferd, og blant ulike former for utfordrende atferd nevnes problematisk eller skadelig seksuell atferd eller overgrep (Helsedirektoratet, 2021). Veilederen fremhever bredde og kompleksitet i områder som angår seksuell helse i arbeid med personer med utviklingshemming.

1.1.2 Seksuell helse i høyere utdanninger

Denne studien tar for seg behov for sexologisk kompetanse i arbeid med barn og unge. I desember 2022 ble det publisert en kartlegging som tok for seg tilstedeværelse av flere temaer innenfor sexologisk kompetanse i ulike høyere utdanninger, og kartleggingen er interessant å se i sammenheng med denne studiens datamateriale.

Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) er viktige for å ivareta menneskers seksuelle helse, reproduktive helse, seksuelle rettigheter, samt reproduktive rettigheter. Inkludering av SRHR i relevante utdanningsløp står blant annet sentralt i regjeringens strategi for seksuell helse. «Kartlegging av SRHR i forskrift og lokale program-, studie- og emneplaner for utvalgte utdanningsløp i Norge» presenterer ivaretagelse av SRHR i et utvalg norske utdanninger (Josefsson & Solberg, 2022). Kartleggingen tar utgangspunkt i to forskningsspørsmål:

I hvilken grad er SRHR ivaretatt i de utvalgte utdanningsløpene?

Hvilke forbedringsbehov viser kartleggingen?

(Josefsson & Solberg, 2022, s. 5)

Under kartleggingen analyserte forfatterne forskrifter, studieplaner og emneplaner for 59 utdanninger innen elleve fagfelt (jus, medisin, psykologi, politi, sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, vernepleie, sosialt arbeid, barnevernspedagog og farmasi). Målet var å kartlegge i hvilken grad fokus på SRHR var ivaretatt i de ulike studieforløpene. For å kartlegge ivaretagelse av SRHR benyttet de en liste med 68 SRHR-indikatorer og undersøkte hvilke av disse indikatorene som fantes i de ulike studienes utdanningsdokumenter. Noen eksempler på indikatorer var barn og

seksualitet, ungdom og seksualitet, sexologi, forebyggende arbeid innen seksuell helse, kjønnsinkongruens, seksualitet, samt seksualitet og funksjonsnedsettelse (Josefsson & Solberg, 2022).

Rapporten konkluderer med at kartleggingen av studieplanene er nedslående, da funnene viser at SRHR i stor grad ikke er inkludert. Det kommer frem at det mangler en tydelig forankring av en helhetlig ivaretagelse av undervisning om SRHR-indikatorer. Kartleggingen fremhever at dersom forankring og gjennomføring av undervisning i SRHR kommer på plass, kommer man nærmere å sikre kompetanseheving og kunnskap hos tjenester som møter befolkningen, som igjen kan øke ivaretagelse av befolkningens seksuelle helse og rettigheter (Josefsson & Solberg, 2022).

1.1.3 Litteratursøk

Tema for denne studien er offentlig sexologisk arbeid med barn og unge. Jeg har gjennomført ulike litteratursøk knyttet til sexologisk kompetanse i kommunal helsetjeneste, sexologisk kompetanse i arbeid med barn og unge, og sexologisk kompetanse generelt. Søkene ble gjort i metadatabasen EBSCO Host og jeg begrenset mine søk til databasene Cinahl full text og Medline, samt fagfellevurderte treff. Jeg benyttet flere ulike begreper som kunne være relevante for min studie, deriblant «offentlig» «sexolog*» og «kompetanse» «sexolog*», på både norsk og engelsk.

Treffene jeg fikk var begrenset, og dessverre var innholdet i disse ikke relevante for denne studien. Flere av funnene var knyttet til spesifikke diagnoser, tilstander og geografiske områder. De tok for seg en bredde av områder innenfor sexologisk kompetanse, men handlet mer om forekomst av seksualitet og tidvis praktisk tilretteleggelse, og ikke kompetansen som ligger til grunn for arbeidet, eller behovet for denne. En utfyllende oversikt over søkene jeg gjorde er presentert vedlegg I.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Sexologisk kompetanse

Det har vært utfordrende å finne en klar definisjon på hva sexologisk kompetanse er. Søk i ORIA på «sexologisk kompetanse» og «sexual competence» ga treff på totalt tre artikler, og ingen av disse presenterte en definisjon på begrepet.

I Elsa Almås' bok «sex og sexologi» (2004) beskrives noen områder hvor det er nødvendig å ha sexologisk kompetanse, som tar utgangspunkt i et forslag som ble fremmet av sexologen Woet Gianotten på den 6. europeiske sexologikongressen (EFS) på Kypros i 2002. Områdene beskrives, med mine eksempler, i tabell 1.

Tabell 1. Områder med behov for sexologisk kompetanse

Områder ¹	Eksempler
<i>Seksuelle dysfunksjoner</i>	Erekttil dysfunksjon, smerter ved samleie
<i>Kjønn</i>	Kjønnsinkongruens
<i>Seksuell orientering</i>	Mangfold i orientering og tiltrekning
<i>Parafili</i>	Tenningsmønster rettet mot objekter
<i>Forensisk sexologi</i>	Lovbrytende tenningsmønster
<i>Medisinsk sexologi</i>	Årsaker til og medisinsk behandling av seksuell dysfunksjon
<i>Rehabiliteringssexologi</i>	Bruk av seksuelle hjelpemidler
<i>Oncosexologi</i>	Seksualitet under og etter kreftbehandling

1. Gianotten, 2003 referert i Almås, 2004, s. 19

Dette viser at sexologi er et bredt fagfelt og jeg har valgt å ta utgangspunkt i følgende definisjon:

Sexologi er læren om menneskets seksuelle viten, holdninger, lyster, atferd og problemer, men betegnelsen er elastisk og dekker både over et forskningsfelt og en klinisk spesialitet med fokus på forebygging, utredning og behandling av seksuelle vansker og dysfunksjoner. (Graugaard et al., 2019, s. 13)

Definisjonen indikerer en betydelig bredde i sexologi som fagfelt og dermed også sexologisk kompetanse: Det handler både om klinisk arbeid, og samtidig om en bredere forståelse av seksualitet og seksuell helse.

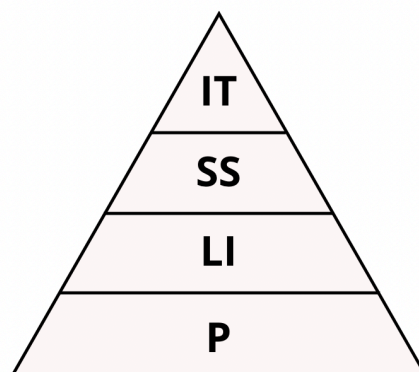
Universitetet i Agder, som er eneste universitetet i Norge med toårig videreutdanning i sexologi, beskriver på sin nettside ulike områder som man får grunnleggende og allsidig kunnskap i ved å gjennomføre studiet. Blant disse nevnes seksuell utvikling, seksuelt mangfold, grenseoverskridelser og kjønns mangfold. Det vises videre til at

man vil lære om sexologisk veiledning og profesjonell tilnærming til sexologiske temaer (*Universitetet i Agder, u. å.*).

1.2.2 PLISSIT

PLISSIT-modellen gir et grunnlag for refleksjon rundt samtaler og arbeid som omhandler seksuell helse, og arbeidet man utfører på de ulike nivåene henger tett sammen med kompetansen man innehar. Jeg finner den derfor relevant å ha med i denne studien, slik at den kan være med på å bringe inn perspektiver for ulike behov for kompetanse i arbeid med barn og unges seksuelle helse.

Modellen ble opprinnelig utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon og var formet som en trakt der tilnæringsmåtene ble sortert fra topp til bunn. Almås og Benestad (2017) har gjort denne modellen om til en pyramide der nivåene sorteres fra bunnen og opp. Tilnærmingen i modellen kan benyttes om seksualopplysning, rådgivning og behandling. Nivåene representerer metoder for arbeid med problemstillinger, samt ansvarsområder (Almås & Benestad, 2017).



Figur 1: PLISSIT-modellen som fremstilt av Almås og Benestad²

I tabell 2 har jeg forklart de ulike nivåene og illustrert dem med eksempler og kompetansenivå. Dette vil tas frem igjen i studiens drøftingskapittel.

² Denne figuren har jeg laget selv, etter modell fra Almås og Benestad (2017, s. 70).

Tabell 2. Redegjørelse for PLISSIT-modellen (forklaring, eksempel og kompetansenivå)

Nivå	Forklaring	Eksempel	Kompetansenivå
P – «Permission»	P-en i modellen står for «permission», altså å gi tillatelse. Dette kan gjelde både å gi en tillatelse til å snakke om seksualitet, og også til å være seksuell og ha spørsmål knyttet til seksualitet (Almås & Benestad, 2017).	Utover å direkte si at man kan snakke om seksuell helse, kan man man også gi tillatelse ved for eksempel å ha synlige brosjyre og plakater om seksualitet, regnbueflagg, eller rekvisitter knyttet til seksuell funksjon og seksualitet.	Det er begrenset hvor mye sexologisk kompetanse man har behov for å ha for å gi tillatelse til å snakke om seksualitet, men det er viktig at fagpersonen selv er komfortabel med tematikken for at det skal bli en trygg opplevelse.
LI – «Limited Information»	LI står for å gi begrenset informasjon til personene man møter, og dette nivået vil blant annet ha fokus på å opplyse om ulike elementer knyttet til seksualitet (Almås & Benestad, 2017).	I møte med barn og unge som er usikre på om det de opplever er normalt, kan begrenset informasjon være å bekrefte at det er mange som har liknende opplevelser som det vedkommende går igjennom.	For å kunne gi begrenset informasjon til barn og unge bør fagpersonen de møter ha en viss grad av kompetanse slik at de kan være trygge på at informasjonen de gir er riktig.
SS – «Specific Suggestions»	SS er et nivå som innebærer at man kan gi spesifikke, konkrete forslag til hvordan personen man møter kan forholde seg til situasjonen den står overfor. Dette kan være i etterkant av medisinske undersøkelser, eller konkrete forslag til videre oppfølging av utfordringen som presenteres (Almås & Benestad, 2017).	I eksempler der unge erfarer smerter under samleie kan spesifikk informasjon være å råde dem til legeundersøkelse for å utelukke fysiske årsaker, og deretter anbefale konkrete øvelser, samt gi veilednings- og støttesamtaler. Ved prematur ejakulasjon kan konkrete forslag være veiledning i start/stoppteknikk for å utsette ejakulasjon.	For å gi spesifikke forslag må man ha et høyere nivå av kompetanse enn på foregående nivåer.
IT – «Intensive Therapy»	IT er øverste nivå, og her utføres intensiv terapi, eller spesialisert behandling. Dette kan blant annet være seksualterapi eller parterapi, og denne behandlingen skal kun tilbys der man har riktig kompetanse til å gjennomføre det.	Uten rette terapeutiske kompetanse skal man ikke arbeide med problemstillinger der det er behov for intensiv terapi. Likevel kan det være viktig å ha en bevissthet rundt når man skal henvise til personer som tilbyr terapi. Et eksempel kan være for å bearbeide traume knyttet til seksuelle overgrep.	Dersom man ikke har riktig kompetanse er det viktig å samarbeide med faggrupper som innehar kompetansen (Almås & Benestad, 2017).

1.2.3 Seksuell helse

Definisjonen av seksuell helse som jeg oftest kommer over i mitt arbeid og mine studier er Verden Helseorganisasjons (WHO) definisjon. Helsedirektoratet har oversatt denne til norsk, og på sin nettside der de utdyper sentrale begreper på seksuell helse-området viser de til WHOS arbeidsdefinisjon som følger:

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Det er ikke kun fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonsnedsettelse. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, herunder muligheten til å ha lystfylte og trygge seksuelle opplevelser, frie for tvang, diskriminering og vold (Helsedirektoratet, 2023).

Helsedirektoratet viser videre til at definisjonen vektlegger en positiv og respektfull tilnærming, at tilnærmingen går utover det fysiske og at det helhetlige og positive perspektivet som WHO presenterer, knytter seksuell helse tett sammen med seksuell velvære (Helsedirektoratet, 2023).

1.2.4 Sexologisk rådgiver

Sexolog er ikke en beskyttet tittel, noe som i prinsippet betyr at alle kan kalle seg dette. Det finnes en autorisasjonsordning man kan søke gjennom den nordiske sexologiforeningen (NACS) og gjennom denne ordningen kan man da kalle seg «spesialist i sexologisk rådgivning NACS» (NFKS, u. å.).

Kriterier for godkjenning er treårig helse- eller sosialfaglig utdanning, minimum 60 studiepoeng (ECTS) videreutdanning i sexologi fra høyskole/universitet, erfaring fra klinisk sexologisk arbeid, samt veiledning (NFKS, u. å.). Når jeg henviser til begrepet sexologisk rådgiver i min oppgave, viser jeg til en spesialist i sexologisk rådgivning NACS, eller eventuelt en person som fyller de nevnte kriteriene, men ikke har mottatt NACS-godkjenning.

1.3 Problemstilling

Etter å ha sett på bakgrunns materialet er det en ting som er tydelig: Seksuell helse skal være et sentralt fokus når vi arbeider med barn og unge. Nasjonale føringer viser til forventninger om at ansatte i helse- og omsorgssektoren skal arbeide for å ivareta barn og unges seksuelle helse.

Vi vet derimot lite om hvorvidt ansatte i de ulike offentlige tjenestene faktisk opplever å ha kompetanse til å møte disse forventningene, eller om de ser behov for kompetanse utover den de innehar. Det synes også å foreligge lite forskningsbasert kunnskap på dette feltet, og jeg har ikke funnet tilgjengelig forskning som omhandler norske forhold. Jeg ønsker å se nærmere på dette, og har derfor valgt følgende problemstilling:

Hvordan beskrives behovet for sexologisk kompetanse av offentlig ansatte som arbeider med barn og unge?

2.0 Metode

I søken etter behov for sexologisk kompetanse i offentlige tjenester for barn og unge har jeg gjennomført en kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming. Jeg har benyttet meg av semistrukturerte intervjuer for å innhente data, og har analysert datamaterialet i henhold til refleksiv tematisk analyse.

2.1 Vitenskapsteori

Jeg har i min studie innhentet beskrivelser av behov for sexologisk kompetanse. Som vitenskapsteoretisk ståsted har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming. Jeg ønsker å få informasjon om behov for sexologisk kompetanse slik det erfares av personen som beskriver behovet. I fenomenologien står bevisstheten sentral i hvordan vi tilegner oss ny kunnskap og danner erfaringer. Edvard Husserl, grunnlegger av fenomenologien, var opptatt av å studere bevisstheten og den måten fenomener oppleves i møte med bevisstheten. Husserl mente at alle møter med fenomener går veien om bevissthet, og bevisstheten preges av *intensjonalitet*; den er aldri tom, men alltid rettet mot noe (Thornquist, 2018). Jeg søker å få vite hvordan tanker og erfaringer med behov for sexologisk kompetanse viser seg for mine informanter.

Informasjonen informantene har delt er formet i deres *livsverden*. Husserl mente at livsverdenen vår handlet om en grunnleggende og ureflektert forståelse av verden – den delen av verden som vi sjelden ser behov for å analysere, men likevel er en del av og blir farget av. Det er den verden vi lever i til daglig, den verden hvor vi kjenner oss fortrolig (Thornquist, 2018). Informantenes livsverden er med å påvirke hvordan de ser på behov for sexologisk kompetanse. De har ikke nødvendigvis selv vært bevisste på livsverdenen de har hatt med seg. Likevel har jeg som forsker kunnet etterstrebe å komme enda dypere i kunnskapen om deres erfaringer ved søke å forstå deres livsverden, og å være bevisst at denne livsverdenen påvirker deres beskrivelser.

Husserl introduserte også begrepet *epoché*, som betyr «å sette i parentes». Dette kan forklares som å legge til side egeninteresser i søken etter kunnskap, og på denne måten sette parentes rundt dem. Målet er å motvirke forutinntatthet og overforenkling (Thornquist, 2018). Jeg kommer inn i denne studien med en forforståelse, og det er viktig at jeg er bevisst å sette parentes rundt denne. Egne

tanker og erfaringer jeg har med meg skal ikke påvirke hvordan jeg tar imot informantenes erfaringsdeling.

2.2 Kvalitativ metode

Årsaken til at jeg har valgt kvalitativ metode for min studie, er at jeg søker å få kunnskap om et nytt felt gjennom innhenting av data knyttet til erfaringer og forståelse (Flick, 2018). I kvalitativ forskning er det vanlig at forskere har med seg et sett med antakelser som styrer deres forskning. Samtidig vil kvalitativ forskning innebære at forskeren forsøker å danne seg et helhetlig bilde av perspektivet som informantene presenterer (Postholm, 2010). Jeg går inn i denne studien med en forforståelse, blant annet basert på antakelser knyttet til problemstillingen min. Samtidig ønsker jeg gjennom kvalitativ metode og på bakgrunn av vitenskapelig teorivalg og valg knyttet til informantutvalg og gjennomføring av intervju, å få et bredt og helhetlig perspektiv på behov for sexologisk kompetanse i arbeid med barn og unge, basert på informantenes erfaringer.

2.3 Valg av informanter

I starten av arbeidet med denne studien vurderte jeg å kun intervju helseyskepleierkollegaer om behov for sexologisk kompetanse. Jeg hadde erfart at samarbeidet jeg hadde med mine kollegaer i seg selv utgjorde en bredde av temaer innenfor sexologi. Jeg så raskt at det var ønskelig med et bredere blikk på behov for sexologisk kompetanse i arbeid med barn og unge, utover hva kollegaer kunne dele. Jeg var innom tanken på å intervju ansatte i ulike kommunale tjenester. Da antall henvendelser om sexologisk bistand økte etter hvert som tilbudet ble kjent, og personene som kontaktet meg representerte flere tjenester på tvers av ulike sektorer, ønsket jeg å utvide utvalget enda mer. Jeg var nysgjerrig på tankene samarbeidspartnere kunne dele om behov for sexologisk kompetanse, og om ansatte i ulike tjenester ville gi en større bredde i erfaringer. Jeg valgte derfor et tverrsektorielt perspektiv i valg av informanter. I min prosess av å finne mulige informanter vurderte jeg følgende personer og tjenester:

Kollegaer på helsestasjonen

- helseyskepleier i skolehelsetjenesten
- helseyskepleier på helsestasjon for ungdom
- leder av ungdomshelsetjeneste

Samarbeidspartnere

- Barnevernstjenesten
- Mestrings- og habiliteringstjeneste
- ABUP – avdeling for barn og unges psykiske helse
- HABU – habilitering for barn og unge
- Kommunalt fritidstilbud
- Rådgivertjeneste ved videregående skole
- Fastlege
- Lærer
- Tjenester for barn og unge med nedsatt kognitiv funksjonsevne
- Psykisk helsetjeneste

Jeg var også inne på tanken om å intervju ansatte i offentlige tjenester for barn og unge som jeg ikke har vært i kontakt med. En fordel med dette kunne være at dette kunne gi et nytt perspektiv. Informanter jeg ikke har samarbeidet med kunne fortsatt delt tanker om opplevd behov, enten de opplevde at det var til stede eller ei. Samtidig ville det kunne gi en større grad av antakelser om hvordan tilgang på sexologisk kompetanse kan knyttes opp mot behovet. Kollegaer eller samarbeidspartnere som jeg har vært i kontakt med har imidlertid konkrete erfaringer å vise til når det gjelder å gjøre seg tanker om behov for sexologisk kompetanse i arbeid med barn og unge, og en strategisk seleksjon av informanter ble besluttet på bakgrunn av dette. For å begrense antall informanter til en passende gruppe for denne studien ble kriterier for informanter i denne studien ble som følger:

- Kollega eller samarbeidspartner
- Personen har kontaktet meg i et eller flere tilfeller for samarbeid i kliniske saker, veiledning knyttet til temaer og/eller undervisning innenfor sexologiske temaer

Med mål om å få en bredde i perspektivene utvalget delte, valgte jeg også å invitere informanter som har benyttet meg i ulik grad. Noen av informantene har involvert meg i et større antall saker andre i færre og jeg inviterte informanter på både ansatt- og ledelsesnivå. Jeg spurte seks personer om å delta i studien, og samtlige takket ja. Samtlige ble rekruttert ved at jeg tok direkte kontakt med dem.

Informantenes arbeidsområder var som følger:

- Helsestasjon
- Skolehelsetjeneste
- Barnevern
- Psykisk helsetjeneste
- Barn og unge med nedsatt kognitiv funksjonsevne
-

De hadde følgende grunnutdanninger:

- Sykepleier
- Spesialpedagog
- Sosionom
- Lærer
- Helsefagarbeider

De hadde også følgende videreutdanninger:

- Helsesykepleie
- Intensivsykepleie
- Lederutdanning
- Psykososialt arbeid barn og unge
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Veiledning
- Praktisk pedagogikk
- Sosialpedagogikk
- Coaching

For å opprettholde anonymiteten til informantene har jeg valgt å ikke koble opplysninger om arbeidssted, grunn- og videreutdanninger slik det i andre sammenhenger kunne være naturlig å gjøre. Det samme gjelder alder og kjønn da ingen av disse kriteriene vil påvirke resultater knyttet til min problemstilling.

I bruk av sitater vil de enkelte informantene vises til som informant 1-6, i tekst vil de ble omtalt som informanter, også dette for å ivareta anonymitet. Sitater vil bli gjengitt så nær sin opprinnelige form som mulig, men jeg vil omskrive dialekt og fjerne ikke-meningsbærende pauser og fyllord slik at sitatene blir sammenhengende, og ikke mister sitt innhold og informantens budskap.

2.4 Intervju

Jeg har valgt å innhente data ved hjelp av individuelle, semistrukturerte intervjuer. Brinkmann og Kvale (2018) deler opp intervju i to hovedkategorier: individuelle intervjuer og fokusgruppe. Jeg har valgt å gå for individuelle intervjuer. Hovedårsaken til dette var at jeg ønsket at hver enkelt informant skulle få dele sine egne tanker og erfaringer uten at dette ble påvirket av at andre var til stede.

Gjennom semistrukturerte intervjuer søker man å få ulike perspektiver på informantens livsverden. Forskeren oppmuntrer informantene til å beskrive så konkret som mulig hva de erfarer og føler. Spørsmålene samles i en intervjuguide, og de bør være åpne og fleksible, slik at informanten finner rom for å dele det den tenker er relevant (Flick, 2018). Før intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide som jeg benyttet som utgangspunkt for intervjuene (vedlegg II). I utarbeidelsen av intervjuguiden fokuserte jeg på hva jeg ønsket å få vite fra informantene for å besvare problemstillingen min: *hvordan beskrives behovet for sexologisk kompetanse av offentlig ansatte som arbeider med barn og unge?* Jeg fokuserte også på at jeg skulle stille spørsmålene slik at det åpnet for at informantene best mulig kunne dele sine erfaringer gjennom fri forklaring. Spørsmålene i intervjuguiden gikk blant annet inn på *om, når, hvordan* og *hvorfor* informantene erfarte at behov for sexologisk kompetanse kunne oppstå, og *hva* informantene la i begrepet sexologisk kompetanse.

Videre ønsket jeg å få vite hva informantenes tanker hadde vært i forkant av at de har tatt valget om å innhente sexologisk kompetanse. Jeg ønsket også å få vite hvordan det har påvirket arbeidet og sakene de har stått i. I tillegg var det interessant for meg å få vite hva informantene har gjort i liknende tilfeller der det ikke har vært mulig å koble på sexologisk kompetanse som en del av kommunens tilbud, i arbeid med barn og unge.

I forkant av intervjuene ble samtlige informanter tilsendt intervjuguide og samtykkeskjema (vedlegg III) per epost. Jeg oppmuntret dem til å ta kontakt dersom noe var uklart, og informerte om at jeg ønsket å innhente signerte samtykkeskjemaer før gjennomføring av intervjuene.

Informantene fikk selv velge hvor intervjuene skulle finne sted, og samtlige foretrakk egen arbeidsplass. På dagen da intervjuene skulle finne sted, dro jeg til de ulike informantenes arbeidsplasser. Det er viktig at det skapes en trygg relasjon som opprettholdes gjennom hele intervjuet (Brinkmann & Kvale, 2018). Dette etterstrebet jeg, og jeg opplevde for eksempel at det var viktig å ha tid til å småprate litt om løst og fast der det falt seg naturlig i starten av møtet. Deretter startet jeg selve intervjuprosessen med å muntlig oppsummere innholdet i samtykkeskjemaet med hver informant. Samtlige informanter hadde overlevert signert samtykkeskjema før intervjuet startet.

Jeg stilte spørsmålene som skrevet opp i intervjuguiden, og lot informantene svare med egne ord og i eget tempo. Intervjusituasjonen var uvant og jeg hadde fra før intervjuet startet innstilt meg på å ta en tilbakelemt posisjon i intervjuet, og å gi pauser. Dette ønsket jeg å gjøre for å forsikre meg om at informanten hadde delt alt den oppfattet som relevant til hvert spørsmål, og for at informanten kunne oppleve at det var rom for å tenke seg om. Med utgangspunkt i intervjuguiden ble det en god flyt i informasjonsdelingen.

Med informantenes tillatelse ble det gjort lydopptak av intervjuene. Intervjuenes lengde varierte noe, men de varte mellom en halv og én time. I de fleste tilfellene virket det som om spørsmålene var lett forståelige og kun i få tilfeller hadde informantene spørsmål til meg for å klarere om de hadde forstått riktig hvilken informasjon jeg etterspurte. Når intervjuene var ferdig takket jeg informantene for deltakelsen og understreket at de hadde anledning til å trekke seg når som helst mens studien utarbeides, også etter at intervju er gjennomført.

Etter gjennomført intervju var det tid for transkribering. Ved å transkribere, forberedte jeg innhentet data for analyse. Transkriberingsprosessen blir i mange tilfeller tillagt mindre fokus enn intervjusituasjonen, men er svært viktig for det videre arbeidet. Man mister blant annet noen deler av kommunikasjonen når man omgjør muntlig samtale til transkribert tekst, for eksempel får man ikke med tonefall, holdning, gestikulering eller ansiktsuttrykk (Brinkmann & Kvale, 2018). Jeg hadde planlagt intervjuene slik at jeg hadde studiedager i etterkant og kunne transkribere intervjuene i løpet av de neste par dagene. Jeg valgte i transkriberingen å ta med alle små ord og uttrykk som

informantene hadde uttrykt, for å gjengi samtalene mest mulig korrekt. Det transkriberte datamaterialet utgjorde 41 sider.

2.5 Dataanalyse

Jeg har i min studie valgt å ta utgangspunkt i refleksiv tematisk analyse, der sammenfatning, kategorisering og tolkning av meningen bak data vil være sentralt (Braun & Clarke, 2022). Jeg har valgt denne analysemetoden fordi jeg synes den har en god balanse mellom et oppsatt system og fleksibilitet innenfor dette systemet, da jeg ser at denne balansen kan bidra til å gi en god kode- og analyseprosess.

Tematisk analyse kan anses som et paraplybegrep for ulike tilnærminger der man kan identifisere mønstre, eller temaer, i sine datasett. I refleksiv tematisk analyse er forskerens subjektivitet en viktig faktor i en dynamisk kodeprosess, der man går i dybden, reflekterer over og engasjerer seg i innhentet data. Refleksiviteten i denne tematiske analysen innebærer en kritisk refleksjon på egen rolle som forsker, samt på forskningspraksis og -prosess. Braun og Clarke delte opprinnelig opp prosessen knyttet til tematisk analyse av data i seks faser som jeg kort vil gjenfortelle. Arbeidet med analyse knyttet til de seks fasene er ikke en lineær prosess, men heller en dynamisk prosess der man beveger seg mellom de ulike fasene (Braun & Clarke, 2022). Jeg har valgt å ta med de seks fasene i min beskrivelse av tematisk analyse, da jeg opplevde dem som oversiktlige holdepunkter i en dynamisk analyseprosess.

Gjøre seg kjent med datamaterialet

I starten av analysen skal man gå i dybden og gjøre seg kjent med datamaterialet man har samlet inn. Dette kan man gjøre når man transkribere data, men også gjennom å lese igjennom data flere ganger, lytte til eventuelle lydopptak gjentatte ganger, og å notere innledende ideer (Braun & Clarke, 2022). Min analyseprosess startet allerede under transkriberingen. Etter hver transkribering gjorde jeg meg notater om hva som kunne være viktige områder å fokusere på videre i analysen. Da alle intervjuene var transkribert leste jeg igjennom dem flere ganger for å bli godt kjent med datamaterialet.

Generere foreløpige koder

Koding er en systematisk prosess i refleksiv tematisk analyse. Man koder områder av interesse i all innhentet data på en systematisk måte, og samler all relevant data

knyttet til hver kode. I denne prosessen finner man blant annet frem til hvilke koder som er relevante for problemstillingen (Braun & Clarke, 2022). Først forsøkte jeg meg på å finne koder ved å benytte fargekoder i det transkriberte dokumentet. Dette ble ikke en hensiktsmessig fremgangsmåte for meg. Ved å lete etter koder i det transkriberte dokumentet, fant jeg det utfordrende å løse dem fra spørsmålene de hadde kommet frem i sammenheng med. Jeg hentet kodene ut og fristilte dem fra spørsmålene. En stor, hvit skyvedørsgarderobe i hjemmet mitt ble gjenstand for neste del av prosessen. Dørene ble dekket av tilfeldig plasserte gule lapper med mange ulike koder. Med de ulike kodene presentert i tilfeldig plassering på skyvedørene, ble de ikke lenger knyttet opp mot spørsmålene de hadde kommet som besvarelse på i intervjuene. Jeg begynte å systematisere koder og å se på dem opp mot problemstillingen min. Jeg beholdt relevante koder og luket ut kodene som ikke var relevante.

Finne frem til temaer

Neste steg er å samle koder til potensielle temaer. Det er viktig å sørge for at man får med all relevant data til hvert mulige tema. Man skal ikke forvente at temaene ligger klare for å åpenbare seg for forskeren, forskeren må lete og gå i dybden i sitt datasett (Braun & Clarke, 2022). Nå var det tid for å se etter temaer som kodene kunne samles under. I mitt tilfelle var det tre temaer som skilte seg ut etter å ha tatt for meg kodene jeg så langt hadde hentet ut.

Utvikle og vurdere temaene

Når man har fått et første inntrykk av hva temaene kan være, skal man vurdere om disse fungerer knyttet opp mot kodene man har trukket ut og opp mot det totale datasettet. Sentrale spørsmål man kan stille seg er om disse temaene understreker de viktigste mønstrene som har kommet frem i datamaterialet, knyttet til problemstillingen (Braun & Clarke, 2022). Jeg tok for meg temaene jeg hadde kommet frem til og gikk tilbake til det samlede datamaterialet. Her undersøkte jeg om disse temaene reflekterte hovedtrekk i hva mine informanter hadde delt med meg gjennom intervjuene. Jeg var åpen for å endre på koder og temaer, ut fra hva jeg fant ved å ta et steg tilbake og få et overblikk, og jeg fant da at temaene og deres innhold var godt dekkende for hva det samlede datamaterialet fortalte meg.

Definere og navngi temaene

I en pågående analyse kan man komme frem til tydelige definisjoner og titler på hvert tema. Her er det viktig å stille seg spørsmål som «hvilken historie forteller dette temaet?» og «hvordan passer temaet inn i min overordnede historie om datamaterialet?» (Braun & Clarke, 2022). For å navngi de ulike temaene gikk jeg inn i en prosess der jeg så på hva de ulike kodene fortalte oss om temaene. Kodene og temaene presenteres i Figur 5 (s. 40) i denne studien. Jeg knyttet temaene opp mot teorien jeg har valgt å bringe inn i denne oppgaven, da jeg så en viktig sammenheng her. Dette vurderte jeg igjen opp mot eksisterende forskning og kunnskap på området.

Skrive rapport

Rapporteringen i refleksiv tematisk analyse kan starte tidlig, ved at man skriver uformelle notater for egen del. Underveis i skriveprosessen spisses disse, og man skriver rapport der man velger ut eksempler og sitater. I rapporten illustrerer man hvordan funnene besvarer problemstillingen (Braun & Clarke, 2022). I mitt tilfelle hadde jeg gjort meg noen notater knyttet til rapportering tidligere i prosessen. Den fullstendige rapporten med koder, temaer og funn kommer frem i resultatdelen av denne studien.

2.6 Forforståelse og «å forske på sine egne»

Som introdusert i vitenskapeteorikapittelet har jeg med meg en forforståelse i møte med informantene. Jeg har fokusert på min forforståelse og etterstrebet å sette parentes rundt denne, samt vært bevisst utfordringer som kan dukke opp når man skal forske på «sine egne».

2.6.1 Forforståelse

I gjennomføringen av denne studien har jeg blant annet med meg min faglige bakgrunn. Jeg har en bachelor i sosialt arbeid, og videreutdanning i sexologi. Jeg har også arbeidserfaring som sexologisk rådgiver i arbeid med barn og unge, en stilling jeg har hatt siden 2019. Tidligere i min karriere har jeg også arbeidet med problemstillinger knyttet til seksuell helse, da jeg jobbet 7 år på Pro Sentret (nasjonalt kompetansesenter og Oslo kommunes hjelpetiltak for personer som selger sex).

I min grunnutdanning var seksuell helse ikke et tema. Jeg reagerte på dette allerede da jeg tok utdanningen, da jeg allerede i studiet hadde satt meg som mål å arbeide med personer som selger sex som ferdig utdannet sosionom.

I arbeidet på Pro Sentret opplevde jeg i stor grad at seksualitet og seksuell helse var et tema vi snakket mye om på egen arbeidsplass, men at både våre brukere og vi som ansatte opplevde at mange samarbeidende instanser i liten grad hadde kunnskap om dette, eller satte seksuell helse på agendaen.

Etter at jeg startet i arbeidet som sexologisk rådgiver på helsestasjon og parallelt tok videreutdanning i sexologi har seksuell helse vært hovedfokus for mitt arbeid. Jeg har gjort meg opp mange tanker om hvor behovet for sexologisk kompetanse kan ligge i møte med barn og unge. Noen ganger har jeg selv observert kompetansehull eller mangler i tilbud knyttet til seksuell helse hos barn og unge. Andre ganger har kollegaer eller samarbeidspartnere kommet innspill om behov for sexologisk kompetanse i ulike deler av tjenestetilbudet.

Etter at jeg ble ferdig utdannet har jeg også engasjert meg i Norsk Forening for Klinisk Sexologi, først som medlem, deretter i halvannet år som styremedlem. Dette har også gitt meg et unikt innblikk i fagfeltet sexologi, hvilken vei det sexologiske fagområdet har gått de siste årene og hvilke behov som fortsatt finnes for å styrke fagfeltets posisjon og rolle i samfunnet.

I tillegg til dette har jeg de siste årene undervist ved ulike universitetsutdanninger om hvordan man kan arbeide med barn og unge og seksuell helse.

Jeg har en forforståelse av at det er et behov for sexologisk kompetanse i arbeid med barn og unge. Jeg er klar over denne forforståelsen, og gjør en klar innsats for å ikke la den påvirke min interaksjon med informantene og analyse av data. Jeg gjennomfører denne studien med en oppriktig nysgjerrighet og et ønske om å få andre personers perspektiver på problemstillingen jeg presenterer.

2.6.2 Å forske på sine egne

Asbjørn Rachlew har forsket på metodiske og etiske utfordringer knyttet til å forske på sin egen profesjon (2010). Selv om mine informanter ikke har samme profesjon som meg, arbeider vi på de samme områdene og med samme målgruppe, og det er

flere aspekter ved denne forskningen som har vært nyttige for meg å ha med meg i utarbeidelse av intervjuguide og innhenting av datamateriale.

Å ha inngående forkunnskap til feltet man skal forske på kan til dels være en fordel i planleggingen av forskningen, men det kan også være en ulempe. Man kan risikere å ha en subjektiv oppfatning som ikke stemmer overens med informantenes beskrivelse, og gjennom dette miste essensiell kunnskap, dersom man for eksempel kun sitter med en liten del av forkunnskapen som informantene tar utgangspunkt i (Rachlew, 2010). Denne kunnskapen har blant annet bidratt til min avgjørelse om å spørre informantene om å presentere egne definisjoner og refleksjoner knyttet til hva som ligger i sexologisk kompetanse. På denne måten fikk de selv sette rammene for området jeg skulle kartlegge videre i intervjuene.

I møte med informanter kan inngående kjennskap til feltet være både en stor fordel og en stor utfordring. Forskeren vil ha med seg sin forforståelse, og dersom denne får ta opp mye plass vil den kunne være til hinder for møte med det overraskende og nye (Rachlew, 2010). Jeg har bevisst arbeidet for å legge min forforståelse til side i møte med informantene, og gi rom til min oppriktige nysgjerrighet og ønske om å få lære om deres erfaringer og beskrivelser.

Informantenes kjennskap til at forskeren har kunnskap om feltet kan skape usikkerhet ved at informanten kan finne det utfordrende å holde tilbake opplysninger eller presentere sannheten slik de ønsker (Rachlew, 2010). Det er ikke vanskelig å forstå at man kan kjenne på en usikkerhet i møte med en forsker man kjenner, for eksempel uttrykte et par informanter at de var usikre på om de skulle «klare å svare godt» på spørsmålene. Jeg har i disse situasjonene, og også til andre informanter, forsikret om at det ikke finnes noen fasitsvar på spørsmålene mine, og at informantens egne beskrivelser var akkurat det jeg ønsket å få høre om.

En nær relasjon mellom forsker og informant kan også føre til at informanter som har positive tanker om forsker gir informasjon som de tror forskeren ønsker, eller at informanter med negative tanker om forsker lar svarene påvirkes av dette (Rachlew, 2010). Dette er en viktig faktor å ha med seg i møte med informanter.

Det har vært utfordrende for meg å vite om relasjoner og/eller usikkerhet har påvirket svarene informantene har gitt meg. Jeg håper at jeg har klart å være tydelig i mitt

ønske og min nysgjerrighet på å innhente informantenes egne, ærlige erfaringer og tanker. Jeg har vært bevisst min rolle og viktigheten av å trygge informantene i samtlige intervjuer.

2.7 Forskningsetiske forhold

I forskningsarbeid er det viktig å være bevisst etiske utfordringer man kan stå overfor i møte med sine informanter.

Fra første kontakt med informantene har det vært viktig for meg å forsikre om at jeg har taushetsplikt knyttet til det som kommer frem i våre samtaler og intervjuer, og å understreke at deres anonymitet vil bli ivaretatt. Jeg har forklart hver enkelt informant at sitater vil gjengis med full anonymitet, og dersom det har kommet frem informasjon i intervjuene som kunne være identifiserbar overfor personer vi har arbeidet med, har jeg forsikret at denne ville anonymiseres i transkriberingen og ikke benyttes dersom det kunne være noen mulighet for gjenkjenning.

I forrige kapittel drøftet jeg noen utfordringer man kan møte på når man skal forske på egne kollegaer og samarbeidspartnere. Jeg ønsker i forbindelse med etiske utfordringer å trekke inn potensiell opplevd asymmetri i relasjonen mellom meg som fagperson og forsker, og informantene som mine samarbeidspartnere.

En intervjusituasjon innebærer en asymmetrisk maktrelasjon. Det er ikke en hverdagslig samtale mellom to likeverdige samtalepartnere. Forskeren har en kompetanse som gjør at vedkommende initierer intervjuet, legger føringer for temaer og stiller spørsmål. Forskeren er også den som stiller oppfølgingsspørsmål og på denne måten velger hvilke svar som skal følges opp, og styrer samtalen (Brinkmann & Kvale, 2018). Denne kunnskapen har jeg hatt med meg i intervjusituasjonene og jeg har forsøkt å legge opp til at informantene skal oppleve en trygg situasjon i møte med meg som forsker. Blant annet har jeg latt informantene velge hvor og når vi møtes. Jeg har også forsøkt så langt det lar seg gjøre å la informantene snakke fritt rundt spørsmålene fra intervjuguiden, uten å avbryte eller påvirke samtaleretningen ved å komme med oppfølgingsspørsmål som kan styre svar og fokus i en bestemt retning.

Jeg har valgt informanter som har vært i kontakt med meg for bistand i ulike saker. Det har vært svært viktig for meg å understreke overfor informantene at det ikke vil

påvirke vårt samarbeid dersom de sier nei til å bidra som informant, ei heller vil samarbeidet vårt påvirkes av informasjon som kommer frem under intervjuene.

Tema for samtalene er seksualitet og sexologisk kompetanse. Dette er ikke nøytrale temaer. I arbeid med sexologiske problemstillinger er det også naturlig for mange fagpersoner å reflektere rundt egne holdninger og tanker knyttet til seksualitet. Når jeg har forespurt informanter om å gå inn i intervjuer rundt denne tematikken har det vært viktig for meg å understreke muligheten av å trekke seg som informant når som helst i prosessen. Det har også vært viktig at informantene har fått seg spørsmålene de skulle bli stilt før de tok stilling til om de ville ta del i studien eller ikke, slik at de fikk vite akkurat hva som ville bli tatt opp i intervjuene.

Jeg har søkt og mottatt nødvendige godkjenninger for å gjennomføre studien:

Høsten 2022 mottok jeg godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD – vedlegg IV) som senere har endret navn til Personverntjenester under SIKT.

Da denne godkjenningen var på plass søkte jeg Forskningsetisk Komité ved UIA (FEK – vedlegg V) om etisk godkjenning av forskningen. Denne ble innvilget i november 2022.

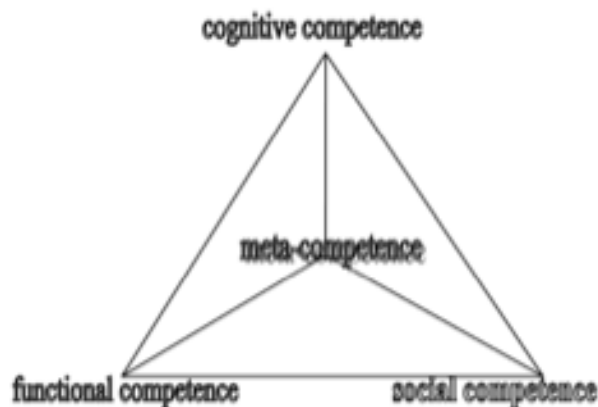
3.0 Teori

Med bakgrunn i manglende forskningsbasert kunnskap om offentlig sexologisk arbeid med barn og unge (jfr. vedlegg I) gjorde jeg et valg om å ta utgangspunkt i datastyrt teorivalg, som medførte at jeg søkte etter relevant teori etter å ha innhentet datamateriale. Gjennomførte intervjuer og innledende analyse viste at alle informantene brukte begrepet kompetanse gjentatte ganger og i bred forstand, for å beskrive behov i arbeid med barn og unges seksuelle helse. Dette ble derfor et viktig begrep i som jeg ønsket å se nærmere på. I dette kapitlet har jeg valgt å se nærmere på en artikkel som ble skrevet i 2005 og som har en god oversikt over forskningshistorikk innen kompetanse (Le Deist & Winterton, 2005)) og deretter nyere teori presentert av Lai (2021). Sistnevntes definisjon benyttes også i Helsedirektoratets utredning om spesialisert kompetanse i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012)

I sin oppsummering av historikk og forskning knyttet til begrepet kompetanse, sier Le Deist & Winterton (2005) at kompetanse har vært et uklart begrep over tid, og at det har vært stor debatt knyttet til å skulle samle alt som konseptet kompetanse innebærer innenfor én teori, blant annet skiller mange på bruken av begrepene «competence» og «competency», som begge oversettes til kompetanse på norsk. Førstnevnte omhandler kompetanse som benyttes i funksjonelle områder, og sistnevnte er knyttet til atferdsområder. (Le Deist & Winterton, 2005). Jeg tolker det slik at competence handler om kompetansen man tilegner seg og innehar, mens competency omhandler kompetansen man benytter når dette skal settes ut i praksis.

Le Deist og Winterton (2005) kommer i sin artikkel frem til at ensidige syn på kompetanse ikke er tilstrekkelige. Det krever et flerdimensjonalt blikk på kompetanse for å få et helhetlig bilde på hva begrepet innebærer. Med utgangspunkt i ulike, internasjonale tilnærminger har Le Deist og Winterton (2005) kommet frem til en holistisk kompetansemodell som tar for seg en bredde av hva tidligere forskning har vært innom. De fremhever at en holistisk typologi er en god måte å forstå kombinasjonen av kunnskap, ferdigheter og sosial kompetanse, og at dette kan være en nyttig tilnærming til å forstå kompetanse på ulike fagfelt (Le Deist & Winterton, 2005)

Le Deist og Winterton (2005) presenterer modellen som et tetraeder der de tre områdene *kognitiv kompetanse*, *funksjonell kompetanse* og *sosial kompetanse* plasseres i hjørnene, og alle har forbindelse med *meta-kompetanse* som plasseres i midten.



Figur 2: Holistisk kompetansemodell (Le Deist & Winterton, 2005, s. 40)

Jeg vil kort presentere en utdyping til hvert punkt.

Kognitiv kompetanse

Kunnskap og forståelse er sentralt i hva man definerer som kognitiv kompetanse. Den konseptuelle, teoretiske kompetansen man kan ha behov for innenfor et spesifikt fagfelt, vil være et eksempel på kognitiv kompetanse (Le Deist & Winterton, 2005)

Funksjonell kompetanse

Her kommer vi mer inn på konkrete ferdigheter, operasjonelle, funksjonelle psykomotoriske og tillærte ferdigheter (Le Deist & Winterton, 2005)

Sosial kompetanse

Kompetanse knyttet til atferd og holdninger som benyttes når kunnskap skal settes ut i praksis (Le Deist & Winterton, 2005)

Meta-kompetanse

Meta-kompetansen presenteres som en overbygd kompetanse og skal legge til rette for tilegnelse av de andre kompetanseområdene (Le Deist & Winterton, 2005)

Kognitiv, funksjonell og sosial kompetanse omfavner også et annet fokus som har stått sentralt i kompetanseforskning og kalles KSA som står for knowledge, skills and attitudes (Le Deist & Winterton, 2005). Oversatt til norsk står dette for kunnskap, ferdigheter og holdninger. Disse tre områdene har jeg også funnet i Helsedirektoratets definisjon av kompetanse. I utredningen «Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030» (Helsedirektoratet, 2012) vises det til Linda Lais definisjon av kompetanse. Helsedirektoratet viser til hennes definisjon fra 2004, men jeg viser her til definisjon fra 2021 som er identisk med den fra 2024, da jeg videre støtter meg til hennes bok fra 2021:

Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai, 2021, s. 44)

Lai (2021) sier, som også Le Deist og Winterton (2005) presenterer i sin artikkel, at kompetanse kan være begrep som brukes på en uklar måte, og at det i ulike sammenhenger, eksempelvis i politikken eller arbeidsliv, kan være politisk korrekt å satse på kompetanse, uten en klar plan eller definisjon. Kompetanse er et dynamisk begrep som benyttes med varierende meningsinnhold, og det er viktig å avklare begrepet og innholdet så tydelig som mulig (Lai, 2021).

Med bakgrunn i Helsedirektoratets forståelse av begrepet kompetanse, vil jeg videre presentere Lais fire komponenter som utgjør kompetansebegrepet (Lai, 2021):

Kunnskap

Kunnskap handler om enkeltindividers egen data- eller informasjonsbase, altså hva de vet – eller kanskje heller hva de tror de vet. Kunnskap kan deles opp i ulike klasser, deriblant *deklarativ, kausal og prosedyrisk kunnskap*, som presenteres av Lai (2021) og som jeg har valgt å presentere, samt illustrere med eksempler fra sexologisk arbeid med barn og unge.

- *Deklarativ kunnskap* er beskrivende kunnskap, som informasjon og faktakunnskap (Lai, 2021). I sexologisk arbeid med barn og unge kan dette for eksempel innebære kunnskap om pubertetens påvirkning av kropp og følelser, eller kunnskap om kjønns- og seksualitetsmangfold.

- *Kausal kunnskap* omhandler årsakssammenhenger og relasjoner, og kan like gjerne være snakk om generelle som spesifikke sammenhenger (Lai, 2021). Eksempelvis kan dette omhandle hvordan traumatiske seksuelle erfaringer kan (men på ingen måte må) henge sammen med utfordringer knyttet til å bygge opp en god og trygg seksualitet senere.
- *Prosedyrisk kunnskap* dreier seg om kunnskap om hvordan man kan gå frem i konkrete situasjoner, gjerne med fokus på praktiske prosesser og metoder (Lai, 2021). Utarbeidelse av prosedyre for hvordan man møter ungdom som forteller om smerter under samleie eller ereksjonssvikt, er eksempler på dette.

Kunnskap som ikke er bevisst eller lett å sette ord på, men derimot er implisitt, kalles taus kunnskap. Personer kan ikke selv sette ord på hva de innehar av taus kunnskap, da den er tilegnet på ubevisste, mekaniske måter. I et arbeid vil man for eksempel kunne tilegne seg taus kunnskap gjennom arbeidserfaring og observasjon av kollegaer. Selv om taus kunnskap ikke er lett å sette ord på er den i stor grad anvendbar, og det er først når man anvender den at den kommer til uttrykk (Lai, 2021).

Ferdigheter

Ferdigheter beskriver evnen til å utføre oppgaver på en god og målrettet måte. Dette er den av kompetansekomponeentene som i størst grad omhandler konkret, praktisk handling. Ferdigheter kan utvikles både gjennom systematisk læring, men kan også bygges opp gjennom erfaring, trening og observasjon av andre. Sistnevnte læringsformer kan i stor grad bidra til å utvikle taus kunnskap, da man lærer mer enn hva man selv kan sette ord på at man har lært (Lai, 2021).

Holdninger

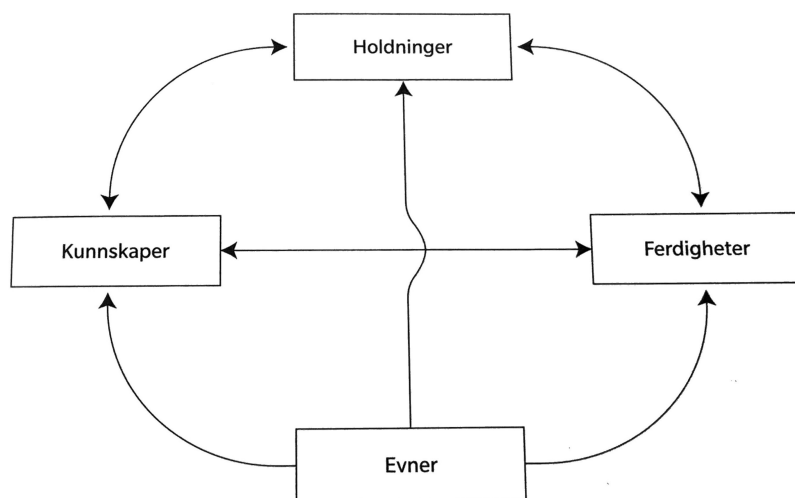
Holdninger betraktes ikke alltid som en hovedkomponent i kompetansebegrepet, men Lai (2021) trekker holdninger frem som noe av det viktigste man kan se på når man skal vurdere en persons kompetanse, da holdninger er en essensiell del av personens potensial. Holdninger kan både handle om holdninger personen har til seg selv og syn på eget potensial, men også holdninger personen har til ytre faktorer. Dette kan blant annet være en viktig faktor i arbeid der man interagerer med mennesker i stor grad, for eksempel innenfor service, helse og omsorg. Helt konkret

kan det handle om at en servicearbeider bør være serviceinnstilt og en helse- eller omsorgsarbeider bør ha et positivt menneskesyn (Lai, 2021).

Evner

Når det kommer til evner, snakker man om en persons potensiale til å utføre en oppgave. Evner kan innebære stabile egenskaper og talenter som påvirker hvordan man utfører selve oppgaven, og tar også for seg potensialet til å lære seg nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger, og å sette disse ut i praksis. I og med at det er snakk om stabile egenskaper og talenter, vil evnene i liten grad påvirkes gjennom tilegnelse av nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger. De kan sees på som en ballast som ligger til grunn for hvordan man tilegner seg andre elementer av kompetanse (Lai, 2021).

Lai (2021) viser til følgende figur for å vise hvordan de ulike komponentene henger sammen:



Figur 3: Sammenhengen mellom ulike kompetansekompener (Lai, 2021, s. 51)

Lai (2021) viser med denne figuren, at evner påvirker samtlige av de tre andre komponentene, ved hjelp av utgående piler. Samtidig går ingen piler tilbake til evner, da Lai beskriver dette som et stabilt potensial. De tre andre komponentene har derimot en gjensidig påvirkning på hverandre. Likevel henger samtlige komponenter tett sammen med hverandre. De kan gli over i hverandre og være utfordrende å

skille, men samlet sett kan de gi et godt bilde på kompetansen en person innehar (Lai, 2021).

Lai setter også fokus på at det finnes ulike kompetanseformer, og to av disse formene er formell og uformell kompetanse. Samlet utgjør disse en persons realkompetanse, altså den samlede kompetansen personen har opparbeidet seg på ulike arenaer i livet (Lai, 2021).

Formell kompetanse

Formell kompetanse vil si den kompetansen en person kan vise konkret til å ha tilegnet seg, for eksempel utdanning, kurs og annen systematisk opplæring. I mange arbeidssituasjoner vil det stilles klare krav til formell kompetanse. Den formelle kompetansen kan både bestå av kunnskaper og ferdigheter (Lai, 2021).

Uformell kompetanse

Den uformelle kompetansen handler om kompetansen man tilegner seg utenfor utdanningssystemer. Dette kan blant annet innebære arbeidserfaring, men også kompetanse man tilegner seg i privatliv og familieliv (Lai, 2021).

Selv om jeg, på bakgrunn av Helsedirektoratets forståelse av begrepet kompetanse, har valgt å gå videre med Lais kompetansebegrep, ønsker jeg å synliggjøre hvordan de to modellene til Le Deist og Winterton (2005) og Lai (2021) knyttes opp mot hverandre. Dette illustrerer jeg i tabell 3.

Tabell 3: Holistisk kompetansemodell og Lais kompetansmodell

Le Deist og Wintertons holistiske kompetansemodell		Lais kompetansemodell	
Kognitiv kompetanse	Kunnskap, teoretisk kompetanse	Kunnskap	Egen informasjonsbase, hva man vet
Funksjonell kompetanse	Konkrete og tillærte ferdigheter	Ferdigheter	Evne til å utføre oppgaver
Sosial kompetanse	Atferd og holdninger	Holdninger	Syn på seg selv og andre
Meta-kompetanse	Overbygd kompetanse som legger til rette for tilegnelse av de andre områdene.	Evner	Potensial til egen læring og å utføre oppgaver
(Le Deist og Winterton, 2005)		(Lai, 2021)	

4.0 Resultater

Etter intervjuene satt jeg igjen med et førsteinntrykk det var vanskelig å legge fra meg: Informantene sa at de i all hovedsak ikke har lært om sexologi eller seksuell helse i utdanning, at de i svært liten grad er kurset i dette og ikke opplever å ha kompetanse innenfor emnet. Dette gjorde at de uttrykte stor usikkerhet for å gå inn i feltet sexologi i sitt arbeid med barn og unge. Én informant var klokkeklar i sitt svar, da jeg spurte i hvor stor grad vedkommende har opplevd å få kunnskap om seksuell helse i egen utdanning eller kurs:

«Ingenting. Absolutt ingenting.» (Informant 3)

Jeg var hele tiden klar over at jeg gikk inn i denne studien med en forforståelse, og at signaler jeg hadde fått tidligere hadde styrket dette «ingenting»-inntrykket. Nå var det på tide å bryte datamaterialet mitt fra hverandre. For selv om inntrykket av «ingenting» lå sterkt i bakhodet, visste jeg at det også lå mye mer der. Informantene hadde formidlet et nyansert bilde av situasjonen til meg, mye mer nyansert enn førsteinntrykket mitt, og jeg måtte hente ut nyansene i min analyse. Verdien av å bryte opp datamaterialet i koder ble tydeligere for meg og prosessen gikk fra å gjøre meg kjent med datamaterialet, til å generere koder.



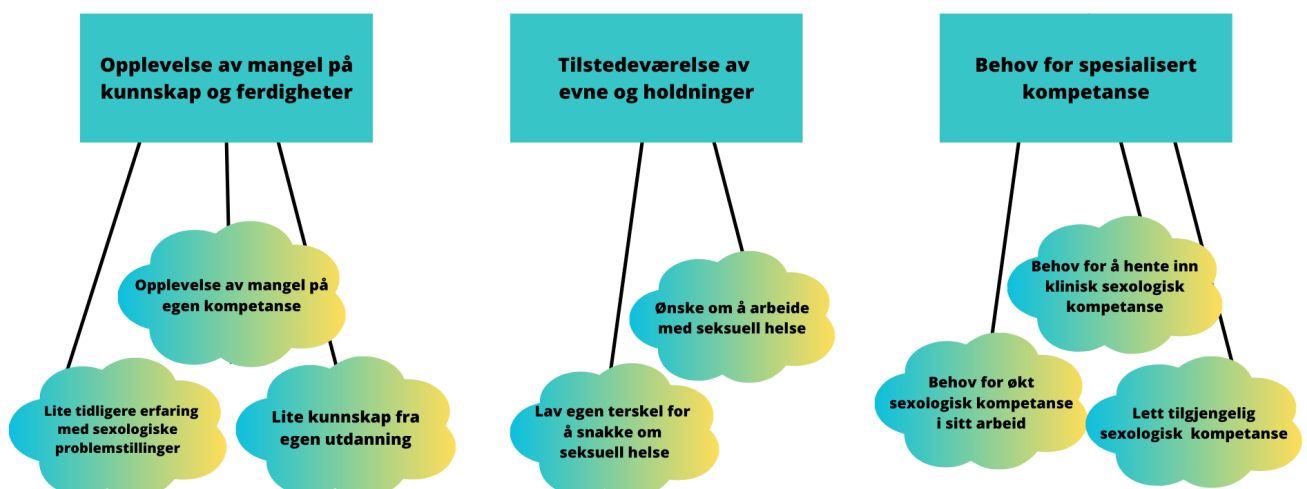
Figur 4: Koder

Jeg endte opp med åtte koder som omfattet sentrale deler av dataen jeg hadde samlet inn. Kodene ble deretter samlet i temaer, som beskrevet under dataanalysedelen av studien. Temaene tok for seg ulike deler av kompetansebegrepet slik det presenteres av Lai (2021) bestående av kunnskap, ferdigheter, evne og holdninger.

Når informantene snakket om opplevelse av manglende kompetanse, kom det frem at det var kunnskap og ferdigheter de opplevde at de manglet. De fortalte om lite kunnskap som var tilegnet gjennom utdanning og kurs, samt at erfaringen de hadde med arbeid på feltet var svært begrenset. Evne og holdninger, kom frem som ressurser informantene hadde. De fortalte blant annet om at dette er tematikk de ikke er redd for å ta opp i samtaler og at dette er noe de ønsker å arbeide med, dersom de opplever at kunnskapen og ferdighetene er på plass.

Informantene etterlyste også spesialisert kompetanse. Med spesialisert kompetanse ønsket de bistand i kliniske saker der mer kompliserte sexologiske problemstillinger viste seg. De ønsket også at den sexologiske kompetansen som var tilgjengelig for dem kunne ruste dem for bedre å ta tak i fremtidige saker gjennom samarbeid og opplæring, noe som i ulike grader allerede hadde skjedd gjennom samarbeid som tidligere har funnet sted. De understreket også viktigheten av at kompetansen skulle være lett tilgjengelig.

De tre temaene jeg kom frem til ble navngitt som vist i figur 5.



Figur 5: Temaer

Jeg så deretter på temaene opp mot problemstillingen, for å finne frem til studiens funn:

Hvordan beskrives behovet for sexologisk kompetanse av offentlig ansatte som arbeider med barn og unge?

Temaene forteller om behov på ulike områder. De viser til behov for kunnskap, ønske og behov for å imøtekomme barn og unge i saker som omhandler seksuell helse, og behov for å kunne hente inn spesialistkompetanse der egen kompetanse ikke er tilstrekkelig. Ut fra temaene kom jeg frem til studiens tre hovedfunn, som presenteres i tabell 4.

Tabell 4. Studiens tre hovedfunn

Funn	Tema	Koder	Eksempel på sitat
Kunnskapsbehov	Opplevelse av mangel på kunnskap og ferdigheter	Opplevelse av mangel på egen kompetanse	<i>Her sitter jeg og har jobbet med dette i over 40 år og har så godt som ingen kompetanse på det</i>
		Lite tidligere erfaring med sexologiske problemstillinger	
		Lite kunnskap fra egen utdanning	
Behov for å praktisere	Tilstedeværelse av evne og holdninger	Ønske om å arbeide med seksuell helse	<i>Det gjør jeg veldig greit, det gjør meg ingenting. Egentlig synes jeg det er veldig spennende.</i>
		Lav egen terskel for å snakke om seksuell helse	
Behov for ekstern kompetanse	Behov for spesialisert kompetanse	Behov for å hente inn klinisk sexologisk kompetanse	<i>Grunnen til at vi tar inn deg er jo fordi at du har en høyere kompetanse enn oss på dette og vet hvordan du kan legge det fram og hvordan du snakker om det uten filter.</i>
		Behov for økt sexologisk kompetanse i sitt arbeid	
		Lett tilgjengelig sexologisk kompetanse	

4.1 Kunnskapsbehov

Første funn tar for seg et uttrykt behov for kunnskap. Ordet kompetanse var det som ble benyttet i samtalen med informantene, både i spørsmål jeg stilte, og svarene de gav. Det er blant annet ordet kompetanse de benytter for å sette ord på det de opplever å mangle, men i eksemplene kommer det frem at det er kunnskap de mangler, og at de i forlengelse av dette også opplever manglende mulighet for å opparbeide seg ferdigheter.

4.1.1 Opplevelse av mangel på egen kompetanse

Først og fremst beskrev informantene en generell mangel på egen kompetanse. Det benyttet ordet kompetanse da de snakket om hva de har lært gjennom sine utdanningsløp og yrkeskarriere.

En informant sa det klart og tydelig i sitt intervju da vi snakket om sexologisk kompetanse og å snakke med barn og unge om seksuell helse:

«Her sitter jeg og har jobbet med dette i over 40 år og har så godt som ingen kompetanse på det» (Informant 5)

En annen informant fortalte om opplevelse av manglende kompetanse og hvordan den påvirket interaksjonen med de unge:

«Jo mindre trygg man er på det, jo jo vanskeligere det blir for den jeg snakker med å snakke om det. Så det er jo en viktig del av det: At man må ha kompetansen for å kunne tørre å snakke om det. og da blir det også trygt for den en snakker med, ikke sant?» (Informant 2)

Denne opplevelsen var de fleste informantene inne på. De kjente på en generell mangel på kompetanse, og dette førte videre til at de var usikre i møte med sexologiske problemstillinger hos barn og unge.

Flere av informantene gikk i sine erfaringsdelinger videre fra manglende kompetanse til å knytte dette opp mot utdanningen. De uttrykte at denne kompetansen var noe de hadde ønsket å tilegne seg der.

4.1.2 Lite kunnskap fra egen utdanning

Informantene sier de har hatt svært lite opplæring i sexologisk kompetanse i egen utdanning, og dette omhandler hovedsakelig kunnskap ut fra kompetansebegrepet. Kunnskap er som tidligere nevnt hver enkelt persons kunnskapsbase – hva de vet eller hva de tror de vet, og er tilegnet gjennom utdanning eller systematisk læring (Lai, 2021).

De aller fleste informantene fortalte at deres grunnutdanning hadde lite eller ingen fokus på seksuell helse hos barn og unge. Informantenes grunn- og videreutdanninger representerte en bredde av mange ulike forløp, som beskrevet tidligere.

Det eneste utdanningsforløpet som hadde hatt noe fokus på seksuell helse ifølge mine informanter var videreutdanning innen helsesykepleie. Én informant fortalte om å ha lært om prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner, samt om én artikkel om kjønnsidentitet i et kompendium. En annen informant fortalte følgende:

«Vi hadde vel Rosa Kompetanse, det hadde vi. Ingenting om sexologiske vansker for eksempel, og ren sexologi hadde vi ingenting av. Vi hadde jo selvfølgelig seksuell helse i form av prevensjon og testing og sånn, men ingenting om erektil dysfunksjon eller vaginisme for eksempel» (Informant 1)

En annen informant som hadde gjennomgått samme videreutdanning på et annet utdanningssted fortalte om litt undervisning om prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner, men utenom det var det kun én artikkel i et kompendium som omhandlet kjønnsidentitet, og det var all undervisning de fikk innen sexologisk kompetanse og seksuell helse.

Én informant sa at det er en del år siden vedkommende tok sin grunnutdanning, og at det da ikke var fokus på seksuell helse. Informanten sa at det kanskje var annerledes nå, men denne teorien trakk vedkommende raskt tilbake i samme tankerekke, da erfaringen på arbeidsplassen var at også nyutdannede kollegaer fortalte at de ikke hadde lært om seksuell helse i deres utdanning.

Når det gjaldt kurs i etterkant av grunn- og videreutdanning kunne én av informantene fortelle om et par kurs i konkrete verktøy som omhandler seksuell

helse, som vedkommende hadde tatt i løpet av sin arbeidskarriere. En annen informant fortalte at de hadde forsøkt å arrangere kurs om seksuell helse på arbeidsplassen, men fått nei til å gjennomføre kurs fra ledelsen da dette ikke var et prioritert tema på arbeidsplassen.

4.1.3 Lite tidligere erfaring med sexologiske problemstillinger

Et flertall av informantene fortalte at manglende kunnskap preget hvor mye erfaring de har hatt med å arbeide med saker knyttet til seksuell helse. Muligheten til å opparbeide ferdigheter gjennom erfaring, har vist seg å være vanskelig når den grunnleggende kunnskapen ikke har vært til stede. Ferdigheter handler som nevnt om konkret, praktisk handling og hva man har lært seg gjennom systematisk læring eller erfaring (Lai, 2021).

I beskrivelse av egen erfaring la flere informanter vekt på at de ikke følte seg trygge på å gå i dybden på problemstillinger som omhandlet seksuell helse og sexologi. Flere beskrev at de opplevde at barn og unge rett og slett ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for fordi de ikke opplevde å ha kunnskapen til å følge opp disse problemstillingene.

En felles erfaring flere informanter delte var at de gjerne har gått inn i saker, men raskt kunne oppleve at samtalen stoppet opp i mangel av eget videre oppfølgingstilbud. Slik satte én av informantene ord på hvordan arbeidet med sexologiske problemstillinger hadde vært før de fikk mulighet til å samarbeid med sexologisk rådgiver:

«Jeg tror nok kanskje ikke at jeg gjorde så mye da, fordi da stoppet det kanskje litt mer opp» (Informant 2)

Flere informanter fortalte at erfaringene ville vært flere dersom de opplevde at de hadde nødvendig kunnskap i bunnen. Én informant fortalte at erfaringen også var begrenset da ressursene vedkommende hadde tilgjengelig var begrensede, og ikke ga den tryggheten og fagligheten som vedkommende ønsket for å gå inn i saker.

«Før søkte jeg, egentlig. Brukte nettet. Og så brukte jeg eventuelt nettverk jeg hadde som jeg visste hadde opplevd det selv, eller hatt noen av de samme tankene, og bare drøftet anonymt med dem.» (Informant 3)

Det er lett å kjenne seg igjen i behovet for å «google» noe, eller spørre venner. Samtidig er det utfordrende å kvalitetssikre informasjonen som ligger åpent på nett, og man får trolig ikke samme trygghet i egne kunnskaper og ferdigheter som om man tilegner seg kunnskapen gjennom systematisk læring. Denne informanten snakket spesifikt om behov for kompetanse knyttet til kjønnsmangfold i dette sitatet, og dette var et tema som flere informanter opplyste at de hadde lite kompetanse på, men i flere tilfeller så behov i samtaler med unge personer.

I arbeid med barn og unge med funksjonsvariasjoner kunne én av informantene fortelle om erfaringer fra eget arbeidsliv der det i flere tilfeller tydelig kunne observeres at barn og unge hadde behov for samtaler og veiledning knytte til seksuell helse og seksualitet. Likevel var opplevelsen til informanten at det kun var et fåtall ansatte som gikk inn i disse problemstillingene, og vurderingen til informanten var at manglende handling hadde sin rot i manglende kompetanse.

4.2 Behov for å praktisere

Det første funnet som omhandlet opplevelse av manglende kunnskap og ferdigheter lå etter min opplevelse lettere tilgjengelig i datamaterialet enn dette funnet. I samtlige intervjuer etterlyste informantene fokus på seksuell helse og sexologi i egen utdanning. De kunne med egne ord forklare at de manglet dette i sin utdanning og at det hadde vært lite kursing på det.

Dette funnet, behov for å praktisere, omhandler evne og holdninger og dukket opp i det videre arbeidet med å analysere koder. Jo mer jeg kikket på materialet, jo tydeligere kom det frem: tross mangel på kunnskap og ferdigheter, var seksuell helse noe samtlige informanter ønsket å ta tak i, noe de ikke var redde for å snakke om, og noe de uttrykte et tydelig ønske om mer kunnskap om. Dette kunne vise at informantene hadde holdninger som var åpne for å ta tak i sexologiske problemstillinger: de ønsket å gå inn i sakene de møtte, men opplevde at kunnskapen ikke strakk til.

Samtidig kan det kanskje være noe mer utfordrende for informantene å sette ord på evne og holdninger. Dette var ikke noe jeg spurte direkte om, da kompetanseteorien kom inn i oppgaven etter at intervjuene var gjennomført. Evne og holdninger omhandler potensiale og ressurser man har i kraft av personlighet mer enn i kraft av

hva man har lært seg, Det nærmeste jeg kom å spørre direkte om dette, var å spørre om deres terskel for å gå inn i sexologiske problemstillinger.

4.2.1 Lav terskel for å snakke om seksuell helse

Selv om de som tidligere nevnt kunne fortelle om manglende kunnskap, ferdigheter og selvsikkerhet i møte med barn og unge og seksuell helse, svarte samtlige at de ikke hadde høy terskel for å snakke om seksualitet.

Dette er hva én informant svarte på spørsmål om terskelen for å gå inn i saker med sexologisk problemstilling:

«Det gjør jeg veldig greit, det gjør meg ingenting. Egentlig synes jeg det er veldig spennende. Også er jeg veldig opptatt av at folk skal få lov til å være seg selv, å være sammen med den man har lyst til å være sammen med, så ja.. og det er liksom noe jeg alltid har brent for, i alle år. Så ja. Det gjør meg ingenting» (Informant 3)

Denne informanten formidler ikke bare en åpenhet om å gå inn i samtaler om seksuell helse, men også et ønske om å arbeide videre med disse sakene.

Ikke alle informantene benyttet de samme ordene som denne informanten, selv om de alle var enige i at seksuell helse er noe de gjerne ville snakke om. Én informant sa at selv om man som voksen kan bli litt ukomfortabel i samtaler rundt seksualitet, var samtalerne absolutt velkomne når vedkommende møtte barn og unge.

En annen informant fortalte om at terskelen hadde blitt enda lavere etter at sexologisk kompetanse hadde blitt tilgjengelig og at vedkommende hadde fått bekreftet at det var viktig å gå inn på disse temaene og sakene. Det var ikke slik at dette var noe vedkommende ikke ønsket å snakke om – men opplevelsen av manglende kompetanse hadde stått i veien.

4.2.2 Ønske om å arbeide med seksuell helse

Det er viktig å ha med seg at samtlige informanter er rekruttert på bakgrunn av at de har kontaktet sexologisk kompetanse i saker der de har opplevd at egen kunnskap ikke strakk til. For å se dette behovet, har de i utgangpunktet hatt samtaler som har omhandlet seksualitet, og dermed vist til personen de møter at dette er problemstillinger de kan gå inn i.

«Det er jo det jeg også kjenner litt på at jeg kommer litt til kort når vi skal prate om disse tingene og så blir jeg litt sånn at: du må gjerne prate med meg, og jeg skal selvfølgelig komme med tips der jeg kan, men jeg føler at jeg kommer til kort, at ikke jeg jeg kan ikke alt dette her» (Informant 3)

Informanten som kom med sitatet over kunne fortelle at blant ungdommene som vedkommende hadde hatt under tett oppfølging i den siste tiden, nesten alle hatt sexologiske problemstillinger som en del av sitt oppfølgingsbehov. Selv om informanten hadde kjent på følelsen av å komme til kort når det kom til kunnskap, hadde dette på ingen måte hindret vedkommende å gi ungdommene rom for å presentere sine problemstillinger.

En annen informant vurderte at det kan være til det beste for barn og unge om de slipper å måtte forklare seg i detalj der fagpersonen vet at dette ikke er noe de selv kan følge opp, og at det er noe barnet eller ungdommen igjen må gjenta sin historie til andre. Vedkommende sa at det da kan være hensiktsmessig å begrense hvor mange man skal åpne seg for, men var i utgangspunktet til stede for å ta imot «bestillingen» på hjelp til sexologisk problemstilling.

Én informant fortalte at ungdom ofte kunne ta opp saker med sexologisk problemstilling, og at informanten mer enn gjerne tar imot samtalene, men at det oppleves utilstrekkelig å ikke kunne følge opp tematikken i dybden når kunnskapen mangler.

Samtlige informanter etterlyste veiledning, kompetanseheving, verktøy og mer fokus på seksuell helse i egen arbeidshverdag.

4.3 Behov for ekstern kompetanse

For å øke kunnskap og ferdigheter, og for å videreutvikle evner og holdninger var enigheten stor blant informantene: det var behov for kompetanse og kompetansen måtte omfatte både konkrete saker og generell kompetanseheving.

4.3.1 Behov for å hente inn klinisk sexologisk kompetanse

Samtlige informanter hadde hentet inn sexologisk rådgiver til samarbeid i kliniske saker, og understreket at dette var et tydelig behov. Fem informanter hadde kun benyttet seg av meg som sexologisk rådgiver, den siste informanten hadde fått

sexologisk rådgivning fra spesialisthelsetjenesten. Informantene la vekt på at saker tidligere hadde stoppet opp, men da det kom sexologisk kompetanse inn kunne dette bidra til at de kunne tilby oppfølging i større grad enn tidligere, og også at de kunne arbeide videre med sakene på en annen måte etter at sexologisk kompetanse hadde blitt tatt inn i saken.

I saker der jeg hadde blitt involvert hadde jeg i de aller fleste sammenhenger hatt samtale med barn eller ungdom med fagperson til stede, og informantene ga uttrykk for at dette var nyttig. Flere uttrykte at de selv ble tryggere på å snakke om disse temaene etter nevnt samarbeid. De uttrykte også at det var lettere å gå inn i saker i etterkant av å ha fått hjelp i kliniske saker om sexologiske problemstillinger. Nå visste de at dersom sakene stoppet opp grunnet manglende kompetanse kunne de informere om at det var mulig å kalle inn en sexologisk rådgiver som kunne bidra i saken, og bare ved å kunne komme med dette tilbudet, kjente de på større trygghet med å jobbe med disse sakene.

«Grunnen til at vi tar inn deg er jo fordi at du har en høyere kompetanse enn oss på dette, og vet hvordan du kan legge det frem og hvordan du snakker om det uten filter.» (Informant 6)

Slik oppsummerte én informant hvor vedkommende så fordelene i å kunne kalle inn sexologisk rådgiver i saker med sexologiske problemstillinger.

4.3.2 Behov for økt sexologisk kompetanse i sitt arbeid

Samtlige informanter har fått besøk av meg som sexologisk rådgiver i faggruppe med sine kollegaer, der det har blitt snakk om sexologisk kompetanse og hvordan man kan arbeide med seksualitet og seksuell helse. Flere av disse møtene kom på plass etter at sexologisk rådgiver hadde vært involvert i kliniske saker eller undervisningssituasjoner for barn og unge. I etterkant kontaktet ansatte meg for å snakke med en samlet kollegagruppe om tematikken.

Flere ga også uttrykk for at det ikke bare hadde påvirket hvordan informantene selv arbeidet med sexologiske problemstillinger, men også kollegaene deres.

«Jeg tror at det er viktig at at det kommer eksterne og snakker om det, som tør å sette ord på det, for det gikk jo furore her etter at du hadde vært her, hvor

bra det var. Så jeg tror det var veldig mange som våknet opp da.» (Informant 5)

Noen informanter nevnte også at det har vært nyttig å få tilgang på konkrete verktøy. Noen av verktøyene er allerede eksisterende verktøy som sexologisk rådgiver har tipset om, andre er utarbeidet av sexologisk rådgiver. Et av de sistnevnte verktøyene er et samtaleverktøy for å snakke med ungdom om seksualitet. Én informant ga uttrykk for at dette hadde vært utfordrende samtaler å gjennomføre tidligere, men med ble annerledes med konkrete hjelpemidler som blant annet bidro til å stille åpne spørsmål om å oppfordre til refleksjon rundt seksualitet og seksuell helse.

En annen informant bekreftet det samme som ble sagt her ved å understreke viktigheten av at det er nyttig at det kommer eksterne som tør å sette ord på ting, og at det også gjør at ansattgruppen «våkner» og blir oppmerksomme på tematikken.

Men økt sexologisk kompetanse trengte ifølge flere informanter ikke å henge sammen med planlagte foredrag og møter, eller konkrete verktøy, det kunne også være snakk om å kunne ta en telefon til sexologisk rådgiver for å motta veiledning på en konkret forespørsel.

4.3.3 Lett tilgjengelig sexologisk kompetanse

At den sexologiske kompetanse er lett tilgjengelig, ble fremhevet av flere informanter da de delte sine forventninger og ønsker angående tilgang. Flere nevnte at det er positivt at kompetansen er tilgjengelig ved at man kan ta en telefonsamtale og få hjelp på kort varsel, få besøk i kliniske saker eller få kompetanseheving innen kort tid. Én informant beskrev det slik:

«For det har vært utrolig enkelt å få tak i deg, jeg har andre i teamet også som sier du har vært inne i saker. og som synes det er veldig greit å bare kunne ringe og høre med deg» (Informant 4)

Én annen informant sa at vedkommende hadde erfart at tilgjengeligheten var noe som ble benyttet i en bredde av tjenester. Informanten hadde fulgt prosessen av å etablere en stilling for sexologisk rådgiver i kommunen tett, og var overrasket over hvor tilgjengelig tjenesten hadde blitt for en bredde av andre tjenester, både i første- og andrelinje, hvor alle fikk oppfølging ut fra ønsker og behov.

Når kompetansen skulle innhentes var det også for flere informanter viktig at de kunne få tilgang på oppdatert informasjon, da sexologifeltet er et felt som er i stadig endring, og flere informanter fremhevet dette som viktig i valget om å innhente kompetanse: både at personen de hentet inn hadde kunnskap om barn og unge som målgruppe, og oppdatert kunnskap på det sexologiske kompetansefeltet.

Én informant oppsummerte viktigheten av å ha tilgang på sexologisk kompetanse i kommunalt arbeid med disse ordene:

«Jeg er helt sikker på at de får et mye dårligere tilbud i andre kommuner hvor man ikke har sexolog. Det er jeg 110% sikker på for sånn har det vært hos oss før.» (Informant 1)

Dette gjenspeiler det totale inntrykket fra flere av informantene. Det finnes et «før og etter» kompetansen ble tilgjengelig.

5.0 Drøfting

I drøftingen presenterer jeg innledningsvis mine funn før jeg drøfter dem knyttet opp mot min teori. De to første funnene indikerer et potensiale for intern kompetanseheving. Informantene forteller at de ønsker å tilegne seg kunnskap og å arbeide med problemstillinger knyttet til seksuell helse dersom de opplever at nødvendig kunnskap er på plass. Det tredje funnet viser et behov for spesialisert sexologisk kompetanse. Det er et behov for en fagperson som kan gi opplæring til ansatte i ulike tjenester for å bidra til kompetanseheving. Samtidig er det også et behov for noen som kan komme inn i kliniske saker der det er nødvendig med en spesialisert sexologisk kompetanse.

5.1 Behov for kompetanse

Behov for kompetanse er gjennomgående i hva informantene forteller meg gjennom sine intervjuer om hvordan de ønsker å arbeide med sexologiske problemstillinger. Kompetansebegrepet inneholder ulike komponenter, og de ulike komponentene; kunnskap, ferdigheter, evne og holdninger (Lai, 2021), viser seg på ulike måter i datamaterialet.

Kunnskap

Informantene uttrykker at de ønsker å heve egen kompetanse, og ved et nærmere blikk på hva de etterlyser kommer det frem at det er kunnskap om seksuell helse og sexologi det er snakk om. Kunnskap omhandler hva man anerkjenner at man faktisk vet, og også hva man tror man vet (Lai, 2021). Informantene uttrykker tydelig at de opplever at de ikke har fått kunnskap om sexologiske temaer i egen grunnutdanning og videreutdanning, og at dette heller ikke er prioritert tema for kurs på egen arbeidsplass.

Områder for inndeling av kunnskap kan tredeles i følge Lai (2021). To av dem er *deklarativ*, beskrivende kunnskap som for eksempel innebærer informasjon og faktakunnskap, og *prosedyrisk* kunnskap som omhandler konkrete metoder for praksis (Lai, 2021). Informantene med utdanning innen helsesykepleie beskrev noe kunnskap om prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner, som begge kan gå inn under kategoriene deklarativ og prosedyrisk kunnskap. Blant annet nevnte begge å gi informasjon om prevensjon som innebærer faktakunnskap, og en av dem nevnte hvordan behandle seksuelt overførbare infeksjoner, som omhandler prosedyrisk

kunnskap. En annen informant hadde tatt kurs i bruk av konkrete verktøy i møte med funksjonsvariasjon og seksualitet, og dette kan også sees som en kombinasjon av deklarativ og prosedyrisk kunnskap, man trenger fakta om situasjonen og å vite metoder for praksis når situasjonene er kartlagt.

Det tredje området Lai beskriver er *kausal* kunnskap som omhandler årsakssammenhenger og relasjoner (Lai, 2021). Én informant hadde i sin videreutdanning hatt tre timers opplæring i kjønns- og seksualitetsmangfold og hvordan en inkluderende tilnærming til mangfold kan gi trygge barn og unge, noe som kan sees som kausal kunnskap. Utover dette ble det snakket mye om kunnskap i datamaterialet, men da om fraværet av kunnskap og ønsket om å inneha det.

Det er ikke bare funn fra denne studien som viser manglende fokus på kunnskap om seksuell helse. Jeg har tidligere vist til «Kartlegging av SRHR i forskrift og lokale program-, studie- og emneplaner for utvalgte utdanningsløp i Norge» (Josefsson & Solberg, 2022) som tar for seg grad av undervisning knyttet til seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Flere av mine informanter sa at det kunne være slik at manglende kunnskap fra egen grunnutdanning kunne henge sammen med at det er flere år siden de gjennomførte sine grunn- og videreutdanninger, altså en type implisitt antakelse om at det nok er mer fokus på seksualitet i grunnutdanningene nå enn før. Samtidig viser Josefsson og Solbergs rapport fra 2022 til det de selv kaller nedslående resultater når det kommer til ivaretagelse av SRHR-indikatorer i høyere utdanning også i de siste årene (Josefsson & Solberg, 2022), og SRHR-indikatorer er sentrale i sexologisk arbeid med barn og unge.

Det er min oppfatning at en utfordring i mange videreutdanninger er at tiden man har til rådighet til undervisning om seksuell helse er begrenset. Jeg underviser selv på en videreutdanning og masterutdanning i helsesykepleie og har de siste årene gått fra 2x45 til 3x45 minutters undervisning om ungdom og seksualitet. Jeg har spurt studieansvarlig om hvor mye undervisning studentene får i for eksempel kjønns- og seksualitetsmangfold. Tilbakemeldingen jeg har fått er at de kun får det jeg får bakt inn i min undervisning, en undervisning som også skal omhandle samtlige andre aspekter knyttet til å snakke med ungdom om seksualitet.

I bakgrunnen for denne studien presenteres det flere nasjonale føringer med klare forventninger til offentlig sektor, og i noen tilfeller krav, om kompetanse for arbeid med seksuell helse i helse- og omsorgssektoren. Disse forventningene sammenfaller ikke med ansattes opplevelse av kunnskap på området. Informantenes opplevelse er at dette ikke er et prioritert tema i opplæring av ansatte som skal arbeide innen helse og omsorgssektoren.

Funnene i «Kartlegging av SRHR i forskrift og lokale program-, studie- og emneplaner for utvalgte utdanningsløp i Norge» (Josefsson & Solberg, 2022) og mine funn viser begge at det er lite tilgang på formell kompetanse om seksuell helse. Formell kompetanse omhandler kompetanse man har tilegnet seg gjennom undervisning, kurs og systematisk læring og kan bestå av både kunnskap og ferdigheter (Lai, 2021). Kunnskapen man tilegner seg gjennom systematisk læring kan bidra til å styrke ferdigheter, men som informantene i denne studien viser til i deling av sine erfaringer, er det vanskelig å heve ferdighetene uten grunnleggende kunnskap.

Flere informanter satte ord på at de opplevde økning av egen kunnskap gjennom å samarbeide med sexologisk rådgiver, og at de derfor kjente på en større trygghet for å gå inn i saker med sexologiske problemstillinger. De syntes med andre ord å oppleve en økning i egen kunnskap som igjen ga trygghet til å stole på egne ferdigheter i større grad.

Ferdigheter

Ferdigheter omhandler evnen til å utføre arbeid på en god og målrettet måte, og omhandler konkret, praktisk handling. De kan utvikles gjennom systematisk læring eller erfaring og observasjon (Lai, 2021). Uten kunnskap forteller informantene at de ikke har opparbeidet seg praksis fra å jobbe med problemstillinger som omhandler seksuell helse. De forteller at de ikke har vært komfortable med å gå inn i saker av sexologisk art uten å kunne ha med seg ekstern hjelp som har hatt sexologisk kompetanse.

Det vises likevel til en viss endring i erfaringer hos informantene, og de viser til før og etter sexologisk kompetanse kom inn i bildet. Etter samarbeid med sexologisk rådgiver var det flere informanter som forklarte at ferdighetene hadde vokst gjennom

både observasjon og praksis, og at de følte seg tryggere på å gå inn i nye saker på bakgrunn av dette.

Forventninger til ferdigheter hos helse- og omsorgspersonell presenteres i flere av de nasjonale føringene jeg har vist til. «Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» (Helsedirektoratet, 2017) viser til at ansatte på helsestasjon forventes å arbeide med seksuell helse. Det benyttes i stor grad begrepene «bør» og «anbefales» i retningslinjene, noe som ikke tilsier at dette er noe de ansatte *skal* kunne, men samtidig er tematikken gjennomgående gjennom hele retningslinjen, og det opparbeides en forventning om at seksuell helse skal være et sentralt tema i arbeidet på helsestasjonen, og det synes å forutsette at ansatte har tilstrekkelige ferdighet til å gjennomføre dette arbeidet.

Både «Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» (Helsedirektoratet, 2017) og «Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens» (Helsedirektoratet, 2020a) som tidligere presentert, legger stor vekt på helsesykepleiere som en viktig ressursperson i arbeidet med kjønns- og seksualitetsmangfold. Informantene i denne studien har delt noe som jeg også i mitt arbeid har opplevde at flere helsesykepleiere opplever - at forventningene ikke står i forhold til kunnskapen de får gjennom egen utdanning, og dermed også ferdighetene de innehar for å gjennomføre disse oppgavene.

«Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens» (Helsedirektoratet, 2020a) understreker også kommunens ansvar for å tilby lavterskel helsehjelp. Dette kan for eksempel innebære å arbeide med å trygge barn, unge og voksne i spørsmål knyttet til kjønnsidentitet, individuelt eller ved å organisere samtale- eller støttegrupper (Helsedirektoratet, 2020a). Kunnskap om hvordan å få dette til var det flere av informantene som etterlyste, og de nevnte spesifikt at de ikke opplevde at de hadde verken kunnskap og ferdigheter nok til å ha samtaler som gikk i dybden på tematikk innenfor kjønnsinkongruens. De beskrev opplevelser av at de unge personene de snakket med hadde mange spørsmål og i utgangspunktet mer innsikt enn fagpersonene de møtte, og at de unge

ytret behov for å møte fagpersoner med mer kunnskap enn de selv hadde når det kom til kjønns mangfold.

Innledningsvis presenterte jeg også Veilederen «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» (Helsedirektoratet, 2021) som er tydelig på at det er viktig å arbeide for god seksuell helse hos målgruppen og at det offentlige har et tydelig ansvar. I denne veilederen er Helsedirektoratet klarere i sitt språk, og benytter «skal» og «må» i større grad. Blant annet sies det som nevnt tidligere at kommunen må sørge for grunnleggende kompetanse hos tjenesteytere, og seksuell helse fremheves som et sentralt kompetanseområde (Helsedirektoratet, 2021). I denne forventningen til kompetanse fremstår det som om det både forventes kunnskap og ferdigheter for å arbeide for god seksuell helse.

Veilederen understreker også at personer med funksjonsvariasjon kan være en sårbargruppe for både å bli utsatt for, eller også å utsette andre for seksuell grenseoverskridende atferd (Helsedirektoratet, 2021). Med dette i bakhånd er det viktig å ha seksuell helse på agendaen i arbeid med denne målgruppen. Flere ansatte jeg har snakket med utover informantene har også uttrykt en maktesløshet i forbindelse med opplevelse av manglende kunnskap og ferdigheter for å forebygge grenseoverskridende erfaringer.

Funnene i denne studien viser at informanter generelt i stor grad opplever mangel på kunnskap og heller ikke opplever å ha gode nok ferdigheter til å gå inn i sexologiske problemstillinger, og derved at intensjonene i de ulike nasjonale føringene ikke lar seg oppfylle i ønsket grad.

Informantene uttrykker likevel at de opplever at det skjer en utvikling gjennom samarbeid med sexologisk rådgiver. De opplever at kunnskapen øker, og dermed får de også utviklet ferdighetene sine gjennom praktisk samarbeid.

Holdninger

Holdninger er i følge Lai (2021) noe av det viktigste man kan se på i vurdering av kompetanse. Holdninger er en essensiell del av en persons potensial, og kan både omhandle holdninger til seg selv og holdninger rettet mot ytre faktorer (Lai, 2021).

I «Snakk om det! Strategi for seksuell helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) vises det til ulike samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuell helse, deriblant positive holdninger til seksualitet. Det understrekes også at helsepersoners profesjonalitet og reflekterte forhold til egne holdninger er nødvendig for god kommunikasjon rundt seksualitet og seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Informantene ble ikke stilt direkte spørsmål rundt holdninger. De ble likevel spurt om deres terskel for å gå inn i sexologiske problemstillinger. Samtlige informanter uttrykte at dette var temaer de gjerne gikk inn i, og at seksuell helse var noe de anså som viktig å arbeide med i møte med barn og unge. Dette kan oppfattes som positive holdninger til et tema som ofte ellers er tabubelagt.

Evne

Evner handler om en persons potensiale til å gå inn i en oppgave. Disse evnene kan både omhandle stabile egenskaper, og potensialet til å ta til seg ny kunnskap, ferdigheter og holdninger og å sette dette ut i praksis. Evner kan sees som selve ballasten for hvordan man tilegner seg andre komponenter i kompetansebegrepet (Lai, 2021).

Lai (2021) forteller om uformell kompetanse som det man tilegner seg utenfor utdanningssystemer. Evne og holdninger handler om ballast og egenskaper man ikke har tilegnet seg gjennom systematisk læring, og inngår dermed i en persons uformelle kompetanse.

Figur 3 (side 36) i denne oppgaven viser Lais framstilling av koblingen mellom ulike kompetansekomponeanter. Her kan man se at evnene vises som stabile, ingen andre komponenter påvirker evnene, men at evnene kan påvirke samtlige andre komponenter. I tillegg har de andre tre komponentene, kunnskap, ferdigheter og holdninger, en gjensidig påvirkning på hverandre.

Gjennom deling av sine erfaringer kom det frem at flere av informantene hadde egenskaper som viste interesse for å ta tak i problemstillinger. Det kom også frem gjennom intervjuene at flere av informantene selv opplevde at de hadde potensiale for å ta til seg ny kunnskap og ferdigheter og sette det ut i praksis, da de allerede etter litt samarbeid med sexologisk rådgiver følte seg tryggere i å gå inn i sakene.

Spesialkompetanse

I samtaler rundt behov for sexologisk kompetanse ble temaet samarbeid sentralt. Informantene sa at deres kunnskap vokste gjennom samarbeid, og at ferdighetene utviklet seg, men i noen tilfeller var det likevel viktig å kunne innhente spesialkompetanse fra sexologisk rådgiver.

«Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus» (Helsedirektoratet, 2020b) viser til seksuell helse som et område som skal kartlegges og utredes. I dette forløpet stilles det ikke like tydelige krav til hvordan ansatte i barnevernet skal arbeide konkret med seksuell helse som i de andre nasjonale føringene jeg har vist til.

Forløpet presenterer at barnevernet skal arbeide for å avdekke seksuelle overgrep, og imøtekomme kjønns- og seksualitetsmangfold, og de skal samarbeide med offentlige instanser i sitt arbeid. Det understrekes eksplisitt at de skal innhente sexologisk kompetanse der dette er mulig (Helsedirektoratet, 2020b) Dette viser at Helsedirektoratet har sett viktigheten av sexologisk kompetanse i arbeidet med barn og unges seksuelle helse, knyttet opp mot oppgaver i barnevernstjenestens arbeid.

Samtlige informanter understreket at denne type samarbeid med sexologisk rådgiver er et behov, også etter at egne kunnskaper og ferdigheter var styrket, da det vil være saker som krever en større grad av kunnskap og en spesialisert kompetanse om sexologiske problemstillinger.

5.1.1 PLISSIT i praksis

Jeg har tidligere introdusert de ulike nivåene i PLISSIT-modellen som benyttes i møte med seksuell helse og sexologisk rådgivning.

PLISSIT er en modell som benyttes for å reflektere over egen praksis og kompetanse. Gjennom refleksjonen kan man komme frem til ulike nivåer hvor man er komfortabel med å arbeide med sexologiske problemstillinger.

I innhenting av data til ble det klart for meg at de ulike nivåene i PLISSIT-modellen kommer frem i hva informantene forteller.

«Gi en P» er et ofte brukt uttrykk som oppmuntrer til å vise at man gir tillatelse til å snakke om seksuell helse og seksualitet. Etter «P» i pyramiden kommer «LI» - å gi begrenset informasjon.

«Snakk om det. Strategi for seksuell helse» presenterer PLISSIT-modellen og formidler en forventning til at helse- og omsorgspersonell skal arbeide med seksuell helse, og at det er nødvendig med tilstrekkelig kompetanse. I strategien foreslås det også å styrke den formelle kompetansen hos flere yrkesgrupper, både gjennom grunnutdanninger, videreutdanninger og som tema i fagmøter og seminarer. Det vises videre til at helse- og omsorgspersonell uttaler at temaene seksuell helse og seksualitet er relevante i deres arbeid, men at undersøkelser viser at mange unnlater å snakke om seksuell helse i møte med brukerne. Strategien viser til at ikke alle skal utføre sexologisk rådgivning, men at helsepersonell med minimum 3-årig relevant utdanning bør være i stand til å ivareta de to nederste trinnene i pyramiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

I denne studien kommer det frem at informantene gjerne «gir en P» i møte med barn og unge og dermed viser positive evner og holdninger. Samtlige informanter sier i intervjuene at de gjerne går inn i samtaler om seksuell helse med barn og unge, og med dette viser de seg komfortable med å gi tillatelse til å snakke om dette. Allerede på neste nivå, «LI», forteller flere informanter at de opplever mangel på kunnskap og at oppfølgingen stopper opp. Flere informanter forteller at de opplever at samtalen stopper opp når de ikke har nødvendig kunnskap om seksuell helse for å gi ønsket oppfølging til barn og unge i disse sakene.

De to første funnene i denne studien som omhandler kunnskapsbehov og behov for å praktisere viser nettopp dette: med nødvendig kunnskap på plass vil helse- og omsorgspersonell være bedre rustet for å praktisere saker med sexologisk tematikk.

Informantene sa i intervjuene at så snart de hadde fått noe opplæring gjennom samarbeid eller opplæring fra sexologisk rådgiver var de tryggere i samtalene. Nivå 2 (LI-nivået) var lettere tilgjengelig, og kunne åpne for dypere samtaler i møte med unge som ønsket å snakke om seksuell helse.

Gjennom tilgjengelig sexologisk kompetanse som kan benyttes til opplæring av ansattgrupper, kan vi styrke muligheten for at flere fagpersoner kan arbeide på

nivåene «P» og «LI». Flere fagpersoner kan oppleve trygghet i samtaler om seksuell helse og på denne måten når vi også ut til flere barn og unge.

I datamaterialet kommer det frem at nivået «SS», som omhandler konkrete forslag, er et nivå som informantene sjeldent opererer på. På dette nivået er det ofte behov for en enda større grad av kompetanse, og i flere tilfeller spesialisert kompetanse fra det sexologiske fagfeltet. Dette kan for eksempel gjelde i tilfeller av seksuell dysfunksjon eller medisinsk sexologi.

For å kunne arbeide på dette nivået vil det være sentralt å se på studiens tredje funn: behov for ekstern kompetanse. En viktig del av arbeid ut fra PLISSIT-modellen er å reflektere rundt når man opplever at egen kompetanse ikke er tilstrekkelig, og hvor man kobler på samarbeidende instanser. Ved å kunne samarbeide med sexologisk rådgiver vil man også kunne arbeide med saker på dette nivået i PLISSIT.

Siste nivå i PLISSIT-modellen, «IT», innebærer arbeid med intensiv terapi. På dette nivået er det behov for enda mer spesialisert kompetanse, både innen sexologiske problemstillinger og medisinsk, psykologisk- og terapeutisk arbeid med spesifikke problemstillinger. Jeg valgt å ikke drøfte dette nivået videre i denne studien, da dette stadiet fordrer kompetanse utover sexologisk kompetanse.

5.2 Implikasjoner for praksis

Behovet for kompetanse om seksuell helse blir tydelig beskrevet at informantene.

Ansatte i helse og omsorgspersoner beskriver kunnskapsbehov. De ønsker å lære mer om seksuell helse og sexologi og har behov for denne kunnskapen for å kunne gå videre til å praktisere arbeid med sexologiske problemstillinger.

Det er viktig at seksuell helse blir prioritert i grunn- og videreutdanninger slik at studenter som skal videre til arbeid med barn og unge i helse- og omsorgssektoren har nødvendig kompetanse for å arbeide med problemstillinger knyttet til seksuell helse.

Likevel viser «Kartlegging av SRHR i forskrift og lokale program-, studie- og emneplaner for utvalgte utdanningsløp i Norge» (Josefsson & Solberg, 2022) at dette fokuset er mangelfullt i mange utdanninger. Mange utdanninger, deriblant flere som utdanner fagpersoner som skal arbeide med barn og unge, har svært lite eller ingen

fokus på barn og unges seksuelle helse. Vi kan da heller ikke forvente at ansatte i helse- og omsorgssektor som arbeider med barn og unge på egen hånd, uten ekstern støtte, er klare for å ta tak i sexologiske problemstillinger.

Bevisstgjøring om seksuell helse i høyere utdanninger bør føre til at dette prioriteres i forskrifter, studieplaner og emneplaner. På denne måten kan fremtidige ansatte forventes å ha høyere kompetanse enn personer som utdannes nå, eller har gjennomført utdanning tidligere. Dersom disse endringene gjøres, vil det likevel ta tid å få dem implementert i praksisfeltet, og det vil være lang tid før vi ser virkningene av dette i praksis.

Ved å ansette sexologiske rådgivere i offentlige lavterskelstillinger hvor man ikke trenger henvisninger, og oppfølging er lett tilgjengelig, vil man imøtekomme behov for kompetanse på flere nivåer. Sexologisk rådgivere kan tilby opplæring av ansatte i ulike tjenester, slik at de får nødvendig kunnskap til å arbeide med grunnleggende tematikk innenfor seksuell helse.

Dersom ansatte i helse- og omsorgssektoren som arbeider med barn og unge opplever komplekse saker der egen kompetanse ikke er tilstrekkelig, kan de samarbeide med sexologiske rådgivere som kan gå inn i kliniske saker. Ansettelse av sexologisk rådgiver vil være et lite tiltak sett opp mot den store endringen det kan føre til for offentlige tjenesters tilbud om arbeid med seksuell helse for barn og unge, noe informantene i denne studien fremhever.

Det finnes nå flere personer ansatt i stillinger i helse- og omsorgstjenester som har videreutdanning i sexologi, og dermed innehar sexologisk kompetanse. Dette er en styrke for tjenesten de er ansatt i, men jeg har fått et klart inntrykk gjennom å ha snakket med mange av mine tidligere medstudenter og andre med videreutdanning i sexologi, at det er begrenset hvor mye de opplever at de får bruke sin videreutdanning og sexologiske kompetanse. Stillingen de arbeider i har ofte en klar instruks for mange ulike områder de skal arbeide på, og seksuell helse blir som oftest en begrenset del av dette. Det begrenser også kapasiteten de har til å bistå andre i deres arbeid med sexologiske problemstillinger, eller ha fokus på tverrsektoriell opplæring og samarbeid. Jeg kjenner kun til en håndfull kommuner i Norge som har dedikert en eller flere faste stillinger til offentlig sexologisk arbeid med barn og unge.

De nasjonale føringene i denne studien og funnene jeg har gjort i denne studien synes å være samsvarende: seksuell helse blant barn og unge bør prioriteres. Strategien «Snakk om det» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) skriver om forebygging av krenkelser, fordommer, mobbing, trakassering og helseplager. Direktoratet trekker frem kunnskap og informasjon som avgjørende for forebygging av seksuell uhelse. Offentlig ansatte sexologiske rådgivere bør være et tiltak som flere kommuner velger å prioritere. Det vil være en viktig investering i god psykisk og seksuell helse hos våre barn og unge.

5.3 Styrker og svakheter

Studiens styrke er at den, så langt jeg har erfart, er den første som tematiserer fagpersoners opplevde behov for sexologisk kompetanse i arbeid med barn og unge.

Det foreligger også svakheter i studien.

Reliabilitet handler om studiens pålitelighet og *validitet* handler om metoden man har valgt undersøker det den er ment å undersøke. Innen kvalitativ forskning gjennom intervju er reliabilitet en utfordring, og med et fenomenologisk utgangspunkt er det ikke heller nødvendigvis et mål. For å undersøke reliabiliteten kan man reprodusere en lik studie og se om resultatene blir like. Fenomenologien viser til at informanternes erfaringer deles i møte med deres bevissthet. Denne bevisstheten kan eksempelvis være endret etter intervjurunde én, blant annet med bakgrunn i at man har fått ny innsikt i tematikken. Flere fenomenologiske forskere benytter derfor begrepet pålitelighet som heller ser på om undersøkelsen er konsekvent gjennomført og ville gitt stabile resultater dersom den ble gjennomført av andre forskere eller med andre metoder (Postholm, 2010). Dette kan ikke vurderes nå, men kan eventuelt være gjenstand for annen forskning. For å styrke reliabiliteten i studien er alle deler av datainnsamlingen og analysen gjort så gjennomसiktig som mulig.

Validiteten i kvalitativ metode omhandler valg av metode og om alle de ulike delene av metodevalget på best mulig måte belyser det jeg ønsket å forske på (Brinkmann & Kvale, 2018). For å styrke validiteten i studien har jeg beskrevet de ulike leddene i valg av metode og begrunnet mine valg. Et eksempel på dette er i utvalg av informanter. Utvalget består av kun av seks informanter, og det er gjort tydelige avgrensninger i hvem som har blitt intervjuet. Kun informanter som har konkret

erfaring med samarbeid med en sexologisk rådgiver har blitt inkludert i studien. Funnene er derfor påvirket av den erfaringen informantene har som følge av et slikt samarbeid. At utvalget er lite og kriteriene for deltakelse er avgrenset kan være en svakhet i oppgaven, og studiens resultater og konklusjon må derfor forstås i lys av dette.

Dersom det hadde vært inkludert ansatte uten erfaring med å samarbeide med sexologisk rådgiver ville trolig funnene vært annerledes. Dette fører også til en annen svakhet: en kvalitativ studie er generelt ikke generaliserbar. Dersom generalisering er et mål må man i forskning med kvalitative intervjuer ikke tenke om resultatene kan generaliseres globalt, men om de kan overføres til andre relevante situasjoner. (Brinkmann & Kvale, 2018). Jeg har gjennom mine valg av metode og i min gjennomføring av studien søkt å få resultater som i størst mulig grad kan være overførbare til andre relevante situasjoner.

Jeg har gått inn i studien med en nysgjerrighet på å få svar på spørsmålet jeg stiller i problemstillingen min. Behov for sexologisk kompetanse er noe jeg har ønsket å se nærmere på lenge, og det var et naturlig valg av tema for min masteroppgave. Samtidig hadde jeg med meg en forforståelse, som jeg har gjort rede for tidligere i oppgaven. Det er klart at denne, selv om den er forsøkt nedtonet og «satt parentes rundt» i både intervjuer og analyse, kan ha påvirket retningen av funnene i denne studien.

6.0 Konklusjon

Etter gjennomført studie er min opplevelse at behovet for kompetanse om seksuell helse beskrives med stort engasjement og en tydelig bredde. Det er presentert tre hovedfunn; kunnskapsbehov, behov for å praktisere og behov for ekstern kompetanse.

Forventningen om at fagpersoner skal arbeide med seksuell helse og sexologiske problemstillinger beskrives i flere nasjonale føringer, men kompetansen som behøves for at de som arbeider med barn og unge skal kunne ta tak i dette, er ikke på plass.

Likevel er mine informanter kunnskapstørste. De ønsker mer kunnskap og å praktisere det de kan og det de lærer. Dette gir potensiale for intern kompetanseheving som igjen kan føre til mer arbeid med sexologiske problemstillinger blant barn og unge.

Folkehelse er et sentralt satsningsområde i offentlig sektor. De faglige rådene viser til at kommunen bør integrere strategier for å fremme seksuell helse, og at dette arbeidet skal gjøres på tvers av relevante sektorer.

Sexologiske rådgivere, ansatt i lavterskelstillinger, tilgjengelig for opplæring av andre ansatte og tverrfaglig samarbeid, er en god strategi for å gjøre akkurat dette, og for å sette seksuell folkehelse klart og tydelig på agendaen i arbeid med barn og unge.

Referanseliste

- Almås, E. (2004). *Sex og sexologi*. Universitetsforl.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg. utg.). Universitetsforl.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2018). *Doing Interviews* (Second. utg., Bd. 2). 55 City Road: SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529716665>
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (Sixth edition. utg.). SAGE.
- Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). *Sexologi : faglige perspektiver på seksualitet* (1. udgave. utg.). Munksgaard.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*.
- Helsedirektoratet. (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030*. (IS-1966). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonale faglige råd for lokale folkehelseiltak - veiviser for kommunen* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens>
- Helsedirektoratet. (2020b). *Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus* Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2021). *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>
- Helsedirektoratet. (2023, 9. juni 2023). *Sentrale begreper på seksuell helse-området*. Helsedirektoratet. Hentet 27. august 2023 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/seksuell-helse/sentrale-begreper-seksuell-helse>

Josefsson, K. A. & Solberg, A. S. (2022). *Kartlegging av SRHR i forskrift og lokale program-, studie- og emneplaner for utvalgte utdanningsløp i Norge.*

Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (4. utgave. utg.). Fagbokforlaget.

Le Deist, F. D. & Winterton, J. (2005). What Is Competence? *Human resource development international*, 8(1), 27-46.

<https://doi.org/10.1080/1367886042000338227>

NFKS. (u. å.). *NACS-autorisasjon*. Norsk Forening for Klinisk Sexologi. Hentet 14. september fra <https://www.nfks.no/autorisasjon/>

Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier.*

Rachlew, A. (2010). Å forske på sine egne : metodiske og etiske utfordringer knyttet til forskning på egen profesjon. s. 127-149.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.

Universitetet i Agder. (u. å.). *Sexologi. Etter- og videreutdanning*. Hentet 14. september fra <https://www.uia.no/studier/sexologi>

Vedlegg I: Søkelogg EBSCO Host

Søkeord	Treff	Relevans	Kommentar
«public» «sexologist»	3	Ingen	
«offentlig» «sexolog*»	0		
«public» «sexolog*»	8	Ingen	
«sexological» «competence»	2	Ingen	
«kompetanse» «sexolog*»	0		
«sexolog*» «children»	3	Ingen	
«barn» «sexolog*»	0		
«sexolog*» «adolesc*»	18	Ingen	
«ung*» «sexolog*»	0		
«health work*» «sexual*» «adolesc*»	189	Ingen*	<p>*Treffene var fordelt på følgende hovedoverskrifter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reproductive health - sexual health - health service accessibility - hiv infections - sexually transmitted diseases - contraception <p>Jeg valgte meg to hovedoverskrifter blant disse:</p> <p>Sexual health: 37 treff, ingen relevans</p> <p>Health service accessibility: 22 treff, ingen relevans</p>

Intervjuguide

Tema:

I min masteroppgave ønsker jeg å se på følgende problemstilling:
«Hvor ligger behovet for sexologisk kompetanse i kommunal helsetjeneste for barn og unge?»

Forberedelser og innledning til intervju

I forkant av intervjuet vil jeg sørge for å ha analog opptaker tilgjengelig.

Innhenting av samtykke gjennomføres med samtlige informanter. Skjema for dette, samt intervjuguide er utarbeidet før intervjuet gjennomføres.

I intervjusituasjonen:

- Ønske velkommen og takke for oppmøte.
- Gjennomgang av opplysninger om ivaretagelse av anonymitet fra skjema for innhenting av samtykke. Avklare at tillatelse til opptak av samtale, samt plan for oppbevaring av informasjon er godkjent. Gi anledning til å stille spørsmål.
- Opplyse om at man når som helst kan trekke samtykket.
- Kort presentasjon av bakgrunn for og formål med forskningen
 - o Svært få helsestasjoner i Norge har sexologer ansatt i egne stillinger som sexolog/sexologisk rådgiver. Jeg har fått være med å opprette og utvikle en slik stilling på Arendal helsestasjon, og har innehatt stillingen siden august 2019. Jeg har i mitt arbeid fått flere henvendelser fra ulike samarbeidspartnere som har etterspurt min sexologiske kompetanse og ønsker å se nærmere på hvor behovet for denne kompetansen befinner seg i kommunalt arbeid med barn og unge.
- Forklare at planen er å gjennomføre dette intervjuet ut ifra spørsmål som er samlet i intervjuguide. Forespeile at intervjuet vil ta 1-1,5 time, og si at det kan komme spørsmål om å få stille oppklarende/utdypende spørsmål i ettertid. Avklare at dette er greit for informant.

Gjennomføring av selve intervjuet

Gi informant god tid til å svare på følgende spørsmål:

- Hvilken stilling/tjeneste er du ansatt i og hva er din utdanning?
- Hva legger du i begrepet «sexologisk kompetanse»?
- I ditt arbeid med barn og unge: hvor opplever du behov for sexologisk kompetanse?
- I saker der du/dere har koblet på personer med sexologisk kompetanse: hvorfor opplevde du/dere at egen kompetanse ikke var tilstrekkelig?
 - o I egen utdanning: hvor mye sexologisk kompetanse tilegnet du deg?

- Hvor mye erfaring har du med å jobbe med sexologiske problemstillinger?
 - Hvor høy er din terskel for å gå inn i sexologiske problemstillinger?
 - Hvordan opplevde du at kompetansen påvirket saken? Endret den noe, tilføyde den noe?
- Hvilke forventninger har du til en ansatt med sexologisk kompetanse?
 - Hva gjorde du i liknende saker før sexologisk kompetanse ble tilgjengelig?
 - Kan du se for deg/sammenlikne dette med andre områder hvor du trekker inn andre tjenester/personer grunnet deres kompetanse?
(Hva ligger bak avgjørelsen for å trekke inn disse?)
 - Kan du se for deg andre områder det kan være nyttig å benytte seg av en eventuell sexologisk kompetanse i kommunen, annet enn det som er nevnt?
 - Avslutte med å opplyse om at jeg ikke har flere spørsmål. Gi informanten rom til å komme med eventuelle andre opplysninger eller spørsmål de ønsker å ta opp.

Avslutning av intervju situasjonen

Det er viktig å sette av tid til evaluering av intervjuet ved å spørre informanten hvordan deres opplevelse var.

Det er også her naturlig å avklare hvordan jeg vil ta kontakt dersom det blir aktuelt med oppfølgingsspørsmål.

Jeg vil dobbeltsjekke at informanten har min og min veileders kontaktinformasjon, og understreke at de ikke må nøle med å ta kontakt dersom de har noen spørsmål.

Til slutt vil jeg takke for at informanten stilte opp.

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvor ligger behovet for sexologisk kompetanse i kommunal helsetjeneste for barn og unge?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente informanters erfaringer knyttet til behov for sexologisk kompetanse i møte med barn og unge. Dette er et mastergradsprosjekt som også vil kunne publiseres vitenskapelig og presenteres i seminarer, konferanser o.l. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg arbeider som sexologisk rådgiver ved Arendal helsestasjon, en stilling som er forholdsvis ny og også ikke finnes i mange kommuner. I mitt arbeid har jeg registrert at både kollegaer og samarbeidspartnere tar kontakt for samarbeid knyttet til saker der min sexologiske kompetanse kan være til nytte.

Dette har gjort at jeg i min masteroppgave ved Universitetet i Agder ønsker å se nærmere på hvor dette behovet for sexologisk kompetanse ligger, sett med kollegaers og samarbeidspartneres blikk.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder, institutt for psykososial helse er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har valgt å spørre opp til 10 ulike samarbeidspartnere/kollegaer om å delta i studiet. Informantene vil ha ulik faglig bakgrunn og yrkesroller, men felles for alle vil det være at informanten eller deres tjenester har tatt kontakt for samarbeid med sexologisk rådgiver i Arendal kommune.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet innebærer det å ta del i intervju der vi begge er fysisk til stede sammen. I utgangspunktet vil det være snakk om ett intervju, men dersom det er behov for oppklaringer eller supplerende informasjon i det videre arbeidet vil jeg ta kontakt med deg for å innhente dette, også dette gjennom et kortere intervju.

Under intervjuet vil jeg ha med analog båndopptaker for å spille inn informasjonen som blir gitt slik at det videre kan transkriberes. I transkriberingen vil jeg ikke benytte navn eller andre direkte personidentifiserbare opplysninger. Så snart det er transkribert vil opptaket slettes. De transkriberte intervjuene vil oppbevares digitalt. Dersom det under intervjuet kommer opplysninger som kan medføre risiko for indirekte personidentifisering, drøftes dette spesifikt med informanten hvordan dette skal anonymiseres.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket, og det er kun meg som student og min veileder som vil ha tilgang på disse.

Jeg vil ikke registrere ditt navn sammen med dine transkriberte opplysninger, dette vil jeg lage et koderegister for, og informasjonen du har gitt vil være lagret et annet sted enn kodenenes innhold med opplysning om informant.

Du vil være anonymisert i masteroppgaven, og vil ikke kunne gjenkjennes i eventuelle andre skriftlige publikasjoner. Du vil heller ikke kunne bli gjenkjent ved muntlige presentasjoner i seminarer, konferanser o.l.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes desember 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Agder ved førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen, tor-ivar.karlsen@uia.no.
- Vårt personvernombud: Trond Hauso, personvernombud@uia.no

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], 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 IV: Godkjenning NSD

25.10.2022, 14:10

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Hvor ligger behovet for sexologisk kompetanse i kommunal helsetje...](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
475725	Standard	08.09.2022

Prosjekttittel

Hvor ligger behovet for sexologisk kompetanse i kommunal helsetjeneste for barn og unge?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

Prosjektansvarlig

Tor-Ivar Karlsen

Student

Berit Bulien Jørgensen

Prosjektperiode

25.08.2022 - 31.12.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TILLATELSER

Det skal innhentes etisk godkjenning fra Komite for forskningsetikk ved Fakultet for helse og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder.

TAUSHETSPLIKT

Utvalget har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltindivider eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, i tillegg til navn. Dette kan være: alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Dere må også være forsiktige med å bruke eksempler under intervjuene. Husk å minne den ansatte på taushetsplikten og hva dette inkluderer før intervjuet starter.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/630752d4-0372-492a-a58d-a0a7a3c34298>

1/2

Vedlegg V: Godkjenning FEK



Berit Bulien
Jørgensen

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 24/11/2022

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Hvor ligger behovet for sexologisk kompetanse i kommunalt helsearbeid med barn og unge?

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO