



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet- Institutt for helse- og omsorgsfag

## **Holdninger til kjønn og kjønnsroller**

En intervjustudie med helsesykepleiere

Lene Margrethe Kvandal

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag 3903 Mai 2020

## Forord

Endelig skal jeg levere masteroppgaven! Det har vært noen svært lærerike, men travle år, med stort sett full jobb, skole og småbarn-tilværelse. Det er flere som har bidratt til at jeg endelig kom i mål, og som fortjener en takk.

Aller først vil jeg starte med å takke helsesykepleierne som tok seg tid til å snakke med meg. Uten deres åpenhet og deres tanker og kunnskap hadde jeg ikke kunne skrive denne masteroppgaven. Heldige er de barn og unge som møter akkurat dere!

Min veileder Anne Clancy fortjener en stor takk for veldig god oppfølging og støtte og for at hun motiverte meg til å fullføre dette prosjektet.

Videre vil jeg takke Hege Andreassen på Senter for Kvinne- og Kjønnforskning for veiledning og støtte og Norsk Sykepleieforbund for stipend.

Takk til alle mine venner og gode kollega for støtte og heiarop. Takk til Katrine for praktisk hjelp og støttende samtaler når det gikk mot innleveringsdato. Spesielt takk til svigersøster Silje og Ingeborg som igjennom hele studiet fra bacheloroppgaven til masterprogram i tillegg til å ha være min egen heilagjeng, har lest korrektur og kommet med innspill.

Til slutt vil jeg gi en stor takk til min familie. Mamma og pappa, for all deres praktisk hjelp og støtte i alle mine studieår, dere er verdens beste. Og til Vidar og mitt hjerte Patrick som har sittet sammen med meg i berg-og-dalbanen rett før innlevering og motivert meg - nå skal vi feire!

Jeg er virkelig heldig!

Narvik, mai 2020

## Sammendrag

**Bakgrunn/tema:** I helsefremmende arbeid fyller helsesykepleieren en viktig rolle, de vil gjennom arbeidet møte de fleste barn og unge i sin kommune. På grunn av økt fokus på kjønn i samfunnet, vil måten helsesykepleier møter trange kjønnsnormer og roller generelt, uansett seksualitet eller kjønnsidentitet, anses som svært viktig. Helsesykepleierne skal, ifølge de nye retningslinjene, føre et kjønns- og legningsnøytralt språk.

**Problemstilling:** *«Hvilke holdninger har et utvalg helsesykepleiere til normer for kjønn og kjønnsroller, og hvilken strategi bruker de i møte med barn og ungdom».*

**Metode:** Denne studien er en kvalitativ undersøkelse. Den bygger på fem dybdeintervjuer av helsesykepleiere, hvor holdninger og strategier knyttet til normer for kjønn og kjønnsroller i møte med barn og unge tas opp. Jeg har brukt Aksel Tjoras stegvis-deduktive induktive metode i analysearbeidet.

**Teori:** Det teoretiske grunnlaget for studien består av Judith Butlers teori om kjønn og Pierre Bourdieu sin teori om habitus. Jeg har i tillegg anvendt helsefremmende teori og empowerment. Funnene ble også drøftet opp mot relevant forskning.

**Resultat:** Funnene i min studie viser at helsesykepleierne har fokus på, og ønsker å ivareta mangfoldet av kjønn og seksualitet. Helsesykepleierne utfordrer heteronormativitet og har et nyansert syn på tokjønnsmodellen. De har i tillegg fokus på å føre et kjønns- og legningsnøytralt språk. Helsesykepleierne både utfordrer og reproducerer kjønnsroller. Dog er dette ikke en enkel oppgave, og helsesykepleierne bør tilegnes økt kompetanse på området. Dette bør implementeres allerede i utdanningen.

## Abstract

**Purpose:** A public health nurse plays a key role in the health promotion work amongst the children and adolescents in their municipality. Because of the growing focus on gender in our society, the work a public health nurse conduct in their meetings with challenging gender norms and in fact roles for all, regardless of sexuality and gender identity, is considered incredibly important. According to the new guidelines, public health nurses must apply a gender-neutral language.

**Thesis question:** «*What attitudes and strategies do public health nurses have regarding gender and gender norms in dealing with children and adolescents*». To answer this, I have formulated these research questions:

**Method:** This study is a qualitative survey and is built up by five in-depth interviews of public health nurses, it addresses attitudes and strategies related to gender norms in contact with children and adolescents. I have used Aksel Tjora's step-deductive inductive method in the analysis work.

**Literature/theoretical basis:** The theoretical basis of the study consists of Judith Butler's theory of gender and Pierre Bourdieu's theory of habitus. I have in addition used health promotion theory and empowerment. The findings were also discussed against relevant research.

**Results:** The findings in my study show that public health nurses are focused on and want to preserve the diversity of gender and sexuality. The public health nurse challenges heteronormativity and has a nuanced view of the two-gender model. They also focus on conducting a gender- and orientation-neutral language. Public health nurses both challenge and reproduce gender roles. However, this is not considered an easy task, and the expertise for the public health nurse in the field should increase. This should be included in the education.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	5
1.1	Forhåndsbestemte roller .....	6
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	7
1.3	Oppgavens struktur.....	7
1.4	Oppgavens formål .....	8
1.5	Begrunnelse for valg av tema .....	8
1.6	Begrepsavklaring:.....	9
1.7	Avgrensninger og presiseringer .....	10
2	Teori.....	11
2.1	Hvorfor et kjønnsperspektiv i helsesykepleien? .....	11
2.2	Fra kjønnsroller til konstruksjon av kjønn.....	12
2.3	Kjønn som performativet.....	13
2.4	Kjønn som Habitus.....	14
2.5	Det helsefremmede perspektivet og helsesykepleiers rolle .....	15
2.6	Tidligere studier .....	17
3	Metode .....	20
3.1	Valg av metode: .....	21
3.2	Forforståelse.....	22
3.3	Planlegging og gjennomføring av datamaterialet .....	23
3.3.1	Rekruttering og utvalg av deltakere .....	23
3.3.2	Gjennomføring av intervju .....	25
3.4	Håndtering av datamaterialet.....	25
3.4.1	Transkribering.....	25
3.4.2	Analyse av empirisk data.....	26
3.4.3	Gruppering av koder.....	28
3.4.4	Utvikling av konsepter .....	31

3.5	Etikk og anonymisering.....	31
4	Presentasjon av funn: .....	32
4.1	Forventninger til kjønn .....	33
4.2	Fokus på kjønn og seksualitet .....	37
4.3	Kunnskapsbehov om kjønn og inkluderende språk.....	40
4.4	Oppsummering funn.....	41
5	Diskusjon: .....	42
5.1	Helsesykepleier både utfordrer og reproducerer kjønnsroller og normer for kjønn..	42
5.2	Mulighetsrom .....	46
5.3	Kunnskapsbehov om kjønn og inkluderende språk.....	48
6	Metodediskusjon.....	50
7	Avslutning .....	51
7.1	Oppsummering.....	51
7.2	Videre forskning.....	52
8	Referanseliste .....	54
	Vedlegg 1 .....	58
	Vedlegg 2.....	64
	Vedlegg 3.....	65
	Vedlegg 4.....	67
	Vedlegg 5.....	68
	Vedlegg 6.....	69

# 1 Innledning

Et av helsestasjons- og skolehelsetjenestens formål er å fremme psykisk og fysisk helse, forebygge sykdommer og skader og fremme gode sosiale og miljømessige forhold, jf. forskriften § 1-1. Tilbudet skal være kultursensitivt og tilpasset den enkeltes behov og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2019). I 2017 kom det nye nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. En sterk anbefaling<sup>1</sup> er at skolehelsetjenesten bør bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk. Dette blant annet for å bygge en åpen og inkluderende kultur der mangfoldet av kjønn og seksualiteter anerkjennes. Men også for å forebygge diskriminering basert på kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og/eller seksuell orientering og for å skape en trygg ramme for at den enkelte elev selv kan definere hvem hen identifiserer seg som, eller tiltrekkes av (Helsedirektoratet, 2019).

Retningslinjene har i tillegg en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten skal bidra til undervisning om seksuell helse og at de har en normkritisk tilnærming. Dette innebærer blant annet at undervisningen er kritisk til roller og normer i samfunnet med tanke på kjønnsroller, familieliv og seksualitet, og at man i undervisningen utfordrer en etablert praksis. Den økte bevisstheten i de nye retningslinjene knyttet til ulike legninger og aksept for at mennesker er ulike er bakgrunnen for at dette er fremhevet (Helsedirektoratet, 2019).

Leder i Seksualpolitisk nettverk for ungdom hevder at lærere og helsesykepleiere hverken har nok kompetanse eller tør å prate åpent med ungdom om seksualitet, og etterlyser en seksualundervisning som blant annet er sexpositiv, som tar opp temaer som kjønnsroller og normkritikk og har et trygt, normkritisk språk som inkluderer alle (Stenslie, 2020).

I det daglige er kjønn kanskje ikke noe vi tenker på, men forventningene til kjønn og hvordan vi skal oppføre oss er godt forankret i oss mennesker, så forankret at enkelte barn ikke får

---

<sup>1</sup> *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer IS/1870*

mulighet til å være seg selv fullt ut. Håndballspiller Anja Hammerseng-Edin forteller for eksempel om da hun ble spurt av en journalist om hun egentlig ønsker å være gutt, noe som kjæresten og samboer Gro Hammerseng-Edin mener er relatert til folks forventninger til hvordan en jente skal se ut og kle seg. Anja forteller at hun ønsker å være jente på sin måte (Bakke, 2020). Kjønnsnormene kommer kanskje tydeligst til uttrykk når de brytes ved at noen ikke passer inn i forventningene som er tillagt rollen. Normer for kjønn har dype røtter og bidrar til å begrense alle individers muligheter allerede i tidlig alder, men særlig kan dette gjelde de som på ulike måter bryter med tokjønnsmodellen og heteronormen (NOU 2019: 19, 2019, s. 19).

Som helsesykepleier som jobber med barn og unge er jeg opptatt av barn og unges oppvekstvilkår og det å skape et rom for barn å være seg selv fullt og helt. For å gjøre dette, må vi fokusere på menneskelige egenskaper og ikke skille feminint og maskulint. I mitt møte med barn og familier, samt diskusjoner med kollegiet har jeg fattet interesse for hvordan vi evner og inkluderer homofile og transpersoner. Jeg mener at helsesykepleier har en viktig rolle i møte med trange kjønnsnormer og roller for alle, uansett seksualitet eller kjønnsidentitet.

## **1.1 Forhåndsbestemte roller**

I Norge deles vi mennesker i to samfunnsgrupper med tanke på kjønn, du er enten mann eller kvinne. Biologisk sett baseres denne inndelingen på det fysiologiske, hormoner, gener og fysikk. Sosialt kjønn er de forventningene vi har til de forskjellige kjønnene, der sosiale og kulturelle forskjeller spiller inn og medvirker til at en oppfattes som enten mann eller kvinne (Ingstad, 2014, s.82). Måtene vi er kvinner og menn på endres, likevel bærer vi det tradisjonelle med oss. Kjønnenes form og uttrykk kan endre karakter uten at innholdet, verdien og ideen om kjønn endres. Vi tar disse for gitt og setter ingen spørsmåltegn ved dem. Det eksisterer en forståelse som gir noen ubeviste kjønnkulturelle føringer (Hennum, 2002). Det å bli mann og det å bli kvinne læres i samhandling med andre og hver generasjon gjensker sine kjønnsroller som igjen er farget av den kulturen vi lever i. Disse kjønnsrollene er vanskelige å endre på da de blir sett på som naturlige og medfødte (Træen, 2017).

Formelt sett har norske gutter og jenter samme mulighetene når det gjelder for eksempel utdanning og arbeidsliv. Men tradisjonelle forventninger for gutter og jenter kan begrense



deres frihet til å gjøre valg på kjønnsnøytralt grunnlag. Aasland (2018) hevder at vi allerede som småbarn behandler guttebabyer og jentebabyer ulikt. Dette gjelder blant annet vedrørende deres seksualitet. Ofte får guttebabyer ta på seg selv lengre enn jentebabyer og naturligvis vil denne forskjellbehandlingen påvirke barn på en eller annen måte og forme dets forhold til egen kropp og kjønnsorganet som er en viktig aktør i seksualiteten.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av ovennevnte betraktninger har jeg valgt følgende tema og problemstilling:

*«Hvilke holdninger har et utvalg helsesykepleiere til normer for kjønn og kjønnsroller, og hvilken strategi bruker de i møte med barn og ungdom».*

For å svare på denne problemstillingen har jeg formulert disse forskerspørsmålene:

1. Utfordrer eller reproducerer helsesykepleiere kjønnsroller og bruker helsesykepleier et kjønnsnøytralt språk?
2. Har retningslinjene ført til faktiske endringer av helsesykepleiers praksis eller reproducerer vi kjønnsstereotyper knyttet til kjønn?

For å besvare denne problemstillingen benytter studien seg av fem intervjuer med norske helsesykepleiere. Studien vil altså ta opp og diskutere problemstillingen ut fra disse helsesykepleiernes tanker og erfaringer rundt kjønn og kjønnsroller.

## 1.3 Oppgavens struktur

Videre i kapittel 1 skal jeg beskrive oppgavens formål, begrunnelse for valg av tema og beskrive studiens avgrensning og presisering.

I kapittel 2 vil jeg redegjøre for studiens teoretiske utgangspunkt, litteratur og tidligere forskning som er relevant for studien.

I kapittel 3 presenterer jeg metoden som er brukt og hvilket valg jeg har gjort underveis i prosessen. Jeg vil vise hvordan jeg planla og gjennomførte studien samt hvordan jeg har håndtert datamaterialet. Jeg vil gjøre rede for min egen forforståelse og etiske hensyn som er gjort.

I kapittel 4 vil jeg presentere funnene som jeg kom fram til etter analysen og som er relevante for å besvare min problemstilling.

I kapittel 5 vil jeg se nærmere på studiens funn, sett i lys av teori. De tre kategoriene som var mest fremtredende i analysen blir vektlagt i drøftingen.

## **1.4 Oppgavens formål**

Denne oppgavens formål er å undersøke et utvalg av norske helsesykepleieres strategier og holdninger til kjønn og kjønnsroller i møte med barn og unge og om hvordan de følger opp de politiske intensjonene om å bruke et kjønnsnøytralt språk til ungdom. Jeg vil også se på hvordan det helsefremmede arbeidet gjenspeiles i hvordan de møter barn og unge.

## **1.5 Begrunnelse for valg av tema**

Kjønn preger vår hverdag og møter mellom mennesker både gjennom fordommer og forventninger vi har i møte med andre. Endringer i holdninger til kjønn krever bevissthet og kunnskap om hvordan kjønn er med på å påvirke barn og unges valg og muligheter. Menn og kvinner behandles ulikt av helsepersonell, selv om helsepersonell selv ikke mener at dette er tilfelle (Thornquist, 2001). Det er interessant å se på om en politisk intensjon som å snakke kjønnsnøytralt blir fulgt opp, og i så fall hvordan det blir fulgt opp. Jeg mener dette kan bli et viktig supplement til forskning innenfor det forebyggende og helsefremmende arbeidet, fordi kjønnsstereotypene kan ha negative konsekvenser for helse, trivsel og reell seksuell likestilling. Eksempelvis er jenters seksualitet underlagt flere restriksjoner enn gutters, og de risikerer i større grad å bli kalt hore dersom de bytter sexpartner for ofte (Træen, 2017), og mannlig homoseksualitet fremdeles er plassert relativt lang nede i det maskuline kjønnshierarkiet (Mühleisen, 2014). Kunnskap og forståelse av kjønn er viktig for at kvinner og menns helse skal bli tatt like alvorlig. Helsesykepleiere som jobber med og underviser barn og unge, blant annet innen seksuelle helse og deres holdninger og strategier, vil kunne påvirke hvilken kunnskap som videreformidles.

## **1.6 Begrepsavklaring:**

Definisjoner av begrepene som handler om kjønn og seksualitet har jeg hentet ut fra Bufdirs lhbt-ordliste og skeivungdom.no

### **Kjønns mangfold**

Kjønns mangfold er ifølge Bufdir et perspektiv som står i kontrast til tokjønnsmodellen, og handler om at det finnes mange måter å være kvinne/mann, gutt/jente på, både for homofile, heterofile, lesbiske, bifile og transpersoner. Begrepet åpner også opp for at det finnes flere kjønnsidentiteter enn kvinne og mann. Begrepet kan bidra til å skape rom for ulike kjønnsuttrykk-, preferanser og identiteter uten å kategorisere.

### **Transperson**

Transperson er et paraplybegrep for personer som har et utseende eller identitet som uttrykker et annet kjønn enn det som ble registrert for dem ved fødsel.

Det vanligste er å ha en identitet eller kjønnsuttrykk som er motsatt det biologiske utgangspunktet. Noen transpersoner føler at de verken er menn eller kvinner og utfordrer vårt todelte kjønnssystem ved å innta plassen som et tredje kjønn, eller ved ikke å definere seg i kjønnskategorier overhodet.

Å ha en transidentitet handler om en persons selvopplevde kjønnstilhørighet eller hvordan denne uttrykkes. Det sier ikke noe om personens seksualitet eller seksuelle legning.

Transpersoner kan være skeive, lesbiske, heterofile, bifile eller homofile.

### **Heteronormativ**

Heteronormativitet betyr at heteroseksualitet og ciskjønn stort sett alltid blir tatt for gitt når mennesker møtes. Heteronormen omfatter de kulturelle og sosiale institusjoner, normer, praksiser og språk som reflekterer at samfunnet og kulturen forutsetter at alle mennesker er heterofile. Den heteronormative seksualiteten har fokus på reproduksjon, og den heterofile kjernefamilien blir naturgitt og universell. Det gjør at lhbt-personer blir sosialt usynlig og annenrangs. I et heteronormativt samfunn er alle ikke-heterofile i minoritet og antas å være heterofile med mindre det motsatte er bevist.

## **Kjønnsdysfori**

En medisinsk betegnelse som forklares som ubehag forårsaket av manglende samsvar mellom en persons kjønnsidentitet og det kjønn personen ble tillagt ved fødselen (og den assosierte kjønnsrollen).

(Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020).

## **Normer**

Uskrevne regler, tanker og idéer som vi tar for gitt i samfunnet. Normer skaper forventninger til hvordan vi skal oppføre oss og til hvordan vi skal være. De skaper idealer som forteller hva som er positivt, ønskelig og fordelaktig, og hva som ikke er det.

(skeivungdom.no)

## **1.7 Avgrensninger og presiseringer**

Mange oppfatninger av kjønn kan være relevant for denne oppgaven, men det er det sosiale aspektet som jeg ønsker å belyse. For selv om biologien spiller en rolle vil de fleste forskjellene vi ser mellom kjønnene og konsekvensene mennesker møter i kraft av det kjønn de har, skyldes sosial påvirkning og ikke biologi. Kjønn i medisinsk forskning er viktig, og disse forskjellene må tas hensyn til i møtet med gutter og jenter. Denne oppgaven vil ikke ta for seg om og hvordan kvinner og menn, jenter og gutter er biologiske ulike.

Seksualiteten er biologisk nedlagt i mennesket men likevel finnes det ikke to kulturer med de samme seksuelle spillereglene både vedrørende hvordan vi tenker om seksualitet, og hva som er bra eller dårlig, og hva som er riktig eller galt. Når, hvor, med hvem og hvilken rammer som oppfattes som naturlig og normalt i vårt samfunn er noe vi lærer ifølge Træen (2017, s. 287). Det vil si at seksualitetens uttrykksformer er sosiale konstruksjoner og henger sammen med regler, normer og forventninger – og således aldri fri (Træen, s. 287). Med dette som bakteppe vil jeg i denne oppgaven se på seksualitet og kjønn som sosialt konstruert.

Et kjønns- og legningsnøytralt språk vil si at man ikke antar barnet eller ungdommens kjønn eller seksuelle orientering. Et eksempel på anvendelse av kjønns- og legningsnøytralt språk er å snakke om forelskelse og kjæresten uten en forventning om at det er mellom gutt og jente.

Det anbefales å bruke dette både i undervisning og i individuelle samtaler

(Helsedirektoratet, 2019). Jeg vil også bruke ordet inkluderende språk. Jeg snakker da om både kjønn- og legningsnøytralt språk.

## **2 Teori**

For å besvare problemstillingen er det hensiktsmessig å bruke teori knyttet til kjønn og kjønnsroller. Thornquist (2001) hevder at alle mennesker, også fagutøvere, bidrar til å skape kjønn gjennom sine handlinger, både av kroppslig og språklig art. Helsearbeidere vil påvirkes som alle andre av rådende diskurser og kjønnspraksiser. Mitt teoretiske utgangspunkt i oppgaven er en sosial konstruktivistisk forståelse av virkeligheten som legger vekt på at kjønn skapes igjennom handlinger av både språklig og kroppslig art (Thornquist, 2001). Den helsefremmende tilnærming er viktig som teoretisk referanse og jeg vil også anvende teori derfra da Helsearbeidere har en viktig rolle i det helsefremmende arbeidet (Kvarme, 2016, s. 75).

I dette kapitlet ønsker jeg å redegjøre for aktuell forskning på feltet og teoretiske utgangspunkt som jeg anser som relevant for å besvare min problemstilling.

### **2.1 Hvorfor et kjønnsperspektiv i helsearbeid?**

Kunnskap om biologi, kvinners og menns kropp, er avgjørende for å forstå deres daglige liv og lidelse (Lorentzen, 2006, s. 24). Symptomer ved sykdom og behandling av sykdom vil kunne være ulik ut ifra om du er mann eller om du er kvinne (Ingstad, 2013, s. 86).

Historisk sett har den biologiske vitenskapen hatt mye å si for oppfattelsen av kjønnforskjeller som en total sannhet. Denne oppfattelsen har også gjort at biologien lever sterkt i dagligdagse forestillinger om kjønn (Lorentzen, 2006, s. 24). Helsearbeidere behandler kvinner og menn ulikt. Eksempel på dette er at pleierne ofte oppfatter kvinners plager som mer diffuse og mer krevende (Ingstad, 201, s. 88). Innenfor sosiologisk vitenskap stilles det spørsmål ved etablerte sannheter og sammenhengen mellom sosiale og samfunnsmessige forhold og helseproblemer gjør at samfunnsvitenskapelige perspektiver i høy grad er relevant for helsepersonell for en helhetlig tilnærming (Ingstad, 2014, s. 14-31). Kjønn er knyttet til de betydningene vi gir biologisk kjønn og den samfunnsvitenskapelige

kjønnsforskningen studerer betydningen biologisk kjønn får i menneskelig samhandling og samfunnsliv (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 64) Solbrække & Aarseth hevder videre at et viktig poeng med samfunnsvitenskapelig forskning er at den er kritisk i den forstand at den ønsker å bidra med en kritisk refleksjon over måten kjønn er utformet på i dagens samfunn.

## **2.2 Fra kjønnsroller til konstruksjon av kjønn**

Den første samfunnsvitenskapelige teorien om kjønn tok utgangspunkt i uttrykket kjønnsrolle. Rolleteorien ble kritisert for å ikke kunne belyse subjektive variasjoner og motivasjoner imellom menn og imellom kvinner. Heller kunne den ikke forklare hvorfor noen ikke handlet i tråd med normer og forventninger. Elementer fra rolleteorien ble videreført i det som kalles for myk konstruktivisme, også kaldt «doing gender»- perspektivet som vektlegger hvordan normene skapes ved å bli bekreftet, utfordret og reforhandlet i samhandling mellom mennesker (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 64)

Det finnes flere retninger i dagens samfunnsvitenskapelige tilnærminger til kjønn, men de jeg skal se på er «kjønn som habitus» hvor Pierre Bourdieu er sentral og «kjønn som performativitet» som Judith Butler har vært sentral. I Bourdieus teori står kjønn som en relativt seiglivet og stedbundet konstruksjon, mens Performativitetsteorien argumenter for en mer plastisk og språklig basert konstruksjon (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 72-73).

Både i språk, kroppsholdning, stemmebruk og valg av ord og uttrykk påvirker mottaker og sender. Det ligger potensielt mye makt i hvordan vi kommuniserer. Normativ makt eller normmakt er uttrykk for hvem som har innflytelse på andres moral og verdier. Helsepersonell har normativ makt ved at de forvalter og representerer moral og verdier (Ingstad, 2014).

Språket har to hovedfunksjoner: det er for det første et middel til kommunikasjon hvor vi uttrykker tanker, erfaringer, ideer, følelser og gjør det mulig å bygge opp, utvikle og videreføre kunnskaper, erfaringer og verdier til alle samfunnsmedlemmer. For det andre er det et grunnleggende trekk ved språket at det kan ordne og organisere erfaringer og styre tanker. Når vi lærer språk, lærer vi å sette ord på ting, følelser og handlinger, og etter hvert som vi modnes, lærer vi abstrakte begrep. Gjennom språk lærer vi å kategorisere, beskrive, sortere og klassifisere fenomener på en bestemt måte (Thornquist, 2009). Vi skaper en virkelighet gjennom språket (Ingstad, 2014). Språk og kommunikasjon spiller inn på hvordan kjønnsroller reproduseres. Det er interessant å se nærmere på om helsesykepleierne som

utgjør utvalget i denne studien påvirkes av egen innlærte oppfatning av kjønn, sett opp mot forventningene om kjønnsnøytralt språk som helsedirektoratets retningslinje for helsestasjoner legger opp til.

Begrepet «doing gender» ble introdusert av West og Zimmermann allerede i 1987. Kjønnede praksiser er det repertoar av handlinger og atferd, tale og kroppslig fortolkninger som samfunnet gjør tilgjengelig for dets medlemmer i «gjøringen av kjønn». Dette er en prosess som finner sted både individuelt, strukturelt og på symbolsk nivå (Sommerseth, 2010, s. 187).

### **2.3 Kjønn som performativet**

Den poststrukturalistiske forståelsen av kjønn ser ikke kjønn som en «entydig identitet, men som en forskjell som er bevegelig og forflytter seg» (Bondevik og Rustad, 2009, s. 56). Butler har utgangspunkt i poststrukturalistisk tenkning og har hatt en betydelig innflytelse på kjønnsforskningen. Poststrukturalismen representerer en teoretisk nyorientering i fransk tenkning (Bondevik & Rustad, 2009, s. 51)

Den amerikanske Foucault-inspirerte filosofen Judith Butler er opptatt av performativitet, og ser på hvordan vi med språklige og kroppslige handlinger og uttrykk repeterer kjønnsrollemønstre. Butlers teori er at kjønnsidentitet er en diskursiv effekt (Bondevik og Rustad 2009, s. 56-57). I boka «Gender trouble» forklarer Butler hvordan kjønn gir uttrykk for disiplin (2006). Butler beskriver kjønn slik: «gender is the repeated stylization of the body, a set of repeated acts within a highly rigid regulatory frame that congeal over time to produce the appearance of substance, of a natural sort of being» (2006, s. 43-44). Med dette tolker jeg det som at kjønn er en regulerende sosial prosess som vi repeterer og produserer over tid og som ikke er medfødt eller naturlig.

Biologisk kjønn peker på den forestillingen at vi enten er født som biologisk mann eller kvinne noe som preger vår identitet og seksualitet. Butler mener dette ikke er naturlig, men at det er en diskursiv kategori som skapes gjennom måten vi snakker på (Jegerstedt, 2008, s. 75). Butler kritiserer det mye brukte skillet mellom biologisk kjønn og sosialt kjønn siden sosialt kjønn ikke nødvendigvis følger ens biologiske kjønn og at det gjennom dette skillet lages det et binært kjønnssystem (Butler, 2006, s. 10). Butler mener det biologiske kjønn er like konstruert som det sosiale kjønn (Jegerstedt, 2008, s. 75). Butler argumenter for at man ikke er mann eller kvinne, men at det er hvordan man igjennom atferd, kroppslig og språklig

iscenesetter seg som er avgjørende for hvilket kjønn jeg blir gjenkjent som (Bondevik og Rustad 2009, s. 57). Altså det finnes ikke et biologisk kjønn som kan forklare det sosiale kjønn, slik det blir sett på i dag. Forestillingen vi har om biologisk kjønn er ifølge Butler også med på å opprettholde normen for heteroseksualitet og at det stenger av for andre måter å tenke kjønn, kropp og identitet på. Dette lager en forestilling eller forståelse om homoseksualitet som et avvik og andre former for seksualitet, kjønn og kropp som uforståelig (Jegerstedt, 2008, s. 75).

Kjønn er ifølge Butler "a kind of imitation for which there is no original" (1991, s. 21). Slik jeg tolker Butler, hevder hun at det ikke finnes et originalt kjønn, men at heteronormativiteten som er i samfunnet opprettholder en forståelse for at det er et originalt kjønn og en original seksuell orientering. Butler mener at heteronormativiteten er med på å produsere asymmetriske og diskree motsetninger mellom det som kategoriseres som maskulint og feminint som igjen er uttrykk for egenskaper hos menn og kvinner (Butler, 2006, s. 24).

For å bryte denne heteronormative tankegangen er det nødvendig å finne nye måter å tenke begrepet kjønn mener Butler. Dette er mulig siden kjønn er en gjøren, snarere enn en væren som skapes igjennom handlinger, praksiser og de ulike måtene vi snakker om kjønn på (Jegerstedt, 2008, s. 76).

## **2.4 Kjønn som Habitus**

Samfunnsviteren Pierre Bourdieu var ifølge Thornquist (2009, s. 208) interessert i hvordan samfunnsstrukturer gjenspeiles i menneskers handlingsmønster og hvordan ulike grupper i samfunnet knytter forestillinger, verdier og praksis sammen på systematiske måter. Dette kalles habitus, og refererer til hvordan kunnskap «sitter i» kroppen og er «utenfor bevisstheten». Enhver kropp er gjennomsyret av sin historie, og bærer med seg vår sosiale og kulturelle bakgrunn uten at vi kan redegjøre for den. Med andre ord viser Bourdieu hvordan vår historie er nedfelt i kroppen og blitt en form for praktisk viten (Thornquist, 2009, s. 208). For Bourdieu henger habitus sammen med makt, som for han blant annet er noe som knytter seg til hvordan samfunnets usagte regler styrer vår atferd i en bestemt retning (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 73).

Bourdieu sier om tokjønnsmodellen:



Inndeling av kjønnene sies å skje i samsvar med «tingenes orden», som man tidvis uttrykker det for å betegne det som er normalt, naturlig, nærmest uunngåelig: den er på en gang til stede i objektivert tilstand i tingene (i huset for eksempel, der alle avdelinger er «kjønnsliggjorte»), i hele den sosiale verden, og i inkorporert tilstand finnes den i kroppene, i aktørens habitus, hvor den fungerer som skjema for oppfattelse, tanke og handling (Bourdieu, 2000, s. 16)

Grunnen til at forskjeller reproduseres er ifølge Bourdieu at vi læres opp til å se på den som naturlige tilstander i stedet for sosiale konstruksjoner (Solbrække & Aarseth, 2006, s. 73). Når for eksempel en kvinne uttrykker seg med ulike fakter og igjennom sitt språk, er dette for Bourdieu ikke fordi hun er kvinne men fordi hun gjør samfunnets oppfatninger av å være en kvinne til en integrert del av sin egen væremåte (Solbrække & Aarseth).

Begrepet habitus knyttes til hvordan «kultur» internaliseres i individet og naturliggjør deres forståelser og handlinger (Wilken, 2008, s. 36). Habitus er ifølge Bourdieu et produkt av sosialiseringen. Særlig i barndommen foregår det en ubevisst internalisering av objektive strukturer gjennom erfaring fremfor forklaring og man får en forståelse av hva som er bra eller dårlig, rett eller galt, uten at det tydelig er en læringsprosess (Wilken, s.37).

Habitusbegrepet har vært beskrevet av Bourdieu som varige disposisjoner, og ofte forstått som livsvarige, men ifølge Wilken (2008, s. 38) refererer Bourdieu flere steder til habitusbegrepet som foranderlig, men «tregt». Altså er det mulig å endre, men det skjer verken raskt eller uproblematisk. Forandringen kan ikke skje ved refleksjon eller tanker, da vi ikke bare kan bestemme oss for å «være en annen» (Aakvaag, 2008, s. 160). Ved forandring i habitus kreves det forandring i menneskets ytre omgivelser. Dette skjer ikke automatisk, det krever en sosial forankring i og en individuell aksept av et nytt sosialt miljø (Wilken, 2008, s. 38).

## **2.5 Det helsefremmede perspektivet og helsesykepleiers rolle**

Helsesykepleierens kunnskap er spesielt sammensatt med en kjernekompetanse i sykepleie og en spesialistkompetanse i helsefremmende og forebyggende arbeid (Glavin, 2007, s. 56). Kunnskapen utvikles igjennom teori og praksis, men også gjennom refleksjon og erfaring (Glavin, s. 63). Helsesykepleiers grunnleggende mål er at barn og unge skal ha god

livskvalitet og helse og ha det best mulig ut fra egne forutsetninger og situasjon (Kvarme, 2007, s. 28). Helseesykepleier har en viktig rolle i det helsefremmende arbeidet (Kvarme, 2016, s. 75) og møter de fleste barn og unge i sin kommune, på helsestasjon, i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom, der hen har en sentral rolle (Steffenak, 2016, s. 162).

Helsefremmende arbeid beskrives som en prosess som muliggjør å øke kontrollen over og forbedre egen helse hos mennesker. Helse blir ansett som en ressurs for hverdagen, og ikke målet om å leve. Å være i stand til å identifisere og realisere ambisjoner, tilfredsstille behov og endre eller takle miljøer er faktorer for å kunne oppnå psykisk, fysisk og sosialt velvære (WHO, 1986).

Brukermedvirkning er en grunnstein i det helsefremmede yrket (Kvarme, 2007, s. 31). En sterk føring i de nye nasjonale retningslinjene er mer brukermedvirkning og at helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal sikre at barn og ungdom blir hørt, involvert og får innflytelse i kontakt med tjenesten (Helsedirektoratet, 2019).

Empowerment knyttes ofte til det helsefremmende arbeidet og er et sentralt begrep og prinsipp i helseesykepleiertjenesten (Kvarme, 2007, s. 28). Ulike aktører legger ulik mening i begrepet, men de fleste er enige i at begrepet er noe positivt som er verdt å streve mot (Askheim, 2007, s. 22). Makteløshet utgjør en risikofaktor for utvikling av dårlig helse og empowerment kan motvirke en slik utvikling (Sørensen, et al, 2002).

Kjerneverdien i empowermentbegrepet er et positivt syn på mennesket som et aktivt og handlende individ som vil handle etter sitt eget beste dersom forholdene legges til rette for det (Askheim, 2007, s 30). Et grunnleggende metodisk prinsipp er at en som fagperson skal bidra til at en person blir bevisst sin egen situasjon og om hva som kan gjøres for å endre den i en positiv retning. Dette skjer ved samtaler hvor personen er ekspert på egen situasjon og fagpersonens funksjon er å være en ressursperson som skal hjelpe individet frem i sine refleksjoner om egen situasjon. Fagpersonen skal slik sett ikke være passiv, men bidra med sin kunnskap slik at tjenestebrukeren kan tenke over mulige resultater og konsekvenser av ulike beslutninger og handlingsvalg (Askheim, 2007).

Empowerment tar sikte på å styrke mulighetene for mennesker å kontrollere sine egne liv (Rappaport, 1981). Sentrale holdninger i empowermentarbeidet er blant annet å fokusere på

alle menneskers likeverd og like rettigheter og å synliggjøre og forandre maktstrukturer slik at de viser respekt for likeverd og rettigheter (Tengqvist, 2007, s. 77).

Kvarme (2007, s. 31) oversetter empowermentbegrepet til myndiggjøring eller bemyndigelse, men jeg vil bruke ordet empowerment i denne oppgaven. Kvarme skriver at kunnskap, selvinnsikt og ferdigheter er avgjørende for å ta valg knyttet til egen helse. Empowerment handler om å lære mennesker å se positivt på seg selv og gjøre de i stand til å hantes med vanskelige livssituasjoner og å styrke menneskers egne krefter og nøytralisere andre krefter som kan føre til avmakt (Kvarme, 2007).

Kunnskapsutviklingen og endringene i samfunnet gjør at det også oppstår nye og endrede utfordringer for det helsefremmede arbeidet. (Sørensen et al, 2002). Å bruke empowermentfilosofien i helsearbeid kan være krevende, og det kan være en utfordring som krever mot til å gå imot gjeldende normer (Ingstad, 2014, s. 147).

## 2.6 Tidligere studier

Innen kjønnsforskning finnes det mye litteratur. For å få oversikt over relevant tidligere forskning innen temaet har jeg brukt databasene Idunn, SweMed+, Cinahl, Google Scholar og PubMed. Jeg har brukt følgende søkeord enkeltvis og i kombinasjoner med hverandre: *”gender stereotype”*, *”gender role”*, *«gender norms»*, *”nurse”*, *“Public Health Nurse”* og *«school nurse»*.

Jeg fikk ingen treff på helsesykepleier i kombinasjon med kjønnsroller og eller stereotyper. Derimot har jeg funnet flere studier om kjønn i nordiske barnehager. Jeg har valgt å ta med studier fra barnehageforskning da jeg anser det som overførbart fordi de omhandler forskning rundt hvordan de som arbeider med barn reproducerer kjønnssystemet. Med sykepleier og kjønnsroller fikk jeg et treff som jeg mener kan være relevant for denne studien. Det er som nevnt mye forskning innenfor feltet som uansett kan gi meg bakgrunnskunnskap om feltet. Videre presenteres et lite utvalg av forskning som jeg mener er relevant for min studie.

### **Forskning på hvordan vi samhandler med barn og unge ut fra forventninger til kjønn:**

En svensk studie *“Does gender matter? Nurses’ communications with children during blood test procedures”*, observerte ved 22 anledninger sykepleiere når de tok blodprøver på barn mellom 3-17 år. Studiens hensikt var å belyse hvilke fortolkningsmønstre en kunne observere

hos en gruppe sykepleiere i deres kommunikasjon med barn i forbindelse med blodprøvetakingen. Forskerne i denne studien hevder at utdanningssystemet har kommet lengre enn helsevesenet når det gjelder å være bevisste på hvordan vi gjør kjønn, og konklusjonen av studien fant to typer fortolkningsmønstre. Den ene gruppen forsterket kjønnsstereotypene, den andre gruppen gjorde ikke det. Studien konkluderte med at det er viktig å øke bevissthet om kjønn for sykepleiere for at barn ikke skal begrenses ut fra forventningene vi har til kjønn (Rydmell, Ringnér, Lagerfors & Öster, 2013).

En svensk doktorgradsavhandling viser hvorvidt vi møter og behandler barn ut fra forestillinger om hva gutter gjør og hva jenter gjør. Han sammenfatter både svensk og internasjonal forskning og peker på at barnehagepersonalet forventninger til barn på bakgrunn av deres kjønns væremåte blir styrende for hvordan de møter gutter og jenter (Eidevald, 2009).

I en norsk studie fra 2012 “Spor etter kjønnsdiskurser i barnehagepersonalets praksisfortellinger” var personalet i to norske barnehager utgangspunktet for studien. Studien finner spor av en forskjelldiskurs som fremhever forskjellen mellom gutter og jenter, men også diskurser som åpner for like vilkår og gir rom for at det kan være mange måter å være gutter og jenter på (Normark & Moe, 2012). I tillegg oppsummeres det at spørsmål om kjønn, likestilling og likeverd må drøftes mer i barnehagen i tråd med rammeplanen, men at det er et krevende område å implementere i praksis. Derfor bør i tillegg kompetansen på temaet økes, og førskolelærerutdanningen spiller her en sentral rolle (Normark & Moe, 2012).

En islandsk studie hvor formålet var å belyse hvordan kjønn manifesterer seg i barn i barnehagen, observerte 60 barn fra 18 måneder til fire år og 20 ansatte over et skoleår. Hovedkonklusjonen viser at «å kjønne» er fremtredende i barnehagen og en sterk tendens til og klassifiserer barna inn i kategorier gutt/maskulin og jente/feminin, og spesifikke normer, ledet barna inn i dominerende feminine og maskuline kategoriene. Dette vedlikeholdt og forsterket dermed kjønnsstereotypene. Forskerne konkluderte med at funnene var konsistente med tidligere nordisk forskning og indikerte et rådende essensialistisk perspektiv mot både gutter og jenter (Hardardottir & Petursdottir, 2014).

En doktorgradsavhandling «Kjønn-Barndom-Skoleliv» fulgte Stian Overå (2013) to elevgrupper på 6-12 år over et år. Denne oppgaven er viktig for å se hvordan kjønnsrollene, også guttenes, er i bevegelse. Avhandlingen handler om begge kjønn, men har et hovedfokus

på gutter. Hans forskning motbeviser det kulturelle bilde av gutter som «emosjonelt uartikulerte» og andre undersøkelser om at gutter er hardhendte, aggressive og at regelbrudd er preget av gutters samvær. Det har skjedd en endring i hvordan gutter forholder seg til det emosjonelle. Her kommer det også fram at både gutter og jenter er mer fokusert på kropp og utseende nå, men at dette var noe som tidligere var knyttet til jenters oppførsel. Studien dokumenterer også kjønnsstereotypisk atferd om hvordan gutter og jenter oppfører seg. Overå tror at endringene i rollen for gutter kommer av det nordiske likestillingsidealet og at tiltakene allerede starter i barnehagen.

### **Studier om seksualundervisning:**

I 2015 gjennomførte Redd Barna en studie hvor ungdom etterlyser mer og bedre seksualundervisning i skolen. De ønsker en seksualundervisning som ikke bare fokuserer på prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer, men som også fokuserer på sunne og trygge relasjoner, samtykke, hvordan man kan gjenkjenne lyst og ikke-lyst og viktigheten av å kjenne sin egen kropp for å ha god sex. De ønsker også rom for å snakke om porno, slik at de bedre kan forstå at eget sex-liv ikke behøver å ligne det som de ser på film. Redd Barna mener at godt forebyggingsarbeid må utfordre kjønnsrollene i seksualundervisningen fordi gammeldagse kjønnsroller og ulike seksualnormer for gutter og jenter begrenser deres seksualitet (Berggrav, 2015).

Toreid (2015) observerte 10 timer undervisning, intervjuet to helsesykepleiere og hadde spørreskjema i forbindelse med undersøkelse av kjønnsdelt undervisning. Undersøkelsene viste at jenter i ungdomsskolen ønsker at seksualundervisning i skolen skal være kjønnsdelt. Toreid observerte mer elevaktivitet i kjønnsdelte klasser. Hovedkonklusjonen basert på intervjuene av helsesykepleierne er at de selv foretrakk kjønnsdelte grupper fordi de hadde en oppfatning av at elevene på den måten fikk best læringsmiljø, konsentrasjon og bedre muligheter for å lære.

### **Studie om sykepleie/helsesykepleie og kjønn**

En rapport gjort av likestillingssenteret hvor det ble intervjuet 12 unge «skeive» og 13 helsesykepleiere hadde som mål å utvikle kunnskap som kunne bidra til å sikre gode helsetjenester for ungdom som bryter med normer for kjønn og seksualitet. Et av funnene var at ungdommene i liten grad hadde snakket med helsesykepleier om seksuell orientering eller kjønnsidentitet. De som faktisk hadde snakket med helsesykepleier hadde varierte erfaringer spente fra gode til å ikke føle seg trygge på at helsesykepleier hadde kompetanse om kjønns-

og seksualitetsmangfold. Dette kunne henge sammen med at flere husket seksualitetsundervisningen, som helsesykepleier i mange tilfeller gjennomførte, som heteronormativt. I noen få tilfeller erfarte ungdommen i studien å få egen kjønnsidentitet eller seksuell orientering anerkjent i seksualitetsundervisningen på skolen hvor de fikk et språk og noen alternative fortellinger der det å være eller leve skeivt ble muliggjort. I denne studien hadde kun tre av tretten helsesykepleiere kunnskap om lesbiske, homofile, bifile og transpersoner fra sin helsesykepleierutdanning. Studien viser også at de aller fleste helsesykepleierne ønsket seg mer kompetanse om blant annet kjønn og at tross helsesykepleiers gode intensjoner var feilkjønnning noe som gikk igjen i studien (Stubberud, Prøitz og Hamidiasl, 2018).

En dansk studie fra 2019 viser at transpersoner har dårligere helse og dårligere forutsetninger i helsetjenesten sammenlignet med andre pasienter i Danmark. Transpersoner opplever negative følelser i møtet med sykepleiere og at de blir utsatt for diskriminering og «disempowerment» i helsetjenesten. Studien viser at et av hovedproblemene er helsepersonells manglende kunnskap om transpersoner (Nielsen, Evron og Holm, 2019).

Resultatet fra de omtalte studiene er relevante for helsesykepleierutdanningen og praksis. Forskningen viser at flere utdanningsområder trenger et bredere kjønnsperspektiv. Den viser også at de ulike yrkene møter og behandler barn ut fra forventningene til deres kjønn, men noen studier viser også at noen utfordrer disse stereotypiene. Forskning som viser til ulike perspektiver på dagens seksualundervisning og behov for mer kompetanse er også relevant for denne studien.

### **3 Metode**

I dette kapitlet presenterer jeg metoden som jeg har brukt i dette forskningsprosjektet. For å få innsikt i strategier og holdninger helsesykepleier har om kjønn og kjønnsnøytralt språk var det nødvendig å finne en metodisk tilnærming som kunne bidra til å få større forståelse for det jeg ønsker å undersøke. Jeg har brukt en sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning som jeg har fylt ut med kommentarer (vedlegg 1).

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for forskningsdesign, valg av metode, utvalg av informanter, samt reflektere over min egen rolle som forsker. I tillegg gjør jeg rede for stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) inspirert av Tjora (2017), som jeg brukte under analysen og jeg reflekterer rundt transkriberingen og de etiske overveielsene i kvalitativ forskning.

### **3.1 Valg av metode:**

Jeg valgte å bruke kvalitativ metode for å belyse problemstillingen. Gjennom en kvalitativ metode søker en forståelse gjennom å finne ut hvordan samfunnet skapes ved interaksjon, handling og meningsdanning (Tjora, 2017, s. 28). Ved å beskrive fremgangsmåten ved innsamling av data og analysen konkret og detaljert vil jeg ifølge Thagaard (2013, s. 201) styrke reliabiliteten.

I utgangspunktet ønsket jeg å gjøre observasjonsstudier for å se hvordan helsesykepleiere snakket med barna og ungdommene. En god grunn for å velge observasjonsstudier for meg var å få tilgang til sosiale situasjoner hvor informantene ikke selv først har tolket. Likevel er observasjon veldig krevende (Tjora, 2017) og jo mer jeg tenkte på hvilken vei jeg ønsker å gå, jo klarere ble det for meg at jeg ikke ønsket observasjon som metode. I tillegg til at det kan være mer krevende begynte jeg også å få et genuint ønske om innsikt i helsesykepleiers kunnskap, erfaring og opplevelser om kjønn i stedet for mine observasjoner av hva de gjør.

Valget falt derfor på dybdeintervju som tilnærming til min problemstilling. Dybdeintervjuets mål er i hovedsak å skape en situasjon for en relativt fri samtale rundt noen bestemte temaer. Ved å skape en behagelig stemning og en god tidsramme, er formålet å få informanten til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til temaet som er aktuelt for oppgaven (Tjora, 2017, s. 113). Med dybdeintervjuet vil jeg ifølge Tjora kunne gå i dybden på det som naturlig trer fram. I motsetning til en kvantitativ metode var jeg interessert i det enkelte individs perspektiv og deres opplevelser og holdninger.

Å rekruttere Informanter til studien tok tid og jeg fikk ingen tilbakemeldinger på de helsestasjonene jeg hadde kontaktet. Jeg purret på flere helsestasjoner uten at det kom noen flere svar. Jeg bestemte meg derfor for å åpne for å gjøre fokusgruppeintervju, for å se om dette kunne hjelpe på rekrutteringen. Dette gjorde jeg da jeg etter veiledning og diskusjon sammen med medelever der spesielt veileder hadde tanker om at kjønn som tema muligens

var tryggere for informantene å ta opp i gruppe. Ifølge Tjora (2017) kan fokusgruppe virker mindre truende i tillegg at den fanger opp meninger i interaksjonen som skjer mellom informantene og dermed generere mer spontane svar.

Før jeg hadde fått ut ny e-post om at jeg åpnet for fokusgruppeintervju, fikk jeg tilbakemelding fra en helsestasjon om en informant som ønsket å være med. De andre hørte jeg ikke noe fra selv etter jeg åpnet opp for gruppeintervju, og jeg sendte ut og ringte andre helsestasjoner med beskjed om at jeg var åpen for både gruppe- og individuelle intervju. Jeg fikk til slutt fem individuelle dybdeintervju spredt i Nordland og i Troms, og det lot seg derfor ikke gjøre å gjennomføre et gruppeintervju. Tiden jeg hadde til rådighet satte begrensninger for videre arbeid med å rekruttere informanter og dermed begynte jeg med analyseprosessen for å se om empirien jeg hadde var tilstrekkelig for det jeg ville undersøke.

Selve temaet kjønn kan være en årsak for at jeg ikke fikk rekruttert så mange deltakere til studiet eller fordi rekrutteringen gikk sakte. Kanskje helsesykepleiere var usikre på tema eller hva de kunne bidra med i studien. En tilbakemelding jeg fikk av noen helsestasjoner var at høsten er en relativt travel tid for helsesykepleiere med førskolesamtaler, vaksinerings og undervisning. Dette kan også være årsaken til at det tok tid for å rekruttere deltakere og at ikke flere meldte seg på studiet.

Formålet med studien var å få innsyn i helsesykepleiers utfordringer og holdninger til kjønn og kjønnsroller og om de fulgte retningslinjene for et kjønnsnøytralt språk. Selv om problemstillingen danner utgangspunktet for oppgaven innebærer ikke dette ifølge Thagaard (2013, s. 49) at problemstillingen er ferdig definert når forskeren er i gang med å samle inn data, da spesifiseringen av problemstillingen er en prosess som pågår hele tiden under prosjektet. Dette på bakgrunn for at problemstillingen bør være åpen slik at interessante temaer som viser seg i løpet av prosjektet kan inkluderes.

## **3.2 Forforståelse**

Forforståelsen er ifølge Malterud (2017, s. 44-45) den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Den vil påvirke måten vi leser og samler vår data på. Bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretiske referanseramme



og kan bidra til at forskeren går inn i prosjektet med skylapper eller manglende evne til å lære av sitt materiale. Dette kan forebygges dersom forskeren er bevisst sin forforståelse.

Ifølge Gadamer (2012) er det viktig å være bevisst sin egen forforståelse. Mine perspektiver på kjønn som sosial konstruksjon er en del av min forforståelse. Gjennom pensum fra helsesykepleierstudiet har jeg styrket min oppfatning om at det ikke finnes noen sannhet om hvordan jenter og gutter skal være eller er, og skolepraksis og arbeidserfaring som helsesykepleier har gitt meg et bilde av hvordan helsesykepleier ser på kjønn. Dette tenkte jeg ville prege meg som forsker. Som foreldre til en biologisk født gutt har jeg erfart hvordan samfunnet forventer at jeg skal oppdra han, i kraft av hans kjønn. Gjennom egen oppvekst og liv har jeg følt på forventninger til hvordan jeg skal være eller oppføre meg på grunn av at jeg er kvinne. Mitt engasjement i forskningen er at jeg er opptatt av likestillingsutfordringer blant barn og unge. Tjora (2017, s. 235) skriver at forskerens engasjement kan påvirke påliteligheten fordi kvalitativ forskning er fortolkende og fullstendig nøytralitet dermed er umulig å oppnå. Og selv om engasjementet kan betraktes som støy ved at den kan påvirke resultatene mener Tjora at det også er en nødvendig ressurs.

Et av målene med kvalitative forskningsmetoder er at de empiriske dataene skal reflektere informantenes meninger og erfaringer. Forskeren bruker seg selv og har med seg sin forforståelse i forskningsprosessen og vil på en eller annen måte alltid påvirke både prosessen og sluttresultatet (Malterud, 2017, s.38).

Veiledere og medelever har vært med underveis i prosessen og fått meg til å reflektere over mitt eget ståsted i forhold til problemstillingen og hvordan det kan påvirke oppgaven dersom en ikke er bevisst, og dermed vært forberedt på å justere forståelsen underveis. Den stegvis-deduktive induktive metoden jeg bruker i analysen skal underbygge studiens pålitelighet (Tjora, 2017, s.231). Denne metoden gjør jeg rede for senere i kapitlet.

### **3.3 Planlegging og gjennomføring av datamaterialet**

#### **3.3.1 Rekruttering og utvalg av deltakere**

Utvalget avgjør hvilken side av saken vi kan si noe om. Det er ingen store prinsipielle forskjeller på utvalget mellom kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode (Malterud, 2017, s. 66). Kvalitativ forskning skiller seg likevel ut når det gjelder utvalgets avgrensning og

omfang. At utvalget blir representativ er lite relevant i kvalitativ forskning, fordi man heller ønsker at utvalget er informasjonsrikt skriver Malterud.

Jeg tok kontakt med enhetsledere eller ledende helsesykepleiere i kommunenes helsestasjoner i Troms og i Nordland, for å få hjelp til rekruttering av mulige informanter samt få tillatelse til å bruke deres helsestasjon i forskningsprosjektet (Vedlegg 2, 3 og 4). Med deres hjelp fikk jeg rekruttert fire deltakere. I utgangspunktet hadde jeg ønsket 5-6 deltakere, og jeg måtte ta stilling til om intervjuene jeg hadde fått ga meg nok data, eller om utvalget burde utvides. Jeg måtte også ta hensyn til masteroppgavens omfang og den tiden jeg hadde til rådighet. Jeg valgte å ta med prøveintervjuet etter samtykke fra henne for å få et rikere materiale.

I utgangspunktet ønsket jeg deltakere av alle kjønn og i alle aldre fordi dette kunne gi meg et mer rikt og variert materiale for akkurat denne studien. Helsesykepleiere er en relativt homogen gruppe med en overvekt av kvinner, og med kun 11 mannlige helsesykepleiere som er utdannet per 07.12.18 (Bergsagel, 2018). Det var kun biologisk kvinnelige deltakere som meldte sin interesse til min studie. Dette kan være en svakhet med studien, da Malterud (2017, s. 59) sier at det kan bli vanskelig å få fram data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål, som for eksempel om menn gjør det annerledes. Det kan likevel argumenteres med at utvalget mitt vil gi et representativt bilde av virkeligheten.

<b>Navn</b>	<b>Hvor lenge jobbet som helsesykepleier</b>
<b>Silje</b>	<b>1-3 år</b>
<b>Ingrid</b>	<b>10-20 år</b>
<b>Sofie</b>	<b>30-40 år</b>
<b>Trine</b>	<b>1-3 år</b>
<b>Alex</b>	<b>1-3 år</b>

### **3.3.2 Gjennomføring av intervju**

På forhånd hadde jeg planlagt studien og utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 5) som skulle fungere som en huskeliste over temaer og spørsmål jeg ønsker innsikt i. Intervjuguiden skulle også hjelpe meg å ha en god flyt og fremgang i samtalen. Den besto av totalt 9 hovedspørsmål hvorav syv var åpne og to var lukkede spørsmål. Alle hovedspørsmålene hadde forankring i forskningsspørsmålet, og jeg oppfordret deltakerne å fortelle så fritt som mulig ut ifra spørsmålene som ble stilt.

Alle intervjuene ble holdt på arbeidsplassen til deltakerne noe som fungerte godt. Intervjuene var forespeilet og vare mellom 30 og 60 minutter, men to av intervjuene ble opp mot 70 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd for å få med meg alt som blir sagt under intervjuet og jeg gjorde noen notater underveis. Informantene samtykket til dette. Før jeg startet intervjuet gikk jeg kort gjennom informasjon om informantenes rettigheter og tilbydde dem å lese skrivet som jeg hadde sendt på epost igjen. Jeg fikk flere tilbakemeldinger fra deltakerne om at de syntes temaet var viktig og at de derfor gjerne stilte opp da de så på temaet for prosjektet som viktig og noe de ville lære mere om.

Jeg gjennomføre et prøveintervju før de reelle intervjuene for å se om intervjuguiden var hensiktsmessig utformet. Prøveintervjuer kom med innspill på at hun syntes intervjusituasjonen var trygg og at jeg var rolig og en god lytter. Videre hjalp hun meg til å reflektere over et spørsmål som senere ble omformulert.

## **3.4 Håndtering av datamaterialet**

Etter intervjuene skulle jeg transkribere og analysere datamaterialet.

### **3.4.1 Transkribering**

Før analysen skulle intervjuene transkriberes, det vi si å gjøre muntlig samtale om til skriftlig tekst. Dette hadde jeg planlagt å gjøre fortløpende etter hvert intervju, mens jeg hadde det relativt ferskt i minne. Dette lot seg imidlertid ikke gjøre på alle intervjuene. Deltakernes dialekt ble oversatt til bokmål for å sikre anonymitet, men også for at det skulle være lettere å lese.

Rådataen er den virkelige hendelsen og teksten skal best mulig ivareta det opprinnelige materialet, slik deltakernes erfaringer ble formidlet og oppfattet under intervjuet. Når muntlig samtale skal omsettes til tekst skjer det alltid en fordreining av hendelsen (Malterud, 2017, s. 78), og her måtte jeg som forsker huske på at målet med transskripsjon er å fange opp intervjuet i en form som best mulig representerer det som deltakeren hadde til hensikt å meddele. Jeg har skrevet relativt detaljerte transkripsjoner og tatt med latter og tenkepauser og også beskrevet kroppsspråket til deltakerne der jeg synet dette var viktig, som for eksempel når deltakerne viser maskulin kroppsholdning eller feminin kroppsholdning. Ifølge Malterud (2017, s.76) kan nonverbal kommunikasjon representere noe som former mening i samtalen.

Jeg gjorde all transkripsjonen selv, for selv om arbeidet tar tid hevder Malterud (2017, 79-80) at det er mange gode grunner til å gjøre denne jobben selv fordi forskeren kan huske momenter som kan oppklare uklarheter eller som kan være av betydning for teksten. I tillegg påpeker Malterud at forskeren kan gjenoppleve erfaringene hen gjorde seg og gjøre seg kjent i materialet fra en ny side, noe som jeg opplevde stemte.

### **3.4.2 Analyse av empirisk data**

Detaljerte opptak av intervjuet og transkripsjoner er viktige for en god analyse ifølge Tjora, (2017, s. 169). Analysen er basert på de transkriberte intervjuene og notatene. Analysen tar utgangspunkt i den stegvis-deduktive induktiv metode (SDI) som presenteres av Tjora (2017, s. 18). Ut ifra denne metoden jobbes det med min empiri, altså intervjuene. I den Stegvis-deduktive induktive metoden arbeides det etappevis fra rådata til konsepter eller teorier. Den oppadgående prosessen er ifølge Tjora induktiv, der man jobber fra data mot teori, men den nedadgående prosessen er deduktiv der man sjekker fra det mer teoretiske til empirien. Den nedadgående tilbakekoblingen hviler på ulike tester som jeg vil beskrive underveis i analysen. På bakgrunn av prosjektets størrelse og min erfaring som masterstudent ble det klart for meg at det ikke var realistisk å arbeide mot utvikling av nye teorier slik som beskrevet i SDI-modellen. Og ifølge Tjora (2017, s. 226) er teoriutvikling ikke noe man forventer av masterstudenter, men av mer erfarende forskere eller gode forskerteam.

Ifølge Tjora (2017, s. 196) kan redselen for å ha generert nok datamateriale skape panikk og den stegvis-deduktive induktive metoden kan redusere denne panikken ved å blant annet ha tro på empirien. Ved å bruke denne metoden hevder Tjora at vi unngår premature konklusjoner og opprettholder en god systematisk gjennomgående. Kodingen er første steget i analysen og svært viktig for metodens vekt på induksjon. Formålet med kodingen er ifølge

Tjora, å bruke begreper som finnes i empirien. Kodene kan være ord, fraser, en setning, del av en setning, en dialog eventuelt et avsnitt, dette for å ivareta det helt særegne i datamaterialet.

Jeg brukte programmet Nvivo i analysen for koding av de transkriberte intervjuene. Å bruke et slikt program skal ifølge Tjora (2017, s. 227) bistå i systematiseringen av kodearbeidet.

I SDI-modellen bruker vi kun ett sett med koder og hensikten med kodingen er:

- 1) å trekke ut essensen i det empiriske materialet
- 2) å komprimere materialets volum og
- 3) å legge til rette for idègenerering med utgangspunkt i dataens detaljer (Tjora, 2017, s. 197).

Ved å følge denne prosessen kunne jeg så langt det lot seg gjøre å redusere påvirkningen av ulike forventninger og teorier jeg som forsker i utgangspunktet hadde.

Jeg jobbet meg gjennom empirien og startet med ett intervju hvor jeg opprettet empirinære koder, deretter gikk jeg videre til neste intervju og fortsatte med de samme opprettede kodene og lagde nye der det var behov. Når intervjuene var kodet hadde jeg 76 koder. At kodene er tallrike kommer av at kodene kun er utviklet fra data og ikke fra teori, forskningsspørsmål eller planlagte temaer (Tjora, 2017). Nært beslektede tema og begreper ble kodet under en og samme kode. Et enkelt eksempel på dette er når deltakerne snakket om å være kjæresten utenfor den heteronormative forestillingen, og når de snakker om episoder der barn kom til helsesykepleier for å fortelle at de var homofil, lesbisk eller bifil.

Kodetesten er ment for å avsløre om kodene er empirinære og stiller to spørsmål for hver kode som opprettes. Det ene spørsmålet er om koden kan bli opprettet før jeg kodet. Dersom svaret var nei, er dette en potensielt god kode og man kan gå videre til spørsmål to. Spørsmål to gjaldt hva koden forteller. Gjenspeiler koden det som blir sagt er det en god kode, men om koden gjenspeiler hva det ble snakket om, skal man lege ny kode (Tjora, s. 201-203).

Eksempel på empirinær kode:

<b>Koding</b>	<b>Intervjuutsagn</b>
så er man inne i de stereotypiske tankene om mannlig og kvinnelig.	har man gjort en studie på meg, og filmet meg, så er man inne i de stereotypiske tankene om mannlig og kvinnelig.

Deretter satt jeg igjen med et sett av koder og analysedataen som er to ulike representasjoner av datamaterialet. Via programmet Nvivo sikret jeg en god link mellom kodene og utdrag i datamaterialet som kodene var knyttet til. Dette dannet utgangspunktet for neste steg i stegvis-deduktiv metode- kodegruppering.

### 3.4.3 Gruppering av koder

Den empirinære kodingen genererte mange koder og i neste trinn skulle jeg gruppere kodene tematisk og dermed få en struktur på analysen. Dette gjøres også induktivt ved å samle koder som har en felles tematisk sammenheng i grupper og relevante for oppgaven, men også å skille ut koder som ikke er relevante (Tjora, 2017, s. 207). Jeg syntes denne prosessen var utfordrende da jeg ikke hadde en helt klar problemstilling, likevel var det noen koder jeg ikke anså som relevante. Eksempel på koder som ikke var relevante for oppgaven er koder som handlet om vold og overgrep. Jeg hadde i utgangspunktet ikke tenkt å ha kjønns mangfold eller seksuell legning som tema i oppgaven. Mye av datamaterialet handlet derimot om hvordan helsesykepleiers møte med barn og unge som bryter med normene for kjønn og seksualitet og jeg tok derfor et valg for å inkludere disse.

Som hovedregel sier Tjora (2017, s. 208) at kodegruppene vil danne utgangspunktet for hva vi vil utvikle som temaer i analysen. Her brukes en konstant grupperingstest for hver kode, hvor en kobler en kode til en gruppe som allerede er opprettet eller oppretter en ny. Hver kodegruppering besto av koder som hadde en tematisk sammenheng og skilte seg fra hverandre basert på tema. 3-5 kodegrupper egner seg for en masteroppgave (Tjora, 2017 s. 210) og jeg endte opp med 3 relevante kodegrupper. Følgende tema kom fram

- Forventningene til kjønn
- Fokus på kjønn og seksualitet
- Kunnskapsbehov om kjønn og kjønnsnøytralt språk

Som hovedregel vil kodegruppene danne utgangspunkt for hva vi vil utvikle som temaer i analysen (Tjora, 2017, s. 208).

Eksempel på gruppering av koder:

Gruppe	Kode
Forventninger til kjønn	<p>så er man inne i de stereotypiske tankene om mannlig og kvinnelig.</p> <p>Pluss at menn ikke lærer seg å prate om følelser generelt.</p> <p>... man sier «å så søt og fin du er i din kjole» så sier man til gutter «du var en tøff gutt». Det har jeg jo hørt både meg selv og andre helsesykepleiere si.</p> <p>... det er kanskje lettere for ei jente å kunne mure og snekre, enn det er for en mann å strikke.</p> <p>men jeg synes jo ikke det er forskjell på gutter og jenter, vi møter eleven der den er.</p> <p>ja .. man må si det samme til begge. For det gjelder begge kjønn!</p>

<p>Fokus på kjønnsmangfold, seksualitet og inkluderende språk.</p>	<p>derfor det er viktig med åpenhet, spesielt blant barn som transer.</p> <p>jeg bruker mye «hen» og «de av oss». For da inkluderer du.</p> <p>At man ikke kun bruker eksempler på jente og gutt som kjærester</p> <p>jeg synes det er bra for jeg tenker på de som er homofile.</p>
<p>Kunnskapsbehov om kjønn og seksualitet</p>	<p>Og det med rosa kompetanse, det er veldig nyttig og lærerikt.</p> <p>Rosa kompetanse gjør at man føler seg litt tryggere i de samtalene</p> <p>Men jeg tror jo det er viktig å få litt påfyll på det sånn innimellom. At det er et tema man tar opp med jevne mellomrom.</p> <p>Etter vi har vært på kursene så har vi jo lagt om.</p>



### **3.4.4 Utvikling av konsepter**

Hittil hadde jeg jobbet med utgangspunkt i empirien, men inspirert av teori. Men fra dette stadiet som heter konseptutvikling tar det teoretiske mer plass, og jeg måtte i denne fasen lete etter en mer overordnet betegnelse eller merkelapp på det jeg ser og forstår (Tjora, 2017, s. 211). Ut ifra de temaene jeg hadde jobbet fram spurte jeg meg selv hva de egentlig handler om. Jeg måtte først og fremst forsøke å besvare spørsmålet: «what is this a case of?» (Tjora, 2017, s.223). Fantes det noen teorier som allerede omtaler fenomenet og som er relevante? Disse spørsmålene er knyttet til det som SDI-modellen kaller konsepttesten. Det er konsepter som formidler forskningens funn og gir studien en mer generisk verdi, altså brukes tidligere forskning og teori for å oppnå større generaliserbarhet. (Tjora, 2017, s. 223).

Kodegruppene jeg kom fram til passet slik jeg ser det med allerede eksisterende teori. Judith Butlers teori om kjønn som performativitet, Pierre Bourdieus habitus og helsefremmende teori.

### **3.5 Etikk og anonymisering**

UIT, Norges arktiske universitet godkjente prosjektplanen i juni 2019. Forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personopplysninger skal meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Mitt prosjekt ble godkjent av NSD august 2019, og endringsmelding som ble sendt på grunn av at jeg ønsket å åpne for å bruke en ny metode ble godkjent september 2019 (vedlegg 6).

Det er helt avgjørende at jeg reflekterer over ulike etiske dilemmaer i enhver forskning. Her har jeg et etisk ansvar (Thagaard, 2013, Tjora, 2017, Malterud 2017). Det er viktig at jeg respekterer deltakerens integritet, frihet og medbestemmelse (Thagaard, 2013). Alle deltakerne fikk informasjonsskriv og skrev under på samtykkeskjema til å delta i forskningen. De ble også informert både muntlig og skriftlig om at de kunne trekke seg fra studiet når som helst. Retten til informasjon er en rettighet som er forankret i personvernforordningen og informasjonen du gir skal være kortfattet, lett forståelig og i en lett tilgjengelig form i tillegg til at språket skal være klart og enkelt (NSD, 2018).

I arbeidet med et så lite utvalg er det viktig å anonymisere slik at deltakerne i ikke gjenkjennes. At utvalget er fra Nordland og Troms fylke (Troms og Finnmark var to separate

fylker da intervjuene ble gjennomført), gjør at det er enklere å anonymisere da det dreier seg om to store fylker. I oppgaven vil deltakerne omtales med fiktive navn for å ivareta anonymiteten deres. Jeg kaller dem her for Ingrid, Sofie, Trine, Silje og Alex

Det er fire former for risiko som deltakerne kan utsettes for igjennom intervjuet: psykisk uro, misbruk eller fordreining. Det er derfor viktig at forskeren bruker tid og krefter for å skape tillit og nærhet slik at deltakerne føler seg trygge og ikke presset eller invadert (Malterud, 2011). Jeg fikk tilbakemelding fra noen av helsesykepleierne som ikke så grunn for å trekke seg. Jeg hadde ikke et tema som tilsynelatende var sensitivt, snarere engasjerende og helsesykepleierne syntes det var viktig. Jeg prøvde å få informantene til å føle seg komfortable og trygge ved å rette hele oppmerksomheten min mot dem og aktivt lytte til det de sa. I forkant av intervjuet gikk jeg kort igjennom det som sto på informasjonsskrivet om deres rettigheter.

Spørsmål som blir stilt og som kanskje ikke har vært tenkt over før, vil kunne sette i gang en prosess hos informanten (Malterud, 2011). Når en skriver en masteroppgave, må en være klar over at enhver datainnsamling representerer en eventuell intervensjon som kan åpne for tanker og eventuelt psykisk uro. Noen av informantene fortalte at det var spørsmål de ikke hadde fått eller tenkt på før. Jeg synes det kom fram fine refleksjoner av spørsmålene som viste at helsesykepleierne var engasjerte.

## **4 Presentasjon av funn:**

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere funnene som er relevante for å besvare min problemstilling. Formålet med prosjektet var å høre helsesykepleiers strategier og holdninger knyttet til kjønn og kjønnsroller i møte med barn og unge og om helsesykepleier reproduserer eller utfordrer kjønnsroller og kjønnsnøytralt språk.

Gjennom min analyse av intervjuene kom jeg fram til følgende hovedtema;

1. Forventninger til kjønn
  - Helsesykepleier tror de møter barn og unge ulikt
  - Forventninger til gutter og jenters seksualitet

- Forventninger til egenskaper
- 2. Fokus på kjønn og seksualitet
  - Vanskelige begreper
  - Helseyskepleierne jobber for å ha et inkluderende språk og fokus på kjønn
- 3. Kunnskapsbehov om kjønn og inkluderende språk

## 4.1 Forventninger til kjønn

Helseyskepleierne snakker ikke direkte om kjønnsroller og normer med barn og unge, men de forteller at de utfordrer disse likevel med ulike strategier, både i individuelle samtaler og i gruppe. De fleste helseyskepleierne var bevisste i forhold til hvordan samfunnet kategoriserer gutter og jenter i eksempelvis farger og klær. Til tross for at de er bevisste om tematikken kjønn så tenker noen av helseyskepleierne at de ubevisst tilnærmer seg jenter og gutter ulikt, mens en helseyskepleier sier at hun tilnærmer seg barn likt uansett kjønn.

### **Helseyskepleierne tror de møter barn og unge ulikt:**

Ett av spørsmålene jeg stilte var om de trodde de møtte gutter og jenter likt eller ulikt. Fire informanter tror de møter barn og unge ulikt. Både i måten de prater og hvordan de oppfører seg.

Ingrid forteller at hun både har hørt andre helseyskepleiere og seg selv si til jenter «å så søt og fin du er i din kjole» så sier man til gutter «du var en tøff gutt». Ingrid prøver likevel å være litt bevisst på dette, men hun sier hun har blitt «internalisert med stereotypiene mannlig og kvinnelig». Hun sier:

«Jeg har aldri fått det spørsmålet og jeg tror ikke jeg har tenkt på det. Men jeg tror at jeg gjør det..... *Men ja absolutt.. jeg tror jeg møter gutter og jenter ulikt. Det tror jeg faktisk. Uten at jeg vil... Man er kanskje litt mer sånn moderlig.. nei! Ikke moderlig, for det kan jeg være med gutter også, men litt mer...ja du ser jeg sitter her å vagger (viser en mer maskulin fremtoning), litt sånn mer med gutter, og litt sånn mer med jenter (sitter penere)».*

Alex sier også at hun ikke har tenkt på dette, men at hun kan tenke seg at det stemmer. Hun tenker at dette er noe hun kan være mer bevisst på.

*«kanskje at man i samtalene med jentene er mer på det med følelser, det er lettere å snakke med jentene om, mens gutter snakker mer om ting de gjør.. slike praktiske ting.. og at det ikke er bevisst ... det er bare slik det blir».*

Alex reflekterer over dette og sier:

*«det er noe man har med seg i fra, jeg vet ikke hvor langt tilbake.. fra da man selv var barn eller... det var forskjell.. jenter var mer dulling med og guttene var litt mer rett fram».*

Trine svarer bastant at dette er noe hun tror alle gjør. Derimot tror ikke Sofie at hun snakker eller tilnærmer seg barn og unge ulikt. Hun sier hun behandler de alle likt uansett kjønn. *«så for meg er jo det det samme hva de sier og hvordan de har det. Jeg må jo møte det barnet/eleven på best mulig måte».*

Silje sier at dette er ikke noe hun er bevisst på i samtalene, hun sier også at hun er påvirket av samfunnet og at hun tar seg selv i det uten at hun noen ganger er klar over det. Men dette er hun blitt mer bevisst på etter at hun ble utdannet som helsesykepleier og utfordrer dette når hun hører andre snakke om for eksempel «gutte»- og «jenteleker».

### **Forventninger om gutters og jenters seksualitet**

Vedrørende gutters og jenters seksualitet forteller alle informantene om forventninger og begrensninger til kjønn. Som for eksempel at gutter alltid skal ha lyst på sex, og jenter som kan føler på presset på å ha sex og ulike stillinger å ha sex i som de ikke ønsker. I tillegg problematiserer Trine og Alex dette i undervisningen med en case som skal få ungdom til å reflektere over sex og samtykke og at dette gjelder begge kjønn.

Ingrid forteller om møte med en jente som hadde smerter under samleie. Hun kom til helsesykepleieren for hun hadde vondt ved samleie. De snakket en del sammen og jenta fortalte at hun var frustrert over at kjæresten ikke kunne ha sex med henne, i stedet for at *hun* ikke klarte å ha sex, fordi *hun* hadde vondt. Hun ville løse problemet for kjæresten sin del, ikke for sin egen. For Ingrid var det viktig at styrke jentene til å «ta for seg» og prøvde å snu det slik at jenta skulle tenke på at det var for hennes egen del og ikke kjæresten sin del at de skulle kunne ha sex.

*«For det er jo fremdeles at det er litt sånn der at, vi kvinner skal behage menn seksuelt. Du får ikke som jente ha sex med flere gutter bare fordi du har lyst.... for*

*fremdeles er det jo det der med gutter som ligger rundt, de.. ja, kanskje de kaller seg oter, men de har jo også en viss status.. at de kan «erobre sine jenter».. mens jentene da skal være litt mer tilbaketrukket kanskje».*

Sofie forteller at hun tenker at gutter utøver seksuelt press og jenter blir utsatt for det, men selv om hun tenker dette så sier hun i undervisninger at dette gjøres av alle, uavhengig av kjønn. Sofie forteller:

*«Og det at jenter blir utsatt for press og gutter utøver press.. det har jeg tenkt i hodet mitt. Men så sier jeg i undervisningen min at dette gjelder begge parter og begge veier. For det er ikke alle gutter som utøver like stort press og ikke alle jenter som blir like mye presset. De er typer som ikke lar seg presse. Det er svært individuelt og går på personligheter».*

Trine og Alex utfordret også denne tankegangen i undervisningen ved å fortelle to historier som skal få ungdom til å reflektere. Den ene historien handler om en gutt og en jente som sovner etter en fest og jenta beføler gutten etter han har sovnet og så har de samme historie hvorpå det er gutten som beføler jenta og tematiserer normene for hva som er greit for gutter og hva som er greit for jenter.

Trine sier det slik: *«det guttene gjør, det er overgrep, men jentene kan gjøre som de vil. Og det sammen med når guttene har mange partnere så gir det erfaring. Men når jentene gjøre det, så er hun en hore som ligger rundt»*

Alex forteller at de brukte å dele seksualundervisningen i gutte- og i jentegrupper fram til elevene selv sa at de ønsket å ha denne undervisningen sammen, og ikke i kjønnsdelte grupper. Helsepsykepleierne på den aktuelle helsestasjonen hadde allerede begynt å snakke om dette, og om å blande gruppene da de syntes de var litt «forbi det der». De ønsker å høre med ungdommen om hvordan de selv ønsket å ha det. Ungdommene hadde selv ønsket å være blandet av hensyn til de som ikke følte seg inkludert i undervisningen. Helsepsykepleieren syntes at barna i dag er veldig åpne når det gjelder kjønnsminoriteter. Helsepsykepleieren sier:

*«jeg tenker at de aksepterer det og det er liksom naturlig.. hvorfor skal vi liksom være delt opp i jenter og gutter. Så jeg føler at de er veldig.. ja, de er inkluderende».*

Alex opplevde også at gutter og jenter var like frie til å snakke om sex og slikt i seksualundervisningen. Hun har ikke jobbet så lenge som helsesykepleier, men hun husker fra da hun var yngre at dette var noe guttene snakket mer åpent om mens jentene ikke gjorde det.

### **Forventninger til egenskaper og utseende**

Ingrid har et inkluderende språk og snakker kjønnsnøytralt. Kjønnroller blir ikke bare sett negativt av Ingrid. Hun anser kjønnsrollene som mer åpne, men likevel fastlåst, og sier at hun tenker: *«det skal være litt slik»*. Hun sier:

*«...men samtidig er jo seksualiteten vår også biologisk. Vi har de hormonene vi har (...) og de påvirker oss. Så.. hvem har sagt at det er feil at en gutt kan åpne døren til en jente for eksempel, eller sjarmere henne med blomster.. Er det feil? Skal vi kanskje gå tilbake litt til de gode kjønnsrollene?»*

Meg: *«de gode kjønnsrollene?»*

Ingrid: *«De gode kjønnsrollene! der jentene kan bli oppvartet... av de som vil bli oppvartet. Og at guttene kan kjenne seg litt som «hanen».*

Ingrid reflekterer også over om det er biologi eller om det er at vi blir påvirket til å tenke at menn og kvinner er ulike. På den ene siden sier hun at det er mange studier på at barn blir snakket ulikt til om de er gutt eller om de er jente, men hun undres over om dette er noe som er medfødt.

*«jeg tenker at man må jo.. vi må jo ha en innvertiss og en utovertiss for å føre menneskeheten videre..... vi kan jo ikke se bort fra biologien.. altså en mann har jo testosteron og det testosteronet gjør jo at vi har visse karakteristiske karakter og det med biler og teknisk og... altså du har jo forskjeller som vi ikke kan komme bort fra».*

Sofie sier:

*«Så jeg tenker at vi må være åpne for at det finnes alle slags mennesker der ute og alle slags unger og noen som tydelig viser fra starten av at vi er guttejente eller en gutt som vil være jente, eller en jente som vil være gutt..... men det er klart, man ser jo noe, man ser jo et trekk på en unge i forhold til lek og i forhold til væremåter og man kan jo få noen tanker om at: ok, dette er kanskje en unge som kanskje ikke trives med sitt kjønn».*

Silje forteller en historie om da de skulle vaksinere på en skole. Det kom inn et barn som for helsesykepleierne ikke åpenbart var en jente. Helsesykepleieren spurte *spontant* «*hva heter den karen*»? «*Men det var visst ikke en «kar». Det var en jente*». Silje reflekterer over dette og tenker vi har en ide om hvordan gutter og jenter skal se ut. Hun reflekterer videre i samtalen rundt at jenter og gutter som ikke trives med sitt biologiske kjønn kanskje vil endre på eksempelvis klær og hår for å ha mer tilhørighet med kjønnnet barnet identifiserer seg med.

## 4.2 Fokus på kjønn og seksualitet

Alle helsesykepleierne formidlet at de hadde fokus på kjønn og seksualitet og tok dette opp enten på tomannshånd eller i grupper med barn og unge. Helsesykepleierne hadde regnbueflagg og var med å arrangere og feire pride. Flere var også opptatt av å ha et inkluderende/ eller legning- og kjønnsnøytralt språk. Det var likevel noe vanskelig for noen av helsesykepleiere å skille begrepene kjønn og seksuell orientering fra hverandre. Noen syntes også det var vanskelig med de ulike begrepene i begge kategoriene «kjønn» og «seksualitet».

### Vanskelige begreper

Samtlige helsesykepleiere ville snakke om det som bryter med normer for kjønn og seksualitet når jeg spurte etter deres tanker om kjønn. De svarte med å fortelle historier eller å snakke om barn og unge som kommer til dem for å for eksempel snakke om sin seksuelle orientering eller om problemer med usikkerhet rundt egen definering av kjønn. Eksempelvis fortalte Silje en historie som dreide seg om en ungdom som kom ut som lesbisk og at dette ikke var noe problem i dagens samfunn. Bortsett fra Ingrid så hadde alle helsesykepleierne utfordringer med å skille begrepene kjønn og seksualitet. I tillegg var det flere begreper noen syntes var vanskelige.

Trine hadde fått spørsmål fra noen barn om hva man skulle kalle en biologisk født gutt som først hadde kommet ut som homofil og så kom ut som trans, fordi barna selv syntes det var vanskelig å finne riktig ord. Helsesykepleieren syntes det var vanskelig å svare på spørsmål og følte barna «stilte henne til veggs» hun sier:

*«Men så er det jo å vanskelig.. for det er jo så mange typer. Og du skal ha rett tunge i rett munn for å holde styr på hva er hva.... Først var han homofil. Så var det slik at*

*han følte seg som en jente i en guttekropp. Og når han er blitt en hun... han er ikke homofil da».*

I historien om et møte med en ungdom som kom til Sofie for hjelp, kalte hun ungdommen konsekvent for hens biologiske pronomen.

*Sofie: «Men hun hadde jo et utseende som gjør at, psykologen sa med en gang at det var henne. «For det er hun som har time», sa jeg. Så sa psykologen: «ja, jeg så med en gang at det var henne».*

*Meg: ja*

*Sofie: «Hun var litt guttete kledd, så var hun jo.. Hun var ikke feminin i klesveien, så hadde hun bustete hår og helt kort hår og bustete. Så det er klart man kan se.. man kan jo se litt sånn også. Men jeg syntes jo at hun hadde et så feminint ansikt. Men psykologen tenkte mer, alt det andre, på kledningen og hårfasongen.. sånn der..»*

*Meg: Å det var?*

*Sofie: «ja, at det var tegn på at hun vil være gutt».*

Trine feilkjønnnet også noen ganger, men korrigerer seg selv like etterpå. Trine og Alex sier at de må «jobbe med seg selv» for å være åpne og bruke ord som er inkluderende. Alex sier også at det er mange variasjoner innenfor kjønn og seksualitet, og siden hun ikke har kjennskap til alle så må hun få ungdommen til å fortelle.

*Alex: «ja, altså noen går litt frem og tilbake. Og noen.. hvem er de egentlig. Er de en gutt i en jentekropp, og hvem forelsker de seg i?»*

*Meg: «ja»*

*I4: «ja, det er mange forskjellige slike type ting og da må vi jo få de til å fortelle: hvordan er det for akkurat dem»*

### **Helsesykepleierne jobber for å ha et inkluderende språk og fokus på kjønn**

Ingrid hadde både et kjønns- og legningsnøytralt språk i samtalen med meg, og sa at hun prøver å ha et inkluderende språk til alle barn og unge.



Når jeg spurte Trine og Alex om de brukte et kjønnsnøytralt språk svarte de at dette er noe de prøver. De kom med eksempler på et legningsnøytralt språk, noe de var veldig opptatte av og som de har implementert i sin ordbruk i samtaler både når de snakker med enkeltindivider og i gruppe. Alex sa at hun prøver å være bevisst dette og «prøver å oppdra dem» også på fritiden og tenker at i alle fall helsesykepleiere bør være litt bevisste på at vi ofte antar at alle er heterofile.

*Alex: «...at ikke vi som helsesøstre også skal legge frem at det med gutt og jente er normalt. For det er veldig sånn i samfunnet. Jeg hører bare på dem som jeg omgås med på fritiden. De spør guttene: «ååh, hvordan går det med damene»? Det er veldig det som er normalt og det de hele tiden får høre».*

Silje sa at dette med kjønns- og legningsnøytralt språk er en prosess med tanke på hva man selv er vant med. Men hun tenker at om man ikke har et kjønns- og legningsnøytralt språk, kan det gjøre at noen ungdommer ikke vil snakke med helsesykepleieren sin. Dermed prøver hun å være bevisst rundt dette, spesielt med å ikke anta at jenter og gutter har kjæreste av det motsatte kjønn. Dette var noe Silje ikke hadde tenkt på så mye før retningslinjene kom. «den ubevisstheten kan overraske oss noen ganger» sier hun.

Sofie sa at hun ikke hadde implementert et inkluderende språk, men synes det er fornuftig og begynte i samtalen med meg å reflektere over hvordan hun hadde brukt feil pronomen.

*Sofie: «ja, for jeg tenker også på han som skiftet kjønn, om han ville bli kalt hen. Hun som gikk og tenkte på at hun skulle blir gutt. Men det var ikke noe de selv tok opp».*

Da jeg spurte Sofie om hun trodde helsesykepleiere var bevisst på et kjønnsnøytralt språk, svarte hun:

*Sofie: «nei det vet jeg ikke.. vi er mer på det med aksept av kjønn og være åpen og møte elevene der de er. men språket...»*

Meg: «ja»?

*Sofie: «vi bruker jo ordene bifil og transpersoner og slikt, det gjør vi jo. Men sånn som hen, det bruker vi jo ikke.. men jeg har ikke opplevd at noen har selv kommet med det, men jeg har jo ikke etterspurt det heller».*

Helsesykepleierne fortalte samlet sett om mange ulike måter å være et barn på når de kommer til helsesykepleier for å snakke om kjønn. Alle er ulike og har ulike behov. Noen barn er sikre på at de ønsker å skifte kjønn, mens noen er usikre på dette.

### 4.3 Kunnskapsbehov om kjønn og inkluderende språk

Informantene tok ved flere anledninger opp dette med hvor viktig det har vært med kompetansehevning rundt temaet kjønn og seksualitet. Rosa Kompetanse, et kompetansemiljø som tilbyr faglig bistand og undervisning om kjønns- og seksualitetsmangfold, ble nevnt flere ganger. Ingrid, som ikke nevnte dette, har fordypet seg på temaet etter helsesykepleierstudiet og hun koblet språk og begreper til makt. Hun sa at hun på grunn av at hun har fordypet seg i temaet er mer observant på språk hun bruker og at hun nå vet at det er flere kategorier innenfor mann/kvinne.

*«Eem, men det jeg vet nå.....er at det også finnes mange kategorier innenfor dette mann/kvinne.. som man kanskje ikke ser utad....»*

Kursene har bidratt til at Alex blant annet har følt seg tryggere i samtalene når de snakker til barn og unge som ønsker å snakke med helsesykepleier om kjønn og seksualitet. Alex ble overasket over at dette var et tema oftere enn hun hadde trodd og *«hadde ikke noe særlig kompetanse på det»* før hun ble helsesykepleier.

Alex: *«Det er jo et tema som er litt...noen synes kanskje det er litt vanskelig å snakke om».*

Meg: *«mm»*

Alex: *«men jeg må si at de kursene vi har hatt fra Rosa kompetanse gjør at man føler seg litt tryggere i de samtalene. At man i alle fall vet litt om det».*

Selv om de har vært på kurs om temaet så skulle flere av dem fremdeles ønske at de kunne mer. Selv om ungdommene *«selv ofte er opplyst»*.

Alex: *«nei jeg skulle jo egentlig ønske at jeg kunne mer om det. Men de er jo selv ofte opplyst. Vi vet litt, men så kan vi få dem til å fortelle.. så jeg skulle gjerne ha kunnet mere om det».*

Kursene har gjort at de har lagt om undervisningen og nå inkluderer kjønn og seksualitet i større grad i tillegg til at de prøver å ha at inkluderende språk. Trine sier hun begynte å ta opp temaet etter et kurs, men at det igjen generer spørsmål som hun ikke kan svare på. Hun sier også at ungdommene viser interesse for temaet og er åpne og reflekterte, noe hun må bygge videre på og derfor sette seg mer inn i temaet. Trine sier:

*«for det er jo nytt.. det burde jo ikke være det, men det er det».*

Sofie sier:

*Sofie: «Jeg synes jo det har hjulpet litt på med de kursene vi har vært på»*

*Meg: «ja..»*

*Sofie: «og det med Rosa kompetanse. De kommer og forteller sine erfaringer og det er veldig nyttig og lærerikt. Og det gjør jo slik at vi tar opp mer med ungdommer og ungene»*

Ingen av helsesykepleierne har hatt noe særlig om kjønn i utdanningen sin, selv om to av informantene er relativt nylig ferdigutdannet. En utfordring de beskrev var at elevene ofte «stiller dem til veggs» og at helsesykepleierne ønsket å lære mer. De opplevde at det både er interesse for temaet fra barn og ungdommenes side og at det er behov for kunnskap på området.

#### **4.4 Oppsummering funn**

Jeg har identifisert utfordringer og strategier knyttet til kjønn og kjønnsroller i møte med barn og unge i datamaterialet mitt. Alle helsesykepleierne er opptatte av å inkludere alle barn og ha et fokus på kjønn og seksualitet. Fem helsesykepleiere beskriver ulike strategier hvor de utfordrer normer for kjønn, og også seksualitet. Det ligger et spor av dikotomi i språket på helsesykepleierne. Språk og begreper kan være utfordrende for de fleste av helsesykepleierne og studiens funn synliggjør at de fleste helsesykepleierne både har hatt bruk for de kursene de har hatt om tema og at de ønsker flere av disse.

I det neste kapittelet vil jeg diskutere funnene i lys av valgt teori for å forstå blant annet noen av utfordringene helsesykepleierne står i.

## 5 Diskusjon:

I dette kapittelet vil det bli nærmere sett på studiens funn, sett i lys av teori. De tre kategoriene som var mest fremtredende i analysen blir vektlagt i drøftingen.

- *Helsesykepleier både utfordrer og reproducerer kjønnsroller og normer for kjønn*
- *Mulighetsrom*
- *Kunnskapsbehov om kjønn og inkluderende språk*

### 5.1 Helsesykepleier både utfordrer og reproducerer kjønnsroller og normer for kjønn

Studiens funn viser at til tross for at helsesykepleierne er bevisste på at mye av strukturene rundt kjønn og at kjønn ikke bare er jenter og gutter, tenker noen av helsesykepleierne at de ubevisst tilnærmer seg jenter og gutter ulikt. Menn og kvinner behandles ulikt av helsepersonell, selv om helsepersonell ikke mener at dette er tilfelle (Thornquist, 2001). Flere av helsesykepleierne reflekterer over dette. Ingrid sier det «mannlige» og «kvinnelige» er internalisert i oss og Alex sier at hun tenker at det kan være noe med hvordan hun selv har vokst opp. Det samme gjør Silje når hun snakker om det ubevisste i oss. Dette kan være i tråd med Bourdieus begrep habitus (Bourdieu, 2000, Wilken, 2008). Habitus er et produkt av sosialiseringen som foregår særlig i barndommen (Wilken, 2008, s. 36). Helsesykepleieren viser med kroppen hvordan hun tenker hun fremtrer som maskulin når hun snakker med gutter og hvordan hun fremtrer som mer feminin i samtale med jentene. Dette kan tolkes som at kunnskapen sitter i kroppen. Er det tegn på at normer for kjønn og kjønnsrollemønstre er internalisert i deres habitus? Habitus er for det første kroppsliggjort og ikke basert på refleksjon. Dette kommer fram i vår væremåte og våre handlinger (Aakvaag, 2008, s. 160). Helsesykepleierne er alle oppvokst i et samfunn og i en tid hvor man kanskje var lite bevisst på problematikken og som resten av samfunnet, vil helsesykepleierne også styres av normer for eksempelvis kjønn.

Funnene er forenelig med tidligere studier gjort blant annet i skandinaviske barnehager og med sykepleiere der barn blir behandlet ulikt ut fra hvilket kjønn de har (Eidevald, 2009, Hardardottir & Petursdottir, 2014 & Rydmell, Ringnér, Lagerfors & Öster, 2013).

Butlers teori (2006) om hvordan vi gjør kjønn kommer fram i fortellingene om forventningene helsesykepleieren hadde til barns preferanser om lek. Helsesykepleieren sier: «Dette er kanskje en unge som kanskje ikke trives med sitt kjønn». Helsesykepleieren uttrykker en bestemt forventning til kjønn. Slik jeg ser det, kan vel barnet trives godt i sin versjon av gutt/jente selv om det bryter med helsesykepleierens forventninger? Det samme kommer fram når Silje antar at det er en gutt med langt hår som kommer for og vaksineres og sier «hva heter den karen»? Silje reflekterer videre over at barnet kanskje ikke ønsker å være en gutt, og prøver å endre på utseende for å føle mer tilhørighet med kjønn. Barnet identifiserer seg med. Dette viser igjen at tokjønnsmodellen er integrert i helsesykepleierens forståelse.

Tokjønnsmodellen ligger i deres habitus og fungerer som et skjema for deres oppfatninger og handlinger (Bourdieu, 2000). Når helsesykepleieren sier «denne karen» «gjør hun kjønn» ifølge Butler (2006) og barnet vil, slik jeg ser det, kunne tenke at slik hun selv «gjør kjønn» ikke er normalt. Som Ingrid selv påpeker, ligger det mye makt i både språk og kroppsspråk. Og språket skaper en virkelighet (Ingstad, 2014) som dette barnet kanskje ikke kan kjenne seg igjen i. Vi produserer og reproducerer et binært kjønnssystem, altså tokjønnsmodellen ved å snakke om og med menn og kvinner, gutter og jenter som mennesker med ulike preferanser og egenskaper. Likevel har alle barn og voksne ulike preferanser uavhengig av kjønn. Før var moten at rosa var en maskulin farge og bruktes av gutter (Mesna, 2013). Det er allment kjent at det finnes biologisk fødte gutter som liker å leke med dukker og vil ha langt hår, og det finnes jenter som liker å leke med biler. Uten den kjønnede samfunnsstrukturen, kan det jo tenkes at flere barn ville lekt mer med begge deler.

Ingrid forteller at hun vet at det åpenbart ikke bare finnes to kjønn og at gutter og jenter faktisk er ganske like. Likevel reflekterer hun over at hun synes at vi kan gå tilbake til de gode kjønnsrollene hvor jenter kan bli litt oppvartet og guttene kan føle seg litt som «hanen». Hun kobler dette til at vår seksualitet også er biologisk og at dette påvirker oss blant annet igjennom testosteron. Når man snakker om kjønn som entydig forskjellige står man i fare med å lage en forestilling om menn og kvinner som to helt ulike kategorier sier Thornquist (2001). Da går man ut fra at alle menn og alle kvinner er like. Denne oppfatningen stemmer imidlertid dårlig med virkeligheten. Jenter og gutter er mer like enn ulike, og det lar seg ikke gjøre å lage to kategorier med utgangspunkt i egenskaper og interesser. Det er mye mer komplekst enn det, for det er et mangfold der ute som også inkluderer en kategori som verken identifiserer seg med kvinne eller mann. Dersom vi ser på kvinner og menn som entydig forskjellige, er det en forenkling av virkeligheten og det gir kategorier som mange ikke vil

kjenne seg igjen i. I tillegg kan det dekke over forhold som kan være svært viktige (Thornquist, 2001). Gode eksempel på dette er oppfatninger av at kvinner er mer følelsesorienterte eller at menn er mer tekniske og liker biler. Virkeligheten er mye mer nyansert enn som så. Det er mange menn som er veldig følelsesorienterte og mange kvinner som er tekniske.

Ifølge Træen (2017) viser flere studier over hele Europa at seksualvanene går i samme retning. Slik jeg ser det står Ingrid's ord om at hun er bevisst på at det ikke bare finnes to kjønn og at jenter og gutter er like, i kontrast til hennes beskrivelse av hvordan hun prøver å få jenter til å «ta for seg» mer. Gutter og jenters holdninger og atferd blir mer og mer lik for hver generasjon som går (Træen, 2017, s. 289). Slik ser vi at seksualiteten er kulturell og også i likhet med hvordan man er gutter og jenter, i endring. Forventninger til at menn skal varte opp kvinner og kvinner skal bli oppvartet gir slik jeg ser det trange rammer for hvordan jenter og gutter skal oppføre seg. Men Brattgjerd & Tellefsen (2020) viser til forskning som viser at det foregår en kjønnsdifferensiering i fosterstadiet i hjernen. Denne har betydning for atferden senere i livet avhengig av om du er biologisk mann eller kvinne. Adferden din har altså en biologisk komponent som er med på å forme personligheten din. Men Butler (1991) hevder at det ikke finnes et originalt kjønn som vi kan plassere på vårt biologiske kjønn. Kjønn er en konsekvens av en diskursiv praksis og ikke en årsak til det hevder Butler (Nielsen, 2009). Det er et spekter av personlighetstrekk innenfor kjønnskategoriene (Brattgjerd & Tellefsen). Og dette spekteret er viktig å ivareta i det helsefremmende arbeidet.

Ifølge Wilken (2008, s. 38) refererer Bourdieu flere steder til habitusbegrepet som foranderlig, men «tregt». Forandringen kan ikke skje ved refleksjon eller tanker, da vi ikke bare kan bestemme oss for å «være en annen» (Aakvaag, 2008, s. 160). Ved forandring i habitus kreves det forandring i menneskets ytre omgivelser. Dette skjer ikke automatisk, det krever en sosial forankring i og en individuell aksept av et nytt sosialt miljø (Wilken, 2008, s. 38). Dette ser vi siden kjønnsrollene over tid er i endring (Overå, 2013, Solberg & Glavin, 2018) og derfor er det viktig med et nyansert bilde på kjønn.

Funnene viser at helsesykepleierne ikke direkte snakker om kjønnsroller og normer med barn og unge, men de forteller historier om at de utfordrer disse likevel med ulike strategier, både i individuelle samtaler og i gruppe. Som sagt innledningsvis er jenters seksualitet underlagt flere restriksjoner enn gutters (Træen, 2017). Funnene viser at helsesykepleierne har mye faglig kunnskap om hva som rører seg blant barn og unge og normer knyttet til seksualitet.

Dette utfordrer de i samtale med barn og ungdom. Dette ses for eksempel i Ingrids møte med en jente som hadde smerter under samleie med kjæresten som var gutt. Ungdommen var mer opptatt av kjærestens behov enn hensynet til seg selv. For Ingrid er det viktig at både jenter og gutter skal nyte sin seksualitet. Dette er slik jeg ser det i tråd med helsesykepleiers helsefremmende perspektiv og empowerment (Kvarme, 2007, Tengquist, 2007). I beste fall ville samtalen med Ingrid gjøre slik at ungdommen ønsket et godt seksuelt liv for sin egen skyld og ikke for kjærestens skyld. Ingrid som er fagperson ville gjøre denne ungdommen bevisst på sin egen situasjon og styrke hennes seksualitet.

Alex forteller at hun samlet guttene og jentene til felles seksualundervisning etter elevenes eget ønske. Helsesykepleierne i kommunen hennes hadde allerede forut for dette diskutert saken og blitt enige om å ta dette opp å høre om elevene foretrakk en kjønnsdelt eller samlet klasse. Slik jeg tolket det virket det som at Alex selv syntes det var veldig tradisjonelt å gjøre, og på tide å endre praksis. Elevene ville ha felles undervisning og syntes dette var inkluderende og naturlig. Dette er slik jeg ser det i tråd med det helsefremmende perspektivet. Både for at det er en inkluderende praksis og på grunn av brukermedvirkning som er en grunnstein i det helsefremmede arbeidet bidra til at brukeren har innflytelse på egen livssituasjon. (Kvarme, 2007, s. 31). Det har vært tradisjon å dele seksualundervisningen i jente og guttegrupper, og en undersøkelse som ikke tar høyde for kjønns mangfoldet fra 2015 viser at en stor del av ungdommen, og da spesielt jenter ønsker kjønnsdelt seksualundervisning. Ifølge forfatter tilbakeviste funnene at kjønnsdeling er gammeldagse (Toreid, 2015). Slik jeg ser det tar ikke denne undersøkelsen høyde for at noen ikke vil identifisere seg med gruppen de blir tildelt da seksualundervisningen berører mer enn bare den fysiske utviklingen. At det er flest jenter som ikke ønsker undervisningen, kan tenkes å være på grunn av kvinners tabu rundt egen seksualitet og kropp.

Sofie forteller at hun tenker at gutter er de som utøver seksuelt press og jenter er de som blir presset, men at hun likevel sier i undervisningen sin at dette gjelder begge parter og at det går på personlighet og ikke kjønn. Sofie tar opp et viktig fenomen og tematiserer grensesetting når det gjelder barn og unges seksualitet. Når Sofie vektlegger barnas personlighet fremfor kjønn i undervisningen er det slik jeg ser det i tråd med tanken om likeverd som er en sentral holdning i empowermentarbeidet (Tengquist, 2007).

Trine og Alex tar opp en case som skal få ungdom til å reflektere over overgrep. Der utfordrer de ungdommens tankegang rundt hva et overgrep er og får dem til å reflektere over at det er

like mye overgrep dersom det er kvinner som utfører overgrepet som når menn utfører det. Helseesykepleierne utfordrer altså diskursen om kjønn og seksualitet som at mannen er den aktive og dominerende og kvinnen er den som tar imot. Forventninger til at gutter alltid skal være interessert i sex, kan føre til at de også utsettes for voldtekt og seksuelle krenkelser (Berggrav, 2015). Samtalene kan få barn og ungdommer til å reflektere over kjønnsroller og normer, noe som er i tråd med retningslinjene fra Helsedirektoratet om at vi skal utfordre normer (Helsedirektoratet, 2019). Hvorvidt helseesykepleierne snakket kjønnsnøytralt og inkluderende i disse undervisningene kommer ikke frem gjennom denne aktuelle historien, men det sier likevel noe om helseesykepleiers fokus. Å snakke med barn og unge og utfordre normene og kjønnsrollene som sier at gutter er de som får «kred» og status hvis de har sex med flest mulig, mens jenter får høre at de er horer om de gjør det samme (Berggrav, 2015), vil være viktig i et godt forebyggingsarbeid og kunne styrke alle barn og unges mestringskompetanse.

Hardardottir & Petursdottir (2014) funn viser at det er sterke tendenser til å «kjønne» og kategorisere barna ut fra kjønn. Min studie viser også at helseesykepleierne kategoriserer barn og unge ut fra kjønn, men også at de ser nyanser. Dette kommer godt fram ved at helseesykepleierne anerkjenner at det finnes et mangfold av barn som identifiserer seg ulikt i forhold til kjønn og at de i samtalene med barn og unge prøver å utfordre normer og tradisjonelle kjønnsroller. Jeg tror at en av grunnene for at helseesykepleier tar opp og utfordrer normer er fordi de er bevisste i forhold til hvordan samfunnet kategoriserer gutter og jenter og at de har mye faglig kunnskap om barn og unges holdninger og seksualvaner.

## **5.2 Mulighetsrom**

Studiens funn viser at alle helseesykepleierne ønsker å inkludere kjønns- og seksualitetsmangfoldet vi har i samfunnet og er opptatt av dette. Dette var veldig fremtredende i analysen. Begrepet mulighetsrom viser til at helseesykepleierne prøver å skape et rom slik at barn og unge kan uttrykke seg selv. De ønsker å møte barn og unge med åpenhet, respekt og anerkjennelse for det de er, og de ønsker å bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk. Dette er i tråd med det helsefremmede fokuset helseesykepleiere har (Kvarme, 2007), og i tråd med empowermentprinsippet (Tengqvist, 2007,).

Flere av helseesykepleieren i studien hadde utfordringer med å skille innholdet i flere begrep fra hverandre. Dersom jeg spurte om kjønn, kunne informantene svare med å snakke om seksuell legning. I tillegg var det vanskelig å vite alle begrepene og hva de betydde. Dette



kommer også fram i rapporten fra Stubberud, Prøitz & Hamidiasl (2018). Noen helsesykepleiere feilkjønnnet også når de snakket om barna. Slike erfaringer som feilkjønnning kan påvirke hvordan barn og unge opplever seg selv, hvilken mulighetsrom hen har og om de er trygge i møte helsepersonell. Og dersom barnet eller ungdommen ofte blir kalt med feil pronomen eller blir møtt på en måte som barnet eller ungdommen selv ikke kjenner seg igjen i, kan barnet de møter oppleve å ikke bli sett eller anerkjent (Stubberud et al., 2018).

I retningslinjene for skolehelsetjenesten og for helsestasjon for ungdom står det at dersom det ikke er opplagt om ungdommen identifiserer seg som «han» eller «hun», bør helsesykepleier spørre hvordan personen ønsker å bli tiltalt og omtalt og ta hensyn til det i videre kommunikasjonen (helsedirektoratet, 2019). En Dansk studie fra 2019 viser at transpersoner føler deres kjønn blir avvist eller usynliggjort i møte med sykepleieren, spesielt dersom sykepleiere feilkjønnner dem (Nielsen, Evron og Holm, 2019). Det er derfor viktig at helsesykepleier ikke feilkjønnner (Stubberud, et al., 2018).

At begrepene er vanskelig å skille og sette seg inn i er blant annet fordi det er nytt for mange, også helsesykepleierne. Dette kan ha med at forestillingen om det biologiske kjønnnet og at tokjønnsmodellen opprettholder normene og dermed stenger av for andre måter å tenke kjønn, kropp og identitet på, slik som Butler hevder ifølge Jegerstedt (2008, s. 75). Retningslinjene fra Helsedirektoratet og kursene som helsesykepleieren har vært med på, har slik jeg ser det vært med på å ta et steg på veien mot en ny forståelse og en annen tilnærming til barn og unge når det gjelder kjønn og seksuell orientering.

Helsesykepleierne er opptatte av å være åpne og anerkjenne alle barn. Og der helsesykepleiernes kunnskap kommer til kort, får de barnet eller ungdommen til å fortelle. Andreassen & Trondsen (2010) hevder at dersom barnet eller ungdommen får for mye ansvar siden helsepersonellet ikke har kunnskap om temaet kan børen bli tung å bære. For å skape et virkelig rom for empowerment må helsearbeidere være bevisst på å unngå å delegere et ansvar til brukeren eller pasienten som disse ikke vil ha. Helsefremmende strategier som tar sikte på å styrke pasienter, kan bli det motsatte av det det er ment å være i utgangspunktet (Andreassen & Trondsen, 2010). Dette er en utfordring for helsesykepleiere som ønsker å hjelpe barn og unge til å bli «empowered». Ungdommer og barn trenger voksne til å hjelpe dem med språket for å forstå seg selv. Ifølge Træen (2017, s. 288) skjer det to viktige ting i livet fra de utvikler språk til de kommer i puberteten som blir essensiell for utviklingen av deres sosiale og seksuelle identitet. Det ene er at voksne setter ord på ulike handlinger som

barn og unge foretar seg. Det andre er at de fortsetter den kontinuerlige prosessen med å dannes til jenter/kvinner og gutter/menn i samsvar med den kulturen de vokser opp i.

Butler sier ifølge Hardardottir & Petursdottir (2014) at kjønn er konstituert av, og er et produkt av samfunnet, og at menneskers empowerment derfor er begrenset av samfunnet, da mennesker ofte søker å identifisere seg selv med dominerende kjønnsnormer. Et kjønns- og legningsnøytralt språk vil utfordre normene. Selv om helsesykepleierne til tider har vansker med begrepene så vil bevisstheten de har til at kjønn, det vil si at kjønn ikke kun er to faste former, være med på å bryte opp forventningene man har til de ulike kjønnene.

Stubberud, et al. (2018) hevder at barn og unge som bryter med normer for kjønn og seksualitet med stor sannsynlighet har behov for et språk de kan bruke til å snakke om og forstå seg selv. De hevder videre at seksualitetsundervisning muligens kan bidra med dette språket, men det formoder at de som har undervisningen har kompetanse på området slik at de utvikler en normkritisk praksis og bruker korrekte ord og begreper. Butler tror man kan endre diskursen om kjønn siden kjønn er en «væren» og ikke en «gjøren» som skapes igjennom handling, språk og praksis (Jegerstedt, 2008). Slik jeg ser det vil helsesykepleierne gjøre en forskjell og påvirke positivt ved å sette ord på og utfordre normene for kjønn og seksualitet og her har helsesykepleieren en viktig rolle.

### **5.3 Kunnskapsbehov om kjønn og inkluderende språk**

Studiens funn viser at helsesykepleiere har hatt nytte av kurs om kjønn og seksualitet. Studiens funn viser også at flere ønsker ytterligere kurs og at det er mange begreper som er vanskelige for helsesykepleierne. Derfor støtter studien min den tidligere rapporten om at helsesykepleiere har et ønske og behov for mer kunnskap om temaet kjønn (Stubberud, et al., 2018). Endringene i samfunnet gjør at det oppstår nye og endrede utfordringer for det helsefremmede arbeidet. (Sørensen et al, 2002). Slik som min studie viser, så viser rapporten fra Stubberud, et al. (2018) også at kun tre av tretten av helsesykepleierne hadde kjønn som tema i utdanningen sin. At ledelsen legger til rette at helsesykepleiere får delta på kurs, vil ha stor betydning for å heve kompetansen og gi likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted (Stubberud, et al., 2018). Normark & Moe, (2012) hevder at likestilling og likeverd er et krevende område å implementere i praksis. Og at det derfor bør komme inn allerede i grunnutdanningen.

I min studie forteller helsesykepleierne om at barn og unge kommer for å snakke med helsesykepleier om kjønn og seksuell legning helt fra barneskolen. I rapporten til Stubberud, et al. (2018) var det kun fire av tolv deltakere som snakket med helsesykepleieren om sin kjønn- eller legningsproblematikk. I stedet for å snakke med helsesykepleier viste rapporten at ungdommen hentet informasjon og kunnskap andre steder, og i stor grad av ulike kilder på internett. En av grunnene var at ungdommen syntes helsesykepleier hadde lite kunnskap om temaet. At ungdommer kommer for å snakke med helsesykepleier om kjønn og seksualitet i min studie, kan være det økte fokuset helsesykepleier har på mangfoldet vi har i samfunnet. Ved bruk av regnbueflagg og feiring av pride viser de at det var et trygt sted for ungdommene å komme. Men man kan heller ikke se bort fra at det kan være noen som ikke har oppsøkt helsesykepleier av andre årsaker.

Det er store variasjoner i hvordan transpersoner selv tenker og praktiserer kjønn på (Folgerø & Hellesund, 2010). For noen er det viktig å framstå som mann og for noen er det viktig å framstå som kvinne. Andre har igjen en mer grenseoverskridende og utforskende måte å være på som ikke passer tokjønnsmodellen. Noen ønsker operasjon for å føle mer samsvar med kropp og identitet, mens andre ikke ønsker noen operasjon. Det varierer også hvilken seksuell orientering de har sier Folgerø & Hellesund. Derfor er det viktig med kunnskap og ikke låse ungdommen fast i antatte kategorier og deres antatte betydning (Stubberud, et al., 2018). Clancy (2012, s. 72) sier at en helsesykepleier må være åpen for å forstå aspekter av livet som ikke lar seg tallfeste og standardisere. Helsesykepleieren må se person og ikke egenskapene som personen har og være klar over sitt faglige og personlige ståsted. Dersom helsesykepleierens forståelseshorisont er for smal, er det mye helsesykepleieren ikke ser når hun skal forsøke å forstå og hjelpe den det måtte gjelde (Clancy, 2012).

Intervjuer med helsesykepleierne viser at de er opptatt av å være støttende og bruke helsefremmende strategier i kommunikasjon med barn og ungdom. Ved å bruke strategier for å øke mestringskompetansen til barn og unge er det viktig å være oppmerksom på faktorer ved en selv som fremmer mestring, faktorer i dialogen med andre og generelle vilkår i samfunnet (Svensson, Mussner og Aleksandersen, 2006). Funnene i studien formidler helsesykepleierens ønske om kompetanse og deres usikkerhet knyttet til tema og begreper om kjønn og normkritisk praksis. Helsesykepleiere er opptatt av å trygge usikre ungdommer, men funnene i studien tyder i tillegg på at helsesykepleiere selv også har behov for å bli mer trygge i samtaler med ungdom om kjønn og seksualitet. Det kan konkluderes med at empowermentstrategier er viktig i arbeidet med barn og unge, men det er også viktig at

helsesykepleiere skal bli tryggere i veiledning av barn og unge når de kommer for å snakke om tema som kjønn og seksualitet.

## 6 Metodediskusjon

Studien har noen begrensninger da dette er et lite utvalg på fem helsesykepleiere og konteksten er begrenset til Nord-Norge. Funnene kan ikke generaliseres slik som statistiske studier. Målet med SDI-metoden er likevel det Tjora (2017, s. 245) kaller for konseptuell generalisering. Forskeren er ute etter å beskrive funnene i form av konsepter, begreper eller metaforer som ikke kun er knyttet til empirien. For å sikre relevans brukes teorier og tidligere forskning for å oppnå større generaliserbarhet og gyldighet ifølge Tjora (2017). Oppgaven min er en dybdestudie av helsesykepleires erfaringer og den støttes av tidligere forskning og teori. Studiens funn vil kunne brukes av andre og vil kunne ha overføringsverdi og relevans i andre kontekster.

Denne studien vil ikke vise til alt hva helsesykepleier gjør. Helsesykepleier kan utfordre flere normer enn hva som er vist i denne oppgaven. Intervjuene formidlet holdninger og ga innsikt i hva helsesykepleier sier de gjør. Observasjon av konsultasjoner slik blant annet Hardardottir & Petursdottir (2014) og Eidevald (2009) gjorde ville ha gitt opplysninger om hva helsesykepleierne faktisk gjør.

Helsesykepleierne visste kun at jeg ønsket å snakke om kjønn, og dermed kan helsesykepleierne ha svart det de tenkte var «politisk korrekt» når jeg spurte om kjønn.

I retrospekt ser jeg at jeg skulle stilt spørsmål på en annen måte for å få de til å utdype noen spørsmål. Dette kunne være tematikk jeg i utgangspunktet ikke hadde tenkt å ha stort fokus på i oppgaven, men som jeg senere så kunne være interessant å ha med likevel, som for eksempel refleksjon rundt transpersoner og kjønnsroller. Jeg merket meg også igjennom transkriberingen at jeg skulle stilt flere oppfølgingsspørsmål ved flere anledninger.

Jeg syntes det var vanskelig å formulere et spørsmål som skulle få fram informantenes tanker om kjønnsroller. Det kom fram allerede ved første veiledning og under prøveintervjuet at det var et spørsmål som kunne være vanskelig å besvare. Når det kom til spørsmålet om kjønnsroller ser jeg i ettertid at jeg skulle konkretisert dette spørsmålet for å gi begrepet en

mening og for å kanskje få mer ut av spørsmålet. I tillegg virket det som om jeg i et av intervjuene ikke tålte stillheten og hoppet over til neste spørsmål istedenfor å vente og se om hun hadde mere å tilføye. Ifølge Thagaard (2013, s. 109) kreves det mye erfaring for å komme med blant annet relevante spørsmål, og dette er noe jeg vil ta med meg videre. På den andre siden viser det at vi ikke har et godt språk for dette siden kjønn er noe vi ikke tenker så mye over, men som likevel betyr så mye. At jeg var uerfaren med intervju kan være en svakhet med studien. Flere av helsesykepleierne delte private erfaringer og fortalte fritt om deres egne «svakheter» og man kan kanskje anta at helsesykepleierne var trygge og fortrolige i samtalen.

## **7 Avslutning**

### **7.1 Oppsummering**

Det er stor variasjon innad i gruppen gutter og gruppen jenter, ikke bare mellom gutter og jenter. Fra vi blir født blir vi tildelt farger, leker og holdninger etter hvilket kjønn vi er. Og mens vi vokser forventes det videre at vi skal følge de tradisjonelle kjønnsrollenemønstrene. Helsesykepleieren er en sentral aktør i det helsefremmende og forebyggende arbeidet og vil kunne være en viktig aktør i arbeidet med å tenke mangfold og utfordre trange kjønnsroller uansett seksualitet eller kjønnsidentitet.

Denne studiens formål var å undersøke et utvalg av norske helsesykepleieres strategier og holdninger til kjønn og kjønnsroller i møte med barn og unge og om hvordan de følger opp de politiske intensjonene om å bruke et kjønnsnøytralt språk til ungdom. Det ble gjennomført fem dybdeintervjuer av helsesykepleiere i ulike kommuner i Nordland og Troms. Tjoras stegvis deduktive induktive metode ble benyttet i analysen og hovedkategoriene ble: «forventninger til kjønn», «fokus på kjønn og kjønnsnøytralt språk» og «kunnskapsbehov om kjønn og kjønnsnøytralt språk». Funnene ble så diskutert opp mot teori om kjønn og helsefremmende teori.

Ut fra studiens funn kan det konkluderes med at helsesykepleierne generelt sett har en helsefremmende holdning til barn og unge som bryter med normer for kjønn og seksualitet. Funnene viser at helsesykepleierne har mye faglig kunnskap på hva som rører seg blant barn og unge og normer knyttet til seksualitet. Helsesykepleierne både utfordrer og reproducerer

kjønnsroller og normer for kjønn. Dette bidrar til at helsesykepleierne både kan bidra til å styrke og hemme barn i å leve frie liv. Helsesykepleierne bruker helsefremmende strategier i arbeidet med barn og unge ved å ha en helsefremmende holdning og ved at de jobber med å ha et inkluderende språk. Det varierer hvorvidt helsesykepleiere snakker kjønns- og legningsnøytralt til barn og unge. Noen har det med i dagligtalen og noen bruker det ikke i det hele tatt. Alle helsesykepleiere har fokus på det, og jobber med det. De fleste jobber spesielt med å ha et legningsnøytralt språk ved at de ikke antar hvilket kjønn man er tiltrukket av. Det bør være mer fokus på kjønn i helsesykepleierutdanningen for at også nyutdannede helsesykepleiere skal bli tryggere på temaet. At helsesykepleierne uttalte at de ikke tidligere har fått spørsmålet om vi tilnærmer oss gutter og jenter likt eller ulikt tidligere, og dermed ikke har tenkt på dette, kan jo tyde på at dette bør tematiseres. Retningslinjene har ført til faktiske endringer, dette med god hjelp fra blant annet «Rosa kompetanse». Men også på grunn av helsesykepleierne som er engasjerte og synes at temaet er viktig i arbeidet med barn og unge.

Gjennom å bruke Pierre Bourdieu og Judith Butlers teorier om kjønn som sosialt konstruert har jeg sett at kjønn både er seiglivet og plastisk samtidig. Empowermentstrategier er viktige i arbeidet med barn og unge, og det er viktig at helsesykepleierne føler seg trygge i møte med barn og unge. Helsesykepleiere trenger kunnskap for å forstå hvilke krefter som former vår forståelse av kjønn. Denne studien har implikasjoner for praksis da den viser at helsesykepleierne ønsker mer kunnskap for å bli tryggere i møte med barn og unge. For at helsesykepleierne skal skape et rom for at alle barn uansett kjønn eller legning er det viktig at helsesykepleiere utfordrer tokjønnsmodellen og heteronormativiteten.

## **7.2 Videre forskning**

Studien viser bare en liten del av hvordan helsesykepleier jobber med normer for kjønn. Det vil være behov for forskning om hvordan helsesykepleier jobber med temaet på et nasjonalt nivå og om det er forskjell på hvordan de jobber i distriktene og i store byer. Det kunne også være interessant å se forskning om hvordan helsesykepleier jobber med andre likestillingsutfordringer. Denne intervjustudien har sett på helsesykepleiers refleksjoner over hvordan de forholder seg i praksis. Den gir ikke kunnskap om hva som faktisk skjer i en konsultasjon. Det kunne vært interessant å sett hvordan helsesykepleier jobber med temaet

med observasjonsstudier. Det ville også vært interessant å analysere helsesykepleiedokumentasjon i et kjønnsperspektiv. Jeg tror det er viktig med en ny studie på kjønnsdelt seksualundervisning hvor det tar høyde for kjønns mangfoldet og hvor det forskes på hvorfor det er flere jenter enn gutter som ikke ønsker en felles seksualundervisning. Dette kunne vært nyttig for helsesykepleiere med tanke på dagens føringer og ivaretagelsen av kjønns mangfoldet i samfunnet.

## 8 Referanseliste

- Andreassen, H. K & Trondsen, M. V. (2010). Concepts. The Empowered Patient and the Sociologist. *Social Theory & Health* 2010; 8 (3), 280 - 287. 10.1057/sth.2010.9.
- Askheim, P, O. (2007). Empowerment- ulike tilnæringer. I Askheim, P, O & Starrin, B (red.), *Empowerment- i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Bakke, Ø. (2020, 27. januar). Fikk sjokkspørsmål av norsk journalist. *Tv2*. Hentet fra <https://www.tv2.no/a/11158159/>
- Barne-, ungdom- og familiedirektoratet. (2020, 17. april). Lhbtq-ordlista. Hentet 18.04.20 fra [https://bufdir.no/lhbt/LHBT\\_ordlista/](https://bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/)
- Berggrav, S. (2015) Den som er med på leken- ungdoms oppfatninger om voldtekt, kjønnsroller og samtykke. *Redd Barna*.
- Bergsagel, I. (2018, 07. desember). Her er alle Norges helsesøstre. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/11/her-er-alle-norges-mannlige-helsesostre>
- Bondevik, H & Rustad, L. M. (2009). Humanvitenskapelig kjønnsforskning. I J. Lorentzen, & W. Mühleisen (Red.), *Kjønnsforskning. En grunnbok* (s. 42-62) Oslo: Universitetsforlaget.
- Bourdieu, B. (2000). Den maskuline dominans. Oslo: Pax Forlag.
- Brattgjerd, M. & Tellefsen, S. (2020, 29. januar). Trange roller skaper forvirring. Hentet fra <https://forskersonen.no/kjonn-og-samfunn-kronikk-meninger/trange-kjonnroller-skaper-forvirring/1629298>
- Butler, Judith (1991). "Imitation and Gender Insubordination", 13-31, Fuss, Diana (red.): *Inside/Out. Lesbian Theories, Gay Theories* New York & London: Routledge
- Butler, J. (2006). *Gender Trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. I R. Thorsen, K.S. Mæhre & K. Martinsen (red.), *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eidevald, C. (2009). Det finns inga tjejbestämmare: Att förstå kön som position i förskolans vardagsrutiner och lek. (Doktoravhandling). Jönköping: School of Education and Communication Jönköping University Dissertation No 4.
- Folgerø, T. & Hellesund, T. (2010). kjønnsoperasjoner og kjønnsdefinisjoner – hvor sitter kjønnet? *Tidsskrift Den Norske Legeforening*, (4), 402-404. 10.4045/tidsskr.09.1156
- FRI- foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold. (u.d.). Riktig bruk av personlig pronomen. Hentet 18.04.20 fra <https://www.foreningenfri.no/informasjon/begreper/riktig-bruk-av-personlig-pronomen/>



- Gadamer, H.-G. (2012). Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk (L. Holm-Hansen, Overs. Wahrheit und Methode). Oslo: Pax.
- Glavin, K. (2007). Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I G. L. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 48-67). Oslo: Akribe AS.
- Hardardottir, G. A. og Petursdottir, G. M. (2014) «Gendering in one Icelandic preschool», *Tidsskrift for Nordisk barnehageforskning*, 70. doi: 10.7577/nbf.681.
- Helsedirektoratet. (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Hentet 13.03.19 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-ogskolehelsetjenesten>
- Hennum, N. (2002). Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder: om å være mor og far for norsk ungdom. (doktorgradsavhandling) Oslo: Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, NTNU.
- Ingstad, K. (2014). Sosiologi: i sykepleie og helsearbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jegerstedt, K. (2008). Judith Butler. I E. Mortensen, C. Egeland, R. Gressgård, C. Holst, K. Jegerstedt, S. Rosland, & K. Sampson, *Kjønnteori* (s. 74-86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvarme, G. L. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I G. L. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 28-34). Oslo: Akribe AS.
- Kvarme, L. G. (2016). Helsesøstertjenesten i skolen. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: helsesøstertjenesten og hjemmesykepleie*. (s. 73-81). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lorentzen, J. (2006). Biologiske fortellinger om kjønn. I J. Lorentzen, W. Mühleisen (Red.), *Kjønnforskning- En grunnbok* (s. 23-31). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mesna, M. (2013, 6. november) Rosa på hjernen? Kilden Kjønnforskning. Hentet fra <http://kjonnsforskning.no/nb/2013/11/rosa-pa-hjernen>
- Mühleisen, W. (2006). Kjønn og seksualitet. I J. Lorentzen, W. Mühleisen (Red.), *Kjønnforskning- En grunnbok* (s. 256-263). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nielsen, B. F. R., Evron, L. & Holm, M.-L. (2019). Sygepleje til transpersoner. *Klinisk Sygepleje*, 33(3), 247-260. 10.18261/issn.1903-2285-2019-03-07 ER

- Nordvik, G & Moe, R. (2012). Spor etter kjønnsdiskurser i barnehagepersonalets praksisfortellinger. *Nordisk barnehageforskning*, 5(6), 1-10.
- NOU 2019: 19. (2019). *Jenterom, gutterom og mulighetsrom- likestillingsutfordringer blant barn og unge*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/efa97f020331439a8adbb84dd90ab426/no/pdfs/nou201920190019000dddpdfs.pdf>
- NSD. (2018, 10. oktober). Hva må jeg informere om? Hentet 30.04.19 fra [https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/](https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/)
- NSD. (2019, 10. oktober). Vanlige spørsmål. Hentet 30.04.19 fra <https://nsd.no/personvernombud/hjelp/index.html>
- Overå, S. (2013). *Kjønn – Barndom – Skoleliv: Faglige og sosiale inkluderings- og ekskluderingsprosesser i barneskolen (doktorgradsavhandling)* Universitetet i Oslo.
- Rappaport, J. (1981). In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25.
- Rydmell, L., Ringnér, A., Lagerfors, C. & Öster, I. (2013). Does Gender Matter? Nurses' communications with children during blood test procedures. *Nordisk sykeplejeforskning*, 3(4), 300-312. Hentet fra [https://www.idunn.no/file/pdf/63872189/does\\_gender\\_matter\\_\\_nurses\\_communications\\_with\\_children\\_.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/63872189/does_gender_matter__nurses_communications_with_children_.pdf)
- Solberg, B. & Glavin, K. (2018). Fathers want to play a more active role in pregnancy and maternity care and at the child health centre. *Financial Accountability & Management*, 30(4), 363-382. <https://doi.org/10.1111/faam.12043>
- Solbrække, K.N & Aarseth, H. (2006). Samfunnsvitenskapens forståelser av kjønn. I L. Lorentzen, W. Mühleisen (Red.), *Kjønnsforskning- En grunnbok* (3. opplag. s. 63-76). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sommerseth, R. (2010). Makt og kjønn i handlingsrommet for faglig skjønn. I H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. (s. 181-201). Bergen: Fagbokforlaget.
- Steffenak, A. K. M. (2016). Ungdoms psykiske helse. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: helsesøstertjenesten og hjemmesykepleie*. (s. 153-162). Bergen: Fagbokforlaget.
- Stenslie, S. (2020, 13. februar). Gi oss en sexpositiv seksualundervisning. VG Meninger. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/IA0Vmo/gi-oss-en-sexpositiv-seksualitetsundervisning>
- Stubberud, E, Prøitz, L, og Hamidiasl, H. (2018). Den eneste skeive i bygda? Unge lhbt-personers bruk av kommunale helsetjenester. Steigen: KUN
- Svensson, Müssener, & Alexanderson, 2006). Pride, empowerment, and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work* 27 (2006) 57–65.

- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.T, Enger-Karlsen, I.G, Narum & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 122 (24). 2379-2383.
- Tengqvist, A. (2007). Å begrense eller å skape muligheter-om sentrale holdninger i empowermentarbeidet. I Askheim, P, O & Starrin, B (red.), Empowerment- i teori og praksis (s. 72-84). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Thagaard, T. (2013). Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2001). Helsearbeid i kjønnsperspektiv. Fysioterapeuten, 11.
- Thornquist, E. (2009). Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. H. (2017). Kvalitative forskningsmetoder i praksis (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Toreid, H. E. (2015). Vil ha kjønnsdelt seksualundervisning. *Sykepleien*, 103(7), 62-64. 10.4220/Sykepleiens.2015.54642
- Træen, B. (2017). Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. I K-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Seksualitet og seksualatferd* (s. 287-302). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- West, C & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151. DOI: 10.1177/0891243287001002002
- WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>  
Lest: 07.04.2020
- Wilken, L. (2006). Pierre Bourdieu. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Aakvaag, Gunnar C. (2008). Moderne sosiologisk teori. Oslo: Abstrakt forlag.
- Aasland, M. W. (2018). Barna og seksualiteten. Oslo: Cappelen damm AS.

# Vedlegg 1

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uldart» eller «nei». Valget «uldart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

## (A) Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

#### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Jeg ønsket og belyse helsesykepleiers strategier og holdninger knyttet til normer for kjønn og kjønnsroller i møte med barn og unge. Jeg ville finne ut om helsesykepleierne brukte et kjønnsnøytralt språk og om de nye retningslinjene har ført til faktiske endringer av helsesykepleiers praksis i møte med barn og unge.

Helsesykepleier møter neste alle barn og unge i kommunen og har en stor og viktig del av det helsefremmende arbeidet. Forventninger og holdninger til kjønn kan begrense og eller hemme barn og unge for å utvikle seg fritt og ha en god psykisk og fysisk helse. Her har helsesykepleier en viktig rolle i møte med trange kjønnsnormer og roller for alle, uansett seksualitet eller kjønnsidentitet. Helsesykepleierne bør ifølge de nye retningslinjene ha et kjønns- og legningsnøytralt språk. På bakgrunn av dette er problemstillingen relevant.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Formålet med valgt metode var å få informanten til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til temaet som er aktuelt for oppgaven. Gjennom å gjøre et dybdeintervju fikk jeg det enkelte individs perspektiv og deres opplevelser og holdninger

## Skal du fortsette vurderingen?

#### Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

**Tips:**

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

JA

UKLART

NEI

Utvalgsmetode, måte og samle inn data på og måte å analysere data på er beskrevet i studien.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

**Tips:** Når man bruker f.eks. strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

JA

UKLART

NEI

Det er gjort rede for hvem som er valgt ut, hvorfor og hvordan de er valgt ut. Karakteristika er begrenset grunnet utvalgets størrelse.

---

**5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

JA

UKLART

NEI

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ele valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Data er samlet inn på en slik måte at den besvarer problemstillingen. Metoden er beskrevet og er intervjuguiden er lagt ved som vedlegg sammen med informasjonsskriv til deltakerne og helsestasjonen.

---

**6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

JA

UKLART

NEI

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Ja forskeren har gjort rede for sin forforståelse.

---

### 7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

#### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Studien er godkjent av NSD og etiske betraktninger er drøftet.

---

### 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Det er brukt Tjoras stegvis- deduktiv induktiv metode i analysen som skal gi et godt utgangspunkt for systematikk og framdrift i en kvalitativ forskningsprosjekt. Trinnene i analysen er beskrevet i oppgaven.

---

### Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI



## (B) Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kategoriene kan styrkes ved å se lignende mønstre i andre kilder og det er gjort forsøk på å vurdere og underbygge studiens funn ut i fra andre relevante kilder. Funnene er diskutert opp mot problemstillingen

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Funnene kan være til nytte i praksis, og gjør rede for relevant videre forskning.

## Vedlegg 2

### Informasjonsskriv til helsestasjoner

#### Forespørsel om hjelp til rekruttering av deltakere til forskningstudie

*«Helsesykepleier om kjønn»*

Hei!

Jeg ønsker i min masterstudie i helsesykepleie ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø å se nærmere på helsesykepleiers arbeid i forhold til kjønn. Masteroppgaven planlegges ferdigstilt i mai/juni 2020. Det vil være individuelle intervju og det vil foregå på arbeidsplassen til den aktuelle helsesykepleieren, tidspunkt blir vi enig om. Intervjuet vil vare mellom 30-60 minutter. Jeg ønsker deltakere som har jobbet med seksualundervisning på skole. Det vil til enhver tid være mulig for de aktuelle deltakerne å trekke seg fra studien. I informasjonsskrivet som deles ut til deltakerne vil de bli bedt om å ta direkte kontakt med meg dersom de har spørsmål eller ønsker å delta. Det er for å sikre deres anonymitet.

Prosjektet har blitt godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata).

Jeg håper dere finner forskningstudie interessant og ønsker å bistå med rekruttering av deltakere.

Med vennlig hilsen

Lene Margrethe Kvandal.

Tlf: 95753570

Mail: lenemkvandal@hotmail.com

Veileder: Anne Clancy Mail: anne.clancy@uit.no

## Vedlegg 3

### Informasjonsskriv til deltakere

#### Forespørsel om deltakelse i forskningstudie

*«Helsesykepleier om kjønn»*

#### **Bakgrunn og hensikt:**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som en del av min mastergradsoppgave i helsesykepleie ved Universitetet i Tromsø. Jeg ønsker å intervju deg og temaet vil være om kjønn og kjønnsroller. Jeg ønsker å intervju 5-6 helsesykepleiere i ulike kommuner som har erfaring som helsesykepleier i skolehelsetjenesten og har erfaring med seksualundervisning. Jeg håper du har lyst til å delta i et intervju.

#### **Hva innebærer din deltakelse i intervjuet:**

Intervjuet blir utført på ditt arbeidssted, og vi blir sammen enig om hvilket tidspunkt som passer best. Intervjuet vil ta mellom 30-60 minutter. Jeg ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd for å sikre meg at jeg får med meg alt du sier og for å få en bedre flyt i intervjuet. Det er planlagt at intervjuet skal skje i november/desember 2019.

#### **Hva skjer med informasjon om deg:**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvern regelverket. Jeg vil forholde meg til lover og regler som gjelder for oppbevaring og makulering av datamaterialet som kommer fram i intervjuet. Å være med i prosjektet er frivillig og du kan underveis trekke deg når som helst uten å angi årsak. Informasjonen om deg anonymiseres og det vil bli brukt fiktive navn på alle deltakere, slik at ingen vil kjenne deg igjen i den ferdige oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai/juni 2020. Når studien er ferdig vil lydopptak slettes og annet nedskrevne intervju blir makulert. Forskningsstudiet er på forhånd meldt inn til Norsk Senter for forskningsdata (NSD).

Dersom du ønsker å være med på intervjuet er det fint om du tar kontakt med meg på mail eller telefon slik at vi kan avtale tid og sted for intervjuet. Vedlagt ligger en samtykkeerklæring som du må skrive under på.

Jeg håper du finner studien min interessant og ønsker å delta på intervju.

Er det noe du lurer på kan jeg kontaktes på tlf: **95753570** eller via e-post til: [lenemkvandal@hotmail.com](mailto:lenemkvandal@hotmail.com)

Du kan også kontakte min veileder: Anne Clancy e-post: **anne.clancy@uit.no**

### **Dine rettigheter:**

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert på deg,
- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Få slettet personopplysninger om deg,
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- Å sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personvernopplysninger.

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Med vennlig hilsen

Lene Margrethe Kvandal

## Vedlegg 4

### Samtykkeskjema

#### Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjekt

Jeg (skriv navnet ditt) .....

har mottatt og lest informasjonsskriv og samtykker herved til å delta i studien.

Det betyr at jeg stiller til intervju med mastergradsstudent Lene Margrethe Kvandal

Deltakelse i studien er frivillig. Jeg mottar ingen lønn eller godtgjørelse for deltakelse. Jeg er klar over at jeg kan trekke meg fra deltakelse i studien når som helst.

.....

Sted og dato

.....

Signatur

.....

E-post

.....

Mobilnummer

# Vedlegg 5

## Intervjuguide

### Spørsmål til informantene:

#### Om kjønn:

- Fortell meg hvilken tanker og erfaringer du som helsesykepleier har om kjønn?
- Kan du fortelle meg dine tanker og erfaringer om du og andre helsesykepleiere møter (snakker/tilnærmer) gutter og jenter likt eller ulikt?
- Hva tenker du når du hører ordet kjønnsrolle?
- Kommer kjønnsroller til uttrykk når det gjelder barn og unges seksualitet? Har du noen eksempel eller opplevelse av dette?

#### Seksualundervisningen:

- Fortell meg litt dine tanker og erfaringer om seksualundervisningen og i hvilken grad den tar opp eller utfordrer kjønnsroller og holdninger i forhold til kjønn.

#### Kjønnsnøytralt språk

- Hvor bevisste tror du helsesykepleiere er på det som står i retningslinjene om et kjønns og legningsnøytralt språk?
- Hva tenker du om ha et kjønnsnøytralt språk i møte med barn og ungdom? Har du noen eksempler der du har lykket eller der du kom til kort?
- Har du hatt noe undervisning i utdanningen din for å snakke kjønnsnøytralt?
- Har du hatt føringer eller opplæring fra leder om å snakke kjønnsnøytralt?

## Vedlegg 6



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Helsesykepleiere og tradisjonelle kjønnsroller

#### Referansenummer

584669

#### Registrert

05.08.2019 av Lene Margrethe Kvandal - lkv003@post.uit.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

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

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Clancy, anne.clancy@uit.no, tlf: 90525918

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Lene Margrethe Kvandal, lenemkvandal@hotmail.com, tlf: 95753570

#### Prosjektperiode

12.08.2019 - 15.06.2020

#### Status

27.09.2019 - Vurdert

#### Vurdering (2)

---

##### 27.09.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 26.09.2019.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.09.2019. Behandlingen kan fortsette.

Endringen gjelder ny prosjektleder (veileder), samt at det er lagt til gruppeintervju med intervjuguide som metode.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen

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

#### **08.08.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 08.08.2019. Behandlingen kan starte.

#### **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2020.

#### **LOVLIG GRUNNLAG**

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

#### **PERSONVERNPRINSIPPER**

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

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

#### **DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

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

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

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



**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Lykke til med prosjektet!

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

