



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Helsesykepleiers erfaringer i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet

En kvalitativ studie om helsesykepleier i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet

Therese Renathe Holien

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning helsesykepleie. HEL-3964. Mai 2022.

*«Veien kan ofte virke lang,
og tunnelen i enden usannsynlig trang,
men selv om det kanskje føles slik nå,
vil veien med litt hjelp en annen retning få.*

*En god hjelper som er i stand til å lytte,
vil helt klart være til uvurderlig nytte,
sammen kan man finne ut hva som skal til,
for å få deg til å føle deg slik som du vil»*

("Dikt om livet," 2014)

Forord

En lang og krevende periode nærmer seg slutten. Og jeg sitter igjen mange erfaringer rikere i prosessen med å skrive denne masteroppgaven. Det har vært en bratt læringskurve, og jeg har lært veldig mye som jeg tar med meg inn i arbeidet som helsesykepleier. Jeg er stolt og takknemlig for at jeg har fått mulighet til å skrive denne oppgaven.

Denne masteroppgaven hadde ikke blitt til uten støtte, veiledning og motivasjon fra andre. Jeg vil derfor benytte dette forordet til å takke noen av de som har bidratt i prosessen. Først vil jeg takke mine informanter, for at dere delte deres kunnskap og erfaring med meg. Dere var grunnlaget for at prosjektet kunne gjennomføres.

Deretter vil jeg takke min fantastiske veileder Runa Anneli Andersen. Takk for inspirerende samtaler, støtte og god veiledning. Jeg hadde ikke klart dette uten dine tilbakemeldinger. Mine medstudenter i Alta har vært til god hjelp i denne perioden, takk for motivering og oppmuntring i en krevende tid.

Takk til mine kollegaer i Nordreisa. For at dere trodde på meg, og for at dere har holdt ut med meg i denne perioden.

Jeg vil også takke venner og familie, takk for at dere heier på meg bestandig!

Til slutt vil jeg si tusen takk til min kjære Truls, for alt du har vært i denne perioden. Jeg er evig takknemlig for all hjelp og støtte, og for at du har motivert meg helt til mållinjen. Endelig er jeg her.

Therese Renathe Holien

Nordreisa, mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Identitetsutvikling og utvikling av egen kjønnsidentitet, er sentralt i ungdomsårene. Forskning viser at transpersoner opplever mer negativ helse enn andre. Helseesykepleier i skolen møter alle barn og unge, og skal bidra til helsefremmende og forebyggende arbeid blant elevene. Ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet kan være i risiko for utvikling av fysiske, psykiske og sosiale plager.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har helseesykepleiere i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet?

Teori: Inkludert teori i oppgaven er helsefremmende arbeid og salutogenese, kommunikasjonskompetanse, faglig skjønn og reflektert praksis.

Metode: Studien er kvalitativ. Med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Datainnsamling ble gjort gjennom 6 semistrukturerte intervju, med et strategisk utvalg av helseesykepleiere fra hele landet. Datamaterialet er analysert ved hjelp av tematisk analyse basert på Braun og Clarkes analysemetode.

Resultat: Resultat fra analysen viser at helseesykepleiere må arbeide for at ungdom skal få autonomi og medbestemmelse i egen helse og hverdag, for å sikre god helse. I møtet mellom ungdom og helseesykepleier, legges det vekt på en tillitsfull relasjon og trygg atmosfære hvor ungdom selv skal få velge hvor mye de vil dele. Samarbeid med andre faggrupper er sentralt, og dersom ungdommen ønsker det, bør foreldre inkluderes som samarbeidspartner. Erfaring i jobben som helseesykepleier, er sett på som en viktig del i møtet med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet.

Avslutning/konklusjon: Så langt som mulig bør helseesykepleier tilstrebe å bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk. Helseesykepleier må ære åpen for det ungdom kommer med, og vise at de tåler å høre hva de har på hjertet. Det er ikke alltid nødvendig å definere hva ungdom kaller seg selv, så lenge de har noen å prate med.

Nøkkelord: Ungdom, kjønnsidentitet, kjønnsinkongruens, reflektert praksis, erfaring, kommunikasjon, relasjon og tillit.

Summary

Background: Identity development and the development of one's own gender identity are central in adolescence. Research shows that trans people experience more negative health than others. The school health nurse meets all children and young people and will contribute to health-promoting and preventive work among the students. Young people who have questions about their own gender identity may be at risk of developing physical, mental, and social ailments.

Issue: What experiences do health nurses have in meeting young people who have questions about their own gender identity?

Theory: Included theory in the thesis is health-promoting work and salutogenesis, communication skills, professional judgment and reflected practice.

Method: The study is qualitative. With a hermeneutic-phenomenological approach. Data collection was done through 6 semi-structured interviews, with a strategically selected health nurses from all over the country. The data material is analyzed using a thematic analysis, based on Braun and Clarke's analysis method.

Results: Results from the analysis show that health nurses must work for young people to have autonomy and co-determination in their own health and everyday life, to ensure good health. In the meeting between young people and the health nurse, emphasis is placed on a trusting relationship and a safe atmosphere, where young people themselves can choose how much they want to share. Collaboration with other professional groups is central, and if the young people so wish, parents should be included as partners. Experience in the job as a health nurse, is seen as an important part of the meeting with young people who have questions about their own gender identity.

Conclusion: As far as possible, the health nurse should strive to use a gender- and orientation-neutral language. A PHN should be open-minded and listen to the thoughts of young people. It's not always essential to make a definition of their gender identity. The most important health promotion is talking to someone about how they feel.

Keywords: Youth, gender identity, gender incongruence, reflected practice, experience, communication, relationship, and trust.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	2
1.2	HENSIKTEN MED FORSKNINGSPROSJEKTET	4
1.3	PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSPØRSMÅL.....	5
1.4	AVGRENSNING OG PRESISERING.....	6
1.5	OPPGAVEN STRUKTUR OG INNHOLD.....	6
1.6	BEGREPSAVKLARING	7
1.6.1	<i>Ulike perspektiver på kjønn og seksualitet</i>	7
1.6.2	<i>Kjønnsinkongruens og dagens behandlingalternativ</i>	8
2.0	TIDLIGERE FORSKNING	10
2.1	HELSESYKEPLEIER I SKOLEN OG HELSEFREMMEDE ARBEID.....	10
2.1.2	<i>Relasjonens betydning</i>	12
2.2	ØKNING I ANTALL BARN OG UNGE MED KJØNNSDYSFORBI	13
2.3	HVORDAN FORSTÅ IDENTITET HOS UNGDOM	13
2.4	ETISK ANSVAR.....	15
3	TEORETISK RAMMEVERK	17
3.1	HELSEFREMNING OG SALUTOGENESE I MØTE MED UNGDOM	17
3.2	KOMMUNIKASJONSKOMPETANSE I ARBEIDSHVERDAGEN	18
3.3	BETYDNINGEN AV FAGLIG KUNNSKAP OG SKJØNN I PRAKSIS	19
4	METODE	21
4.1	VITENSKAPELIG TILNÆRMING	21
4.1.2	<i>Hermeneutikk</i>	21
4.1.3	<i>Fenomenologi</i>	22
4.2	FORFORSTÅELSE.....	23
4.2	METODE FOR INNSAMLING AV DATA	24
4.2.1	<i>Utvalg og rekruttering</i>	24
4.2.2	<i>Testintervju og intervju via teams</i>	26
4.2.3	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	27
4.2.4	<i>Refleksjoner av intervjuprosessen</i>	28
4.3	FORSKNINGSETIKK.....	28
4.3.1	<i>Godkjenninger</i>	28
4.3.2	<i>Informert samtykke</i>	29
4.3.3	<i>Konfidensialitet</i>	29
4.4	ANALYSE.....	30
4.4.1	<i>Tematisk analyse</i>	30

4.5	METODISKE REFLEKSJONER	34
4.5.1	<i>Pålitelighet</i>	34
4.5.2	<i>Troverdighet</i>	34
4.5.3	<i>Overførbarhet</i>	35
4.5.4	<i>Bekreftbarhet</i>	35
5	FUNN OG DISKUSJON	36
5.1	VI TÅLER Å HØRE DET DU HAR PÅ HJERTET.....	36
5.1.1	<i>Trygghet og tillitt i møte med ungdommene</i>	38
5.1.2	<i>Formidle trygghet i møtet</i>	38
5.1.3	<i>Tillit i møte med skolehelsetjenesten</i>	41
5.1.4	<i>Oppsummerende refleksjoner</i>	43
5.2	SJEF I EGET LIV	43
5.2.1	<i>Å forstå hva ungdommene har behov for</i>	46
5.2.2	<i>Tilpasset informasjon og taushetsplikt</i>	46
5.1.1	<i>Hva er ungdommens behov?</i>	48
5.1.2	<i>Oppsummerende refleksjoner</i>	51
5.2	ET FAG I STADIG UTVIKLING	51
5.2.1	<i>Å møte samfunnets utvikling</i>	53
5.2.2	<i>Reflektert praksis og samarbeid med andre</i>	53
5.2.3	<i>Et «nytt» syn på kjønn</i>	56
5.2.4	<i>Oppsummerende refleksjoner</i>	58
6	AVSLUTNING	59
6.1	HELHETLIG FORSTÅELSE.....	59
6.2	STYRKER OG BEGRENSNINGER MED STUDIEN	61
6.3	VIDERE FORSKNING.....	62
7	REFERANSELISTE.....	63

Vedlegg:

Vedlegg 1:	Intervjuguide med introduksjon.....	67
Vedlegg 2:	Informasjonsskriv til kommunene og samtykkeerklæring.....	70
Vedlegg 3:	NSD personvern godkjenning av prosjekt.....	74

1.0 Innledning

Tema for dette masterprosjektet, er helsesykepleiers erfaringer i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. Jeg har avgrenset ungdom i denne oppgaven til å handle om elever på ungdomstrinnet og videregående skole. Det vil si primært de mellom tolv til atten år. Ungdomsalderen kan sees på som en overgangsfase, fra barnealderens ulike utviklingsstadier, til utviklingen av selvstendighet, og dannelsen av en egen identitet (Tetzchner, 2012). Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Rikshospitalet, forteller om en eksplosiv økning siden år 2015, i antall unge under atten år som vil skifte kjønn. To tredjedeler av disse er biologisk født jenter. Trenden er også synlig internasjonalt, sier overlege ved NBTS (Fonn, 2018).

Det finnes ingen sikker forklaring på hvorfor noen begynner å stille spørsmål ved egen kjønnsidentitet, men mange faktorer kan være med på å øke forståelsen. Biologi, livserfaring og personlighet kan være med å danne et bilde av hvorfor disse tankene oppstår. Det er også knyttet opp mot kultur og hvilken tid vi lever i (HBRS, u.å.). Levekårsundersøkelser blant lhbtqi-personer¹ viser at det er større andel av transpersoner som har forsøkt å ta sitt eget liv, og som rapporterer om mobbing og krenkelser, både på skolen og i arbeidslivet. Flere transpersoner enn cispersoner² rapporterer om mindre tilfredshet med livet generelt (Anderssen, Eggebø, Stubberud & Holmelid, 2021).

Skolehelsetjenesten er i en unik posisjon til å arbeide med helsefremmende, og forebyggende tiltak blant barn og unge. Arbeidsmetoden til helsesykepleiere er på primær-, sekundær-, og tertiærnivå (Haugland, 2017). Retningslinjene for helsestasjon og skolehelsetjenesten sier blant annet at skolehelsetjenesten bør ha en oversikt over elevens helsetilstand, samt fremme trivsel, læring og helse i samarbeid med skolens øvrige ansatte (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleier på skolen er sett på som en viktig ressurs til ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. Overlege ved NBTS, poengterer at mange unge ikke hadde klart å fortelle om sine tanker om egen kjønnsidentitet, hadde det ikke vært for helsesykepleier på

¹ Betegnelse på lesbiske, homofile, bifile og transpersoner som gruppe. Inkluderer også intersex og skeive. «Q» står for queer som er den engelske varianten av skeiv (Foreningenfri, 2018)

² Cispersoner føler seg som og identifiserer seg som det kjønn de ble tildelt ved fødsel (Kulturdepartementet, 2021)

skolen. Rådet til helsesykepleier, er å opptre lyttende, empatisk og støttende ovenfor ungdom som kommer til dem. Overlegen poengterer at dersom helsesykepleier som møter ungdom med spørsmål om kjønnsidentitet i skolen, opplever at ungdoms utfordringer er for store til at de klarer å håndtere det alene, bør de henvise dem videre til BUP (Fonn, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I arbeid med ungdom er det viktig å se kjønnsidentitetsutforskningen i sammenheng med den generelle identitetsutviklingen. I ungdomsårene foregår det en rekke kroppslige, sosiale og psykologiske endringer, og ungdom kan også vurdere egen kjønnsidentitet i denne perioden (Aaserud, 2021). Mange barn og ungdom som føler usikkerhet rundt egen kjønnsidentitet, har det også vanskelig følelsesmessig. De kan føle seg deprimerte, og mange opplever tilleggsvansker som mobbing, manglende sosial tilhørighet, og noen har hatt traumatiske opplevelser med vold og overgrep (HBRS, u.å.). Kjønn sier noe grunnleggende om hvilken kjønnsidentitet vi har. Identitet, er viktig fordi det sier noe om hvem vi forstår oss selv som, og hvordan andre forstår oss (Sex&samfunn, 2015). Identiteten vår handler om vår egen opplevelse av oss selv, i en større sosial sammenheng. Dannelsen av egen identitet, handler om å utforske og velge mellom verdier og holdninger, og finne sin plass i livet (Tetzchner, 2012).

Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika (2021-2024), ønsker å bidra til større åpenhet om kjønns- og seksualitetsmangfold. I handlingsplanen inngår det at forskningsgrunnlaget må styrkes, og at likeverdige behandlingstilbud må opparbeides i hele landet (Kulturdepartementet, 2021). Kjønnssinkongruens er en vedvarende følelse av at ens tildelte fødselskjønn, ikke er i samsvar med det kjønnnet man identifiserer seg som. Kjønnssinkongruens er en følelse, men det er også en diagnose. Tidligere ble diagnosen kalt «transseksualisme» (Sørli, u.å.). Dette blir nærmere definert i begrepsavklaring.

Helsesykepleiere skal utøve helsefremmende, forebyggende og endringsfokusert arbeid på individ-, gruppe-, system- og samfunnsnivå. Helsesykepleierutdanningen gir de som skal arbeide innenfor helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, en spesialisert kunnskap på barn, unge og deres familier. Utdanningen bidrar til at kandidatene skal arbeide selvstendig, fremme informerte helsevalg og øke mestring og livskvalitet hos målgruppen. De kan også iverksette nødvendige tiltak og henvise videre ved behov (*Forskrift om nasjonal*

retningslinje for helsesykepleierutdanningen, 2021). I skolehelsetjenesten er tverrfaglig samarbeid, en viktig del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet blant ungdom. Det er anbefalt å benytte et kjønns- og legningsnøytralt språk, for å skape en åpen og inkluderende kultur. Det anbefales også å skape en trygg ramme, slik at den enkelte elev selv kan velge hvem han eller hun identifiserer seg som, eller tiltrekkes av (Helsedirektoratet, 2017).

Skolehelsetjenestens oppgave er ikke å behandle sykdom hos enkeltelever. Helsesykepleier skal blant annet bidra til tidlig identifisering av helseproblemer, og utfordringer blant elevene i skolen (Haugland, 2017). Fra Regjeringens side er det prioritert økt satsning på skolehelsetjenesten. Med bakgrunn i at helsesykepleiere er i en unik posisjon til tidlig avdekking av helseutfordringer, og forebygging av helseproblemer blant barn og unge (Departementene, 2017-2022). Ved gjennomføring av 8-klassemøter, vil det være mulig å kartlegge ungdoms selvopplevde helsetilstand. Samt få et innblikk i den enkelte elevs psykiske og fysiske helse. Det anbefales også at skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud, hvor ungdom kan ta kontakt ved behov (Helsedirektoratet, 2017).

Helsestasjon for ungdom (HFU) er et lavterskeltilbud hvor ungdom kan ta kontakt med helsesykepleier og lege³. Det er et krav at alle kommuner skal tilby helsestasjon for ungdom opp til 20 år, og tjenesten skal være gratis. Det er et supplement til skolehelsetjenesten, og tjenesten skal også nå ungdom som ikke går på skole (Helsedirektoratet, 2017). Denne tjenesten har ikke samme formelle ansvar for oppfølging av elever, som skolehelsetjenesten har (Haugland, 2017). Helsestasjonen for ungdom bør bidra til å skape en åpen, og inkluderende kultur for ungdom. De som arbeider i HFU, skal blant annet jobbe for å forebygge diskriminering, basert på kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og/eller seksuell orientering. Det anbefales også å benytte et kjønns- og legningsnøytralt språk, i møte med ungdom som kommer til HFU (Helsedirektoratet, 2017).

Den subjektive livskvaliteten til barn og unge, avhenger blant annet av indre faktorer «*top-down*» prosesser som gener og personlighet. I tillegg til «*bottom-up*»- erfaringer, som familiebånd, vennerelasjoner, økonomi, livshendelser og øvrige forhold i samfunnet (Nes, 2017). Grupper av personer som opplever å bryte med normene for kjønn og seksualitet, har

³ Hvilke tilbud HFU tilbyr kan variere fra kommune til kommune, noen større kommuner tilbyr også tjenester opp til 25 års alder (Helsedirektoratet, 2017)

store variasjoner i levekår. Selv om skeives rettigheter er blitt styrket i Norge, er det fremdeles mange livsområder hvor marginaliserte grupper, opplever større utfordringer enn majoriteten (Kulturdepartementet, 2021). Helsedirektoratet har over flere år, har mottatt bekymringer fra enkeltpersoner, faggrupper og offentlige institusjoner, med ønske om forbedring og kvalitetssikring av helsetjenester til personer med kjønnsinkongruens (Helsedirektoratet, 2020).

En offentlig ekspertgruppe, sammensatt av Helsedirektoratet, gjennomgikk i 2013 helsetjenester til personer med kjønnsinkongruens og kjønnsdysforbi. Det var første gang dette ble gjort i Norge. Målet var å se på organiseringen av helsetjenester, til personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysforbi nasjonalt. Likestillings- og diskrimineringsombudet, har uttalt at det bør innføres en nasjonal faglig retningslinje med anbefalinger for helsetjenestetilbudet. De viser blant annet til FNs internasjonale konvensjon, som har fastsatt retten til helse som en grunnleggende menneskerettighet som skal utøves uten forskjellsbehandling (Helsedirektoratet, 2015). Ombudet har også uttalt at helsetjenestetilbudet må respektere mangfoldet av kjønnsidentiteter, og legge til rette for en kompetent, ikke-diskriminerende helsetjeneste og støtte (Helsedirektoratet, 2020). På bakgrunn av ekspertgruppens rapport, ble det utarbeidet en ny nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens, og det ble innført nye retningslinjer for endring av juridisk kjønn. (Helsedirektoratet, 2015). Loven sier nå at personer som opplever å tilhøre det andre kjønn, enn det de ble registrert som ved fødsel, har rett til å endre på dette. Personer som har fylt seksten år, har personer rett til å endre sitt juridiske kjønn, uten samtykke fra foreldre eller foresatte (*Lov om endring av juridisk kjønn*, 2016).

1.2 Hensikten med forskningsprosjektet

I forskriften til helsesykepleierutdanningen legges det vekt på at utdanningen er praksisnær og forskningsbasert, og kandidatene skal kunne bidra til en bærekraftig utvikling av tjenesten. Utviklingen skal sees i takt med globale, demografiske, sosiale, miljømessige og teknologiske endringer (*Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanningen*, 2021). Dette innebærer blant annet, at helsesykepleiere skal følge med på nye lover og retningslinjer. På ungdomstrinnet, kan helsesykepleier blant annet bidra i seksualitetsundervisning. Nasjonale retningslinjer for skolehelsetjenesten anbefaler å ha en inkluderende seksualundervisning, som tar utgangspunkt i mangfoldet av kjønn og seksualitet (Helsedirektoratet, 2017).

Forskning om hvor vidt barn og unge med kjønnsinkongruens skal tilbys kjønnsbekreftende behandling, har vært debattert både innad i ulike fagmiljø, og i media. Det kan oppleves svært forvirrende for både foreldre, hjelpere og de unge selv, når det er uenighet i hva som er den beste behandlingen (Aaserud, 2021). Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens, sier at kommunale tilbud ofte er de første som møter personer som vil utforske sin kjønnsidentitet. I den første tiden hvor personen er i en avklarings/utredningsfase, bør de få hjelp hos enten fastlege, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, kommunepsykolog eller psykiske helsetjenester (Helsedirektoratet, 2020).

Med bakgrunn i nye retningslinjer og oppdatert forskning, vil jeg med denne oppgaven undersøke hvilke erfaringer helsesykepleiere har, i møte med ungdom som undrer seg over hvilket kjønn de identifiserer seg med. I denne studien ses problemstillingen i lys av et helsesykepleiefaglig perspektiv.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg har formulert følgende problemstilling og forskerspørsmål:

Problemstilling:

«Hvilke erfaringer har helsesykepleiere i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet?»

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har helsesykepleier i relasjonsarbeid, med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet?
2. Hva mener helsesykepleier skal til, for at ungdom med spørsmål om kjønnsidentitet opprettholder og bevarer god helse?
3. På hvilken måte kan helsesykepleier tilpasse seg samfunnets endringer, knyttet til spørsmål om kjønnsidentitet fra ungdom?

1.4 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å undersøke helsesykepleiers erfaringer i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet, og se på hvordan de kan bevare en god relasjon til ungdom som kommer til dem. Jeg vil også undersøke hvordan helsesykepleier kan bidra til å fremme god helse, hos ungdom med spørsmål om kjønnsidentitet. Det å skrive en kvalitativ studie, innebærer ofte en fram- og tilbake prosess. Det vises ved at mine funn i analysen har påvirket hva som drøftes i denne studien. Blant annet hvordan helsesykepleier kan tilpasse seg samfunnets endringer, når ungdom har spørsmål om egen kjønnsidentitet, er noe som ble tematisert etter at analysen var ferdig.

Spørsmål om kjønnsidentitet eller opplevelse av kjønnsinkongruens, kan forekomme allerede fra barnealder. Jeg har valgt å intervju helsesykepleiere som arbeider med ungdom, fordi de har en erfaring med å kommunisere med dem, og ikke nødvendigvis med foreldrene som har undring over barnets kjønnsidentitet. En av årsakene til at jeg valgte å intervju helsesykepleiere og ikke ungdommene selv, handler om at det er en liten og sårbar gruppe ungdom det gjelder. Da det ikke er helsesykepleiers oppgave å stille diagnose eller starte behandling, har jeg kun valgt å ta dette med som en liten del av oppgaven. Det er likevel inkludert for å få en større forståelse av hva tema for denne oppgaven handler om.

Videre i oppgaven vil jeg veksle mellom å benytte bruken av ungdom og elev. Dette fordi mye av forskningen har vært gjort på ungdom på en generell basis. Samtidig har jeg tatt utgangspunkt i skolehelsetjenesten, hvor helsesykepleier møter elever og samarbeider med lærere. Helsestasjon for ungdom inkluderer også de som ikke går på skole, og det vil derfor være mer naturlig å bruke begrepet ungdom.

1.5 Oppgavens struktur og innhold

Oppgaven følger en IMRAD-struktur. Denne strukturen anbefales gjerne til kvantitative studier, men kan også fint benyttes i kvalitativ forskning. Oppbygningen består av innledning, metode, resultat og diskusjon (Polit & Beck, 2021). Innledningen i denne oppgaven, består av en presentasjon av min problemstilling og valg av tema. Videre viser jeg til avgrensning og tidligere forskning. Det vil også presenteres en begrepsavklaring og et teorkapittel med valgt teori for å belyse oppgaven. Metodekapittelet handler om valg av metode, presentasjon av

valgt metode, analyse og etiske overveielser. I kapittel fem presenteres funn og diskusjonsdel. I kapittel seks avslutning og videre forskning.

1.6 Begrepsavklaring

Det er mange ulike ord og begreper innenfor kjønnsidentitet. I det følgende presenteres det begrep som oftest omtales innen litteratur og forskning. Jeg kommer videre til å benytte begrepet transperson, på de som identifiserer seg med motsatt kjønn av det de ble tildelt ved fødsel. Ikke-binær benyttes som begrep på de som ikke identifiserer seg med noe kjønn, eller som både mann og kvinne. Binær brukes på de som opplever seg som det kjønn de er tildelt ved fødsel.

1.6.1 Ulike perspektiver på kjønn og seksualitet

Kroppslig kjønn: Handler om i hvilken grad vi har testikler eller eggstokker, og er født med kromosomene XX eller XY. Her er også puberteten viktig, da den setter i gang økt produksjon av testosteron (menn) eller østrogen (kvinner). Kroppslig kjønn innebærer også typiske kjønnskarakteristika, som at menn skal ha skjegg og brede skuldre. Mens kvinner skal ha brede hofter og store pupper (Aaserud, 2021)

Psykologisk kjønn: Refererer til det kjønn man opplever å tilhøre, det kan være uavhengig av kjønnskromosomer og kjønnsorgan (Vildalen, 2014)

Kjønnsidentitet: Handler om den subjektive følelsen av hvilket kjønn vi har (Aaserud, 2021). I vår kultur defineres kjønn i hovedsak ut fra forplantningsfunksjon, og kjønn defineres ut fra kjønnsorganets utseende som gutt eller jente (Vildalen, 2014). Kjønnsidentitet innebærer både tanker, følelser og væremåte, og er derfor en del av personligheten vår. Kjønnsuttrykk kan være med å forsterke identiteten, men den kan også lett manipuleres. Det er ikke alltid slik at andre oppfatter oss som det kjønn vi selv identifiserer oss med (Aaserud, 2021).

Kjønnsroller og kjønnsuttrykk: Dreier seg om de verdiene og holdningene samfunnet vi er en del av, har gitt oss. Det kan innebære personlighetstrekk og væremåter, samt hva de ulike kjønnene skal være opptatt av, og hvordan de skal kle seg. Det kan være store ulike forventninger ut fra hvilken religion, klassetilhørighet eller fellesskap en er en del av (Aaserud, 2021).

Seksuell orientering: Seksuell orientering ofte sammenblandet med kjønnsidentitet. Seksuell orientering er utadrettet, og handler om hvilke mennesker en blir tiltrukket av. En kan oppleve å identifisere seg som en kvinne (født mann), men likevel også være interessert i kvinner seksuelt (Aaserud, 2021).

1.6.2 Kjønnsinkongruens og dagens behandlingsalternativ

Kjønnsinkongruens er definert som en vedvarende følelse av at ens tildelte kjønn, ikke stemmer overens med det kjønn man føler seg som. Personer med diagnosen kjønnsinkongruens, omtales gjerne som transperson. I diagnosesystemet ICD-11 finnes det tre underkategorier av diagnosen. En til barn, en til voksne og en uspesifisert. Diagnosen transseksualisme var det tidligere navnet på diagnosen (Sørli, u.å.).

Det er Rikshospitalet som avgjør hvem som skal utredes, og eventuelt innvilges kjønnsbekreftende behandling. Når en person samtidig lider av psykiske lidelser eller rusmiddelbruk, risikerer de å ikke få tilbud om utredning. Dette til tross for at vanskene kan skyldes følelsene rundt det å ikke ha en trygg kjønnsidentitet (Vildalen, 2014). Når det kommer til behandling av barn og unge under atten år, foregår behandlingen ofte trinnvis. Stegene er som følger:

1) Sosial transisjon:

Sosial transisjon innebærer å leve som det kjønn de identifiserer seg som. Dette kan gjøres gjennom å endre på utseende, som klesstil og hårsveis, eventuelt bytte av juridisk navn. Jenter som allerede har gjennomgått puberteten kan velge å benytte kompresjonsvest/binder for å få flatere bryster. Mens gutter kan velge å benytte brystproteser for å få mer feminine trekk. Noen velger også å bare delvis gjennomgå sosial transisjon, eventuelt prøve seg fram, for å finne ut hva som passer best for dem (Aaserud, 2021).

2) Pubertetsblokkere:

Pubertetsblokkere blir først aktuelt når barnet eller ungdommen har nådd de første stegene av puberteten, og fått erfaring med hvordan dette oppleves. Målet med å vente til de første pubertetstegnene, er å se om følelsen av kjønnsinkongruens forsterkes eller minskes ved puberteten. Dersom personen opplever sterkt ubehag kan behandling med pubertetsblokkere vurderes (Aaserud, 2021).

3) Cross-sex hormoner eller kirurgi:

Hormonbehandling innebærer injeksjoner med enten testosteron eller østrogen. Målet er å endre kroppens typiske kjønnskarakteristika. Testosteronbehandling fører til dypere stemme og skjeggvekst. Mens østrogenbehandling gir en mer feminin kroppsfasong. Å starte hormonbehandling er til en viss grad en reversibel prosess. Dersom personen ønsker en kjønnskorrigerende operasjon, er denne irreversibel (Aaserud, 2021)

2.0 Tidligere forskning

Da problemstillingen var ferdig utarbeidet, oversatte jeg kjernebegrepene til engelsk, og brukte disse som søkeord i databaser. Følgende søkeord ble benyttet ved gjennom søk: School Health OR School Nursing OR Public Health Nurses AND adolescents OR teenagers OR young adults AND Gender Expression OR Gender Identit* OR Transgender. Søkene ble utført i følgende databaser: PubMed, Oria, Psycinfo, CINHALL og Cochrane Library. Ved gjennomgang leste jeg relevante artikler på norsk, svensk, engelsk og dansk. Jeg begynte med å lese artikkelens tittel og sammendrag. Deretter valgte jeg ut hvilke jeg fant interessante, for å besvare oppgavens tema og problemstilling.

Artiklene som er inkludert er lest i sin helhet. Jeg har valgt ut to artikler skrevet i USA, da det kan se ut som at forskning på kjønn og identitet har pågått en stund i USA. Dette vises gjennom at de har laget oversiktsartikler, og gjennomgått tidligere forskning på feltet. I tillegg har jeg inkludert en svensk artikkel, og fire norske artikler. Artiklene er fagfellevurdert, og publisert i vitenskapelige tidsskrift i løpet av de siste ti år. Jeg har også fått anbefalinger fra veileder og kollegaer som kjenner prosjektet, og derfor er noen av artiklene ikke funnet gjennom litteratursøk. Noen av artiklene er funnet i forbindelse med at jeg har gjort analysen ferdig, og skrevet fram diskusjonsdelen. Jeg har da behøvd teori for å belyse de funn som er gjort. Spesielt innenfor relasjonsteori og kommunikasjon, har jeg behøvd ytterligere artikler. For å finne teori eller forskning som kan belyse dette, har jeg blant annet sett i tidligere pensum til helsesykepleierutdanningen.

Jeg har også valgt å inkludere en fagartikkel, to rapporter og en mastergrad da de er knyttet opp mot oppgavens tema, og derfor relevant for å besvare min problemstilling, og mine forskerspørsmål.

2.1 Helsesykepleier i skolen og helsefremmende arbeid

Ancheta et. al. (2021) gjennomførte en systematisk review (oversiktsartikkel), for å se sammenhengen mellom et positivt skolemiljø og selvmord og mental helse hos lesbiske, homofile, bifile, trans og queer-ungdom (LGBTQ som engelsk begrep).

Bakgrunnen for studien, er at WHO i 2014, erklærte selvmord som et stort samfunnsproblem, med store sosiale og økonomiske konsekvenser. Risiko for selvmord sees i sammenheng med sosiokulturelle, økonomiske og relasjonelle faktorer, og forekomsten er høyere i enkelte grupper. En av disse gruppene er LGBTQ-ungdom. Årsaken til større risiko for selvmord og dårlig mental helse hos denne gruppen, kan knyttes til stigmatisering og diskriminering fra familie, kollegaer, profesjonelle og storsamfunnet.

I artikkelen har forfatterne gjennomført litteratursøk i PubMed, Psycinfo og Cinahl. Det var seks artikler som ble inkludert i studien, da de møtte inklusjonskriteriene. Artikkelen er publisert som vitenskapelig forskning. I artikkelens funn, trekkes det fram hvordan skolehelsetjenesten er i en unik posisjon til å arbeide forebyggende og helsefremmende med LGBTQ-ungdom. Skolehelsetjenesten er ofte viktige støttespillere for ungdommene som føler seg annerledes. Spesielt gjennom rådgivning og veiledning, kan de støtte ungdom som har det vanskelig. De har også en viktig funksjon, ved at de forstår hvordan skolens miljø og kultur kan bidra til å påvirke elevenes helse (Ancheta, Bruzzese & Hughes, 2020).

Forskning i USA har lenge satt søkelys på hva som skaper negativ helse hos LGBTQ-ungdom. Ceatha et. al (2021) har gjort gjennomført en scoping review, for å undersøke hva som er beskyttelsesfaktorer for LGBTQ-ungdoms livskvalitet. Denne er basert på Honneths Recognition Theory. På grunn av oppgavens omfang, har jeg valgt å utelate Honneth's teori, men se på hva forfatterne trekker fram som beskyttelsesfaktorer på et generelt grunnlag.

Noen av beskyttelsesfaktorer belyst av Ceatha et. al (2021), er støtte fra familie, enten foreldre eller andre omsorgspersoner. Det kan også være en annen voksen, som ungdom kan komme til for å søke råd og veiledning. I tillegg trekkes det opp hvordan samfunnet kan være med som en viktig beskyttelsesfaktor, nærmiljøet spesielt, men også innen skole og fritidsaktiviteter. Noen finner også en tilhørighet via internett og sosiale medier. Økt synlighet i samfunnet, og variasjoner av kjønn og seksualitet anses som en beskyttelsesfaktor. Dette for at ungdom skal se at det finnes andre som kan ha lignende opplevelser, som de har (Ceatha et al., 2021).

Jeg har i tillegg valgt å inkludere en norsk fagartikkel. Denne er vurdert og publisert i Sykepleien fag og forskning 2020. Temaet for dette årets utgave var seksualitet, fødsel og oppvekst. Moen (2021), har skrevet en fagartikkel som handler om hvordan dialogen med helsesykepleier, gir unge mulighet til å påvirke egen helse. Studiens metode var

fokusgruppeintervju med 13 helsesykepleiere. Helsesykepleierne i studien fortalte at de i større grad enn tidligere, møter ungdommer som står i krevende livssituasjoner. De fortalte også at ungdommene fortalte om psykososiale utfordringer i forbindelse med endrede livssituasjoner, og samfunnsmessige endringer. Ungdommene kunne ha utfordringer knyttet til det å inkluderes i et fellesskap, og de følte økt forventningspress fra seg selv eller andre (Moen, 2019).

Funn i studien, viser til at helsesykepleierne må ha tid til å etablere tillit, og bygge en arbeidsallianse med ungdommene. De må være observante på «de små tegn», og følge ungdommens tempo i samtalen. For å opparbeide tillit, mener helsesykepleierne at tilgjengelighet på skolen, og at taushetsplikten holdes er sentralt. I studien legges det vekt på å «skynde seg langsomt», med dette menes å ikke ta forhastede beslutninger i å henvise til andre instanser. Deltagerne var opptatt av å ikke sykeliggjøre hverdagslige utfordringer og plager (Moen, 2019).

2.1.2 Relasjonens betydning

Clancy og Svensson (2010), har skrevet en artikkel som en del av et større forskningsprosjekt, som omhandler norske helsesykepleieres arbeidsmetode. Hensikten med studien, er å se på hvilken tilnærming helsesykepleier har i konsultasjoner, både på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. De har tatt utgangspunkt i erfaringene til helsesykepleier, foreldre og ungdom. Forfatterne har gjort en observasjonsstudie, i tillegg til intervjuer med deltagerne i konsultasjonen. Bakgrunn for artikkelen, er at helsesykepleier er i en unik posisjon til å fremme helse og forebygge sykdom, gjennom at de møter så og si alle barn og unge. Funnene viser at både foreldre og elever verdsetter åpenhet og ærlighet, selv når det kommer til vanskelige tema. Noen av helsesykepleierne i studien, hadde erfaring med at ærlighet var utfordrende, da de var redd for å bli avvist, og at ærlighet skulle ødelegge relasjonen. Når det kommer til åpenhet diskuteres det hvordan denne finner sted innenfor visse grenser. Helsesykepleiere er ulike som individer, med forskjellige erfaringer og interesser. Dette var noe både foreldre og ungdom raskt la merke til. Når helsesykepleieren er sensitiv i møtet, kan hun være åpen uten å være invaderende, og lukke samtaletema uten å være avvisende (Clancy & Svensson, 2010).

Videre skriver Clancy og Svensson (2010) at relasjonen mellom helsesykepleier, og dem som hun møter i sitt arbeid, er basert på respekt, omsorg og tillit. Det er ikke alltid like enkelt for

verken helsesykepleier, eller elev å beskrive hva som skjer i møtet mellom dem.

Helsesykepleier på sin side, sier at hun ikke alltid har noen konkrete strategier i møtet, og eleven sier at hun bare synes det hjelper å prate med noen. Det å prate med noen for å tømme hodet, er viktig for ungdom, dette viser også funn fra flere elevmøter i studien. Det var viktig for elevene at møtene var på deres premisser, og at de fikk bestemme tema for samtalen. Helsesykepleiers kunnskap, og hennes personlighet bidro blant annet til en god relasjon mellom dem (Clancy & Svensson, 2010).

2.2 Økning i antall barn og unge med kjønnsdysforbi

En studie gjort av Frisé et. al. (2017) i Sverige, viser at det er økning i antall barn og unge som opplever kjønnsdysforbi. Forfatterne skriver at, det vil si at de har en sterk aversjon mot egne kjønnsdeler, og at de har et vedvarende ønske om å være et annet kjønn enn de ble tildelt ved fødsel. Om lag 7 % av litt yngre barn har en kjønnsatypisk fremtoning, uten at det blir stilt noen diagnose. Omtrent 20 % av disse, vil igjen ha et vedvarende ønske om å skifte kjønn. En sårbarhet hos gruppen med et ønske om å skifte kjønn, er at de ofte utvikler psykiatriske tilleggsdiagnoser. Angst, depresjon og selvskading er de vanligste. Gjennom studien ble det belyst viktigheten av å fremme helse hos disse menneskene, blant annet gjennom kjønnsbekreftende behandling. Familiens støtte ble også ansett som særdeles viktig for at pasientgruppen skulle ha det bra (Frisé, Söder & Rydelius, 2017).

2.3 Hvordan forstå identitet hos ungdom

Svendsen, Stubberud og Djupedal (2018) har skrevet en artikkel med bakgrunn i TV-serien SKAM, og fokusgruppeintervjuer med ungdom. Hensikten med studien, var å undersøke hvordan skeiv ungdom i dag, knytter sitt identitetsarbeid opp mot kjønn og seksualitet i Norge. Bakgrunn for artikkelen, er at det de to siste tiårene har vært et større arbeid innen kjønns- og seksualitetsmangfold nasjonalt. Ungdom i dag, har et omfattende og kreativt språk for å definere sin seksuelle identitet og kjønnsidentitet. Forfatterne skriver:

«En helsesøster på en videregående byskole i Norge i dag, kan møte ungdommer som identifiserer seg som panseksuelle og aromantiske, bigender eller skolioseksuelle. En rekke nyord har vokst fram i en transnasjonal kunnskapsdelingskultur på internett, som ungdommer benytter seg av for å fortelle noe om hvem de er»

(Pullen 2014; De Ridder og Van Bauwel 2015; Engebretsen, Schroeder og Bao 2015 i Svendsen et. al 2018 s. 164).

I fokusgruppeintervjuet ble deltagerne bedt om å skrive ned alle betegnelser på kjønnsidentitet, og seksuell identitet som de kjente til. Noen av deltagerne ble overrasket over det store antall variasjoner, som fantes innenfor kategorien av kjønnsidentitet og seksuell identitet. I studien var de andre deltagerne gode til å sette ord på ulike uttrykk og begreper, for å forklare de som kjente til færre begreper. Funnene viser at det er et generasjonsskifte, i forståelsen og bruken av ulike begreper innen kjønn og seksualitet. Deltagerne i studien er mellom sytten og tjuetvåni år, og de sier at for deres generasjon er det enklere å forstå, og akseptere de ulike begrepene. Mens når de møter foreldregenerasjonen, opplever de å måtte bruke lang tid på å forklare seg ovenfor dem. Forfatterne har drøftet hvorvidt den voksne generasjonen har et sterkt ønske om å definere de ulike begrepene, og da kan begrepene for de unge, miste en del av sin betydning (Svendsen, Stubberud & Djupedal, 2018).

2019 utgaven av rapporten «Voksne for barn» handlet om identitet. Denne rapporten starter med et forord av generalsekretær i Voksne for barn, Randi Talseth. Talseth (2019) belyser hvordan identitetsutviklingen er sammensatt og kompleks, og hvordan utviklingen påvirkes av samfunnet og nærmiljøet. Talseth (2019) kommenterer også hvor lite forskning det er gjort på feltet, gjennom å vise til fagartiklene og rapportene som er presentert i magasinet.

Talseth (2019) vektlegger de følelsesmessige sidene ved hvordan vi opplever oss selv og hvordan vi framstår for andre, og hvordan følelser og identitet henger sammen. Gjennom årets rapport framstår det som en klart viktig oppgave at voksne som møter barn har en viktig forståelse av identitetsutviklingen gjennom alle livets faser. Og at vi må møte barn og unge på en utviklingsfremmende og støttende måte i de utfordringer som de står i (*Organisasjonen voksne for barn*, 2019). I rapporten til Voksne for barn, har jeg inkludert følgende forskning:

Trine Waaktaar er professor og spesialist i klinisk psykologi, med barn og ungdom. I sin forskning, har hun studert forståelsen av hvordan arvelige og miljømessige forhold, spiller inn på menneskers evne til å håndtere belastninger gjennom livet. I rapporten identitet og ungdom, har Waaktaar (2019) sett på identitet som grunnleggende spørsmål som omhandler: «hvem er jeg?», «Hvorfor er jeg som jeg er?». Hun påpeker at identitetsutvikling angår alle mennesker, gjennom hele livet, men spesielt ungdomsårene kan være utfordrende for å danne sin identitet. Gjennom et moderne levesett, som kanskje spesielt utfordrer unge menneskers

søken etter å finne ut hvem de er, er det kanskje også mulighet for nye løsninger? Skriver forfatteren (Waaktaar, 2019).

Marianne Støle-Nilsen har skrevet masteroppgave om seksualitetsundervisning. Hun arbeider som rådgiver i Sex og Samfunn. Hun har også skrevet rapporten «*ungdom, seksualitet og identitet*». I denne rapporten vektlegger hun hvordan ungdomstiden er spesielt viktig for utvikling av seksuell identitet, og kjønnsidentitet. Ungdom som bryter med normene for kjønn og identitet, behøver voksne som kan bidra til trygghet i sin utvikling (Støle-Nilsen, 2019). Jeg har også valgt å inkludere Støle-Nilsens masteroppgave (2017) relatert til tidligere forskning. Denne masteroppgaven har tittelen seksuell danning – en studie av seksualundervisning i ungdomsskolen. Masteroppgaven er skrevet med bakgrunn i at seksualundervisningen i ungdomsskolen, er ansett som særdeles viktig for å fremme god seksuell helse, og forhindre negativ seksuell adferd og overgrep. Støle-Nilsen (2017) har intervjuet lærere og helsesykepleiere i skolen som arbeider med seksualitetsundervisning. Funnene viser at både helsesykepleiere og lærere ønsker enn annen tilnærming til dagens seksualitetsundervisning, men er avhengig av støtte fra ledelsen for å skape et godt samarbeid (Støle-Nilsen, 2017).

2.4 Etisk ansvar

En studie gjennomført av (Tollefsen, Olsen & Clancy, 2020), viser mangelfull forskning på hvordan sykepleiere opplever å ha et etisk ansvar i arbeidshverdagen. Forfatterne skriver om hvordan sykepleiere har et etisk ansvar overfor sine pasienter, spesielt de som er sårbare og hjelpetrengende. I studien trekkes det fram hvordan ansvar for Den Annen (Levinas E., 1969 i Tollefsen et. al., 2020) ikke kan velges bort eller ignoreres. Helsesykepleiere og intensivsykepleiere deltok i studien. De fikk stilt det samme spørsmålet: om de hadde noen etiske tanker om deres ansvar i arbeidshverdagen. Funnene viser at begge yrkesgruppene tidvis følte seg alene med sine bekymringer og sitt ansvar. En av helsesykepleierne i studien, forteller at hun følte et stort ansvar da en elev kom til henne å ville bytte kjønn, og hun lurte på om hun var en god nok rådgiver for eleven. Hun forteller at hun verken er psykolog eller psykiater, bare en helsesykepleier (Tollefsen et al., 2020).

Et annet funn gjort i studien til Tollefsen et. al (2020), var at begge yrkesgruppene følte seg usikker og bekymret i sitt arbeid. De følte at tiden var knapp, og at de stadig måtte prioritere mellom hva de skulle gjøre. En av helsesykepleierne i studien, sa at hun syntes det var

utfordrende at hun aldri visste hva som var tema, når elevene kom til henne. I studien kommer det også fram at følelsen av tilfredsstillelse ble oppnådd, når de følte at de gjorde riktige prioriteringer i arbeidet. Både helsesykepleierne og intensivsykepleierne erfarte at grad av tilfredshet i jobben, og gode relasjoner var knyttet sammen. Det å hjelpe noen betydde mye, selv om det også kunne være tungt å kjenne på ansvaret de hadde i jobben (Tollefsen et al., 2020).

Clancy og Svensson (2007) har skrevet en artikkel som retter oppmerksomheten på de ulike aspektene med ansvar, som helsesykepleier står i, gjennom arbeidshverdagen. Artikkelen er skrevet med utgangspunkt i filosofen Emanuel Levinas (1906-1995) etikk. Kjentegn på Levinas, er ansvar for den andre, og hvordan dette ansvaret ikke kan velges bort. Forfatterne har gjennomført dybdeintervju med fem erfarne helsesykepleiere. Hovedfunn viser at helsesykepleiere står i en arbeidshverdag hvor de ofte arbeider alene. Grensene viskes ut mellom arbeid og fritid, og det å ta med seg tanker og følelser hjem etter endt arbeidshverdag, er ikke uvanlig. I arbeidshverdagen kunne informantene føle på et press om å si ja, selv om de egentlig visste at de burde si nei (Clancy & Svensson, 2007).

Videre diskuterer forfatterne sin funn, opp mot Levinas etikk, hvor ansvar for den andre går over tid og rom. Informantene i studien fortalte om en frykt for å ta feil avgjørelser, og bekymringer rundt det å ta feil valg i arbeidshverdagen. Det andre hovedfunnet baseres på at helsesykepleierne ofte følte seg alene. Selv på arbeidsplasser hvor det jobbet flere helsesykepleiere. Forfatterne skriver at helsesykepleieryrket kjennetegnes ved selvstendig arbeid. Og selv om kollegaer er til stede, kan ensomhet være eksistensiell. Involvering av kollegaer kan hjelpe på følelsen av ensomhet, dette diskuteres opp mot Levinas. Essensen som jeg tolker det i studien er at helsesykepleiere må akseptere følelsen av ansvar som de har. I dette ligger det også en forståelse av at det ikke er mulig å fikse alt, og det er mye som helsesykepleier aldri vil forstå, eller kan kontrollere. Å akseptere følelsen av ansvar, innebærer å la andre følelser slippe til, herunder følelse av håp, frykt og usikkerhet. Disse følelsene henger sammen med forståelsen av at man ikke kan mestre alle mulige situasjoner i arbeidshverdagen (Clancy & Svensson, 2007).

3 Teoretisk rammeverk

I det følgende presenteres utvalgt teori, som kan bidra til å drøfte problemstillingen «*hvilke erfaringer har helsesykepleiere i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet*». Jeg har valgt å benytte meg av salutogenese utarbeidet av Antonovsky (2012), for å forstå hva helsesykepleierne mener er viktig når det kommer til å fremme ungdoms helse. Salutogenese innebærer at helsesykepleierne ønsket å se det friske hos elevene, mens opplevelse av sammenheng skal bidra til å analysere hvordan elevene skal finne styrke til å håndtere egen situasjon. Kommunikasjonskompetanse kan si noe om hvordan helsesykepleierne bidro til å møte ungdommene, i form av relasjonsbygging og tillitsskapende aspekter. Faglig skjønn og reflektert praksis, kan danne grunnlaget for å forstå de valg og beslutninger som helsesykepleierne foretok, i møter med ungdom som hadde spørsmål om egen kjønnsidentitet.

3.1 Helsefremming og salutogenese i møte med ungdom

Helsefremmende arbeid vil si å fremme prosesser og styrke beskyttelsesfaktorer, som fører til god helse. Dreiningen i samfunnet har vært fra et forebyggende perspektiv, som setter søkelys på sykdom og elendighet, til et helsefremmende perspektiv som vektlegger muligheter og ressurser. Denne måten å tenke på oppstod i 1980-årene gjennom WHO og Ottawa-Charteret, og målet er at alle delene av samfunnslivet skal dreie sin tankegang mot det positive, og det som skaper god helse hos den enkelte (Garsjø, 2018).

Den salutogene tenkningen innebærer å tenke hvordan vi kan fremme helsen, i stedet for hvordan unngå sykdom. For å kunne arbeide helsefremmende med bakgrunn i salutogenesen, må vi kjenne til helsebeskyttende faktorer og friskfaktorer, det som kalles helsedeterminanter. Friskfaktorer innebærer blant annet sosialt nettverk, tilhørighet, sunt kosthold m.m. Helsebeskyttende faktorer kan sees i sammenheng med at man føler opplevelse av mening, glede, velbehag og lykke (Antonovsky, 2012). Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare som fravær av sykdom eller lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Et sentralt begrep innenfor salutogenese er opplevelse av sammenheng (OAS). Å ha en sterk OAS, vil kunne være avgjørende for om en person beveger seg i skalaen fra uhelse mot helse (Antonovsky, 2012). Å ha en sterk OAS kan være knyttet til en person som har en tydelig identitet og et sterkt selv, med klare mål for livet og en indre balanse. Disse personene vil i følge Antonovsky (2012), opptre selvsikkert og ofte ha en god helse. I motgang vil disse menneskene alltid se etter en mening i det som skjer, og de vil finne en måte å håndtere uforutsette hendelser. Motsatt kan det å ha en svak OAS, kjennetegne en person med en svak identitet og et svakt selv. Disse menneskene vil lett bli stresset, og håndtere livets uforutsette hendelser på en mer uhensiktsmessig måte. De kan tendere til å få en dårligere helse generelt. Mange av personene med en svak OAS vil være de som oppsøker helsetjenester med angst og bekymringer, og de behøver i større grad hjelp til å løse sine utfordringer. Hvilket temperament og personlighet en person har, og hvilken sosial klasse og kultur en tilhører, har også sammenheng for om en person har en sterk eller svak opplevelse av sammenheng. Gjennom livet vil også hendelser, eller fenomener som Antonovsky betegner de som, bidra til å endre ens OAS i skalaen mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2012)

3.2 Kommunikasjonskompetanse i arbeidshverdagen

Kommunikasjon består av den muntlige uttrykksformen, men også av en rekke nonverbale signaler. Disse gir rom for fortolkning, men kan også føre til feiltolkning. Nonverbale uttrykksformer kan komme spontant, og de kan være bevisst eller ubevisste (Eide & Eide, 2004). Evne til aktiv lytting, står sentralt innen kommunikasjonskompetanse. Å være en god lytter innebærer å være oppmerksom, og være bevisst egne tolkninger av den andre. En må være bevisst eget behov for å hjelpe, for å la den andre fullføre sine fortellinger (Tveiten, 2016). Å skape en tillitsfull relasjon, kan være utgangspunktet for dialogen mellom helsesykepleier og elev. Gjennom å virkelig lytte, kan helsesykepleier forstå meningen i det som eleven forteller (Tveiten, 2016). Relasjonenes betydning er viktig for å skape en god arbeidsallianse, i tillegg for å motivere til forandring og utvikling (Eide & Eide, 2004).

I kommunikasjon mellom mennesker utleverer vi oss selv, og våre meninger. Sårbarheten øker når den ene opplever at det er noe viktig som står på spill (Brinchman, 2008). Empati innebærer å kunne leve seg inn i den andres situasjon, og samtidig ha en balanse mellom å involvere seg og ha en personlig distanse. Empati er ikke en kommunikasjonsferdighet, men en del av det å være menneske (Renolen, 2008). Det er i relasjon med andre, en omsorg å sette grenser for hva som deles. Hjelperen skal legge føringer for at også denne har en egen

autonomi, og ikke bli for oppslukt i den andres livssituasjon. Målet er på sikt at den hjelpetrengende (pasient/elev) skal mestre eget liv og helse (Henriksen & Vetlesen, 2008). I møte mellom helsesykepleier og ungdom ligger det en forventning, ofte fra begge sider. Helsesykepleier har gjennom sin kunnskap og praksis en rolle som profesjonell. Eleven som kommer på døra, kan komme for å teste ut om det føles greit å fortelle om sitt liv og sine bekymringer. Det er i møte med helsesykepleier, ungdom som har regien (Clancy, 2011).

3.3 Betydningen av faglig kunnskap og skjønn i praksis

Benner (1995) har tatt utgangspunkt i dreyfusmodellen, for å forklare de ulike kunnskapsnivåene innenfor sykepleieryrker. Nybegynnerstadiet kjennetegnes ved at sykepleieren har lite erfaring innenfor arbeidet. I dette stadiet er sykepleieren til en viss grad styrt av lærebøkene, og behøver veiledning for å omsette den teoretiske kunnskapen om til praktisk kunnskap. Videre i forløpet presenteres den avanserte nybegynner, og den kompetente sykepleieren. Den kompetente sykepleieren, kan til en viss grad tenke mer abstrakt og analysere ulike problemstillinger. Den kyndige sykepleieren har evne til å se hele situasjonen, og tenke langsiktig. Det siste nivået, nivå fem, er eksperten. Denne sykepleieren har lang arbeidserfaring, og tenker intuitivt om situasjoner som hun havner i. Eksperten kan også havne i nye situasjoner, men kjennetegnes da ved at hun kan tenke analytisk og gjøre raskt om på vurderinger (Benner, 1995).

Henriksen og Vetlesen (2008) har diskutert hvor vidt det er mulig å definere seg som ekspert innenfor alle delene av sykepleieryrket. De trekker fram hvordan etiske og moralske spørsmål, ikke nødvendigvis blir en del av et menneske. Livets mangfoldighet gjør at vi stadig utsettes for nye dilemmaer. Henriksen og Vetlesen (2008) trekker også fram hvordan eksperten ikke alltid kan begrunne det hun gjør, og gjennom et etisk synspunkt mener de at det kan være problematisk. I etiske problemstillinger vil det ofte være nødvendig å drøfte våre begrunnelser med andre, skriver (Henriksen & Vetlesen, 2008).

Martinsen (2012) skriver om faglig skjønn, og vurdering ut fra hver enkelt situasjon, som sentralt i arbeidshverdagen som sykepleier (Martinsen, 2012). Å vurdere hva som er godt faglig skjønn, må læres gjennom praksis. Den faglig dyktige praktiker har lært seg hva som er til det beste for den andre. Individuelle vurderinger, og å være modig, gjør at tilliten styrkes i møtet. Noen ganger kan fastsatte rutiner og retningslinjer måtte vike for hva som er til det beste for den andre. Da viser hjelperen at denne også er kritisk og kan reflektere over etablerte

strukturer og regler (Martinsen, 2005). Gjennom tilliten som ligger i møtet mellom to mennesker oppstår et maktforhold. Denne tilliten er til stede i det som blir sagt og gjort, men også det som ikke sies eller gjøres (Brinchman, 2008). I en travel hverdag som helsearbeider, kan det oppstå situasjoner hvor solidaritet og medfølelse til den som behøver hjelp, går imot det som overordnede retningslinjer og regler bestemmer. Det krever mot, og medmenneskelighet for å kunne vurdere hva som er riktig å gjøre i ulike situasjoner (Martinsen, 2005).

4 Metode

I dette kapitlet beskrives metoden som er benyttet til å belyse problemstillingen «*hvilke erfaringer har helsesykepleiere i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet?*». Da mine spørsmål går på hvilke erfaringer og opplevelser jeg vil undersøke, falt valget naturlig på en kvalitativ metode. Ved å benytte kvalitative metoder kan vi få vite mer om hvilke erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger mennesker har til et fenomen. Vi kan også gjennom denne metoden få en økt forståelse for hvorfor mennesker gjør som de gjør. Det er en spesielt egnet metode for å se på menneskelig samhandling og erfaring (Malterud, 2017). Følgende presenteres vitenskapsteoretisk ståsted, forforståelse, metode for innsamling av data, forskningsetikk og analyse.

4.1 Vitenskapelig tilnærming

Denne studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Hermeneutikk er grunnlaget for forståelse av et fenomen, og en del av den vitenskapelige metoden (Krogh, 2014). Kvalitative forskningsprosjekt kjennetegnes av at forskeren alltid vil påvirke hvilke kunnskaper som kommer ut av prosjektet. Det er fordi vi har ulike ståsted, personlige interesser, egne erfaringer og motiver som danner grunnlaget for hvilket perspektiv som skal velges i prosessen (Malterud, 2017).

Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen til enkeltpersoner, og søker etter å forstå en dypere mening i deres erfaringer (Thagaard, 2009). Studien har en fenomenologisk tilnærming, fordi jeg gjennom å intervju informanter med historier og erfaringer. I analysen har jeg søkt etter en dypere mening i deres subjektive livsverden.

4.1.2 Hermeneutikk

Hans-Georg Gadamer (1900-2002) er en sentral filosof innenfor hermeneutikken i det 20. århundret. Boken Sannhet og Metode som ble utgitt i 1960, danner grunnlag for det vi i dag definerer som hermeneutisk forståelsesteori. Gadamer ville beskrive det fenomenet vi kaller menneskelig forståelse, og at mennesket vil forsøke å forstå den historiske og sosiale verden, dens kultur og de tradisjoner den er preget av (Krogh, 2014). En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at fenomener kan tolkes på flere ulike måter. Det finnes flere måter å tolke

menneskers handlinger på enn det først åpenbare (Thagaard, 2009). Tolkning av intervjuetekst kan sees på som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forskeren setter søkelys på den mening teksten formidler. Som forsker vil en forsøke å tillegge handlinger en spesiell mening (Thagaard, 2009. S. 39).

Gjennom analysering av intervjuetekstene har jeg trukket fram koder og til slutt dannet tema som er gjentakende og interessante for å belyse problemstillingen. Fenomenene i teksten kunne vært analysert på flere ulike måter, og derfor har oppgaven en hermeneutisk tilnærming. Jeg har gjennom min forforståelse og rolle som forsker, tolket fenomenene på en gitt måte. En annen forsker ville kanskje funnet andre tema som interessant for oppgaven. Jeg har gitt noen handlinger en spesiell mening, og det er ikke sikkert at informantene nødvendigvis ville tolket situasjonen på samme måte i ettertid. Derfor kommer min rolle som forsker fram i oppgavens analyse og funn.

4.1.3 Fenomenologi

Fenomenologi er både en filosofi, og et kvalitativt forskningsdesign. Det kan spores tilbake til den tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2021). Et viktig aspekt for fenomenologien, er at den skal styres av det som faktisk kommer frem i analysen, sakens kjerne. Ikke av teorivalg eller det vi forventer å finne. Et fenomen kan være noe håndfast som et objekt, eller det kan være en erfaring mennesket har opplevd (Zahavi, 2003). Jeg var bevisst på dette da jeg skrev fram funn i analysen. Det var viktig å la informantens stemme komme fram. Jeg brukte tid på å sortere ut koder, og gav disse en mening i form av at jeg sorterte dem i ulike tema. I analysen har jeg fått fram det jeg har forstått som deres subjektive livsverden, og erfaringer fra deres arbeidshverdag som helsesykepleier.

Det er den subjektive erfaringen vi ønsker å si noe om, og derfor er det sentralt å sette til side tidligere kunnskap. Det er subjektets livsverden og dens forståelse som skal være sentral i fenomenologien (Malterud, 2017). Ved fenomenologiske tilnærminger skal forskeren sette ord på informantens erfaringer og deres livsverden. Dette gjøres gjennom å leve seg inn i deres situasjon og ved å bruke et språk som formidler deres erfaringer (Thagaard, 2009). Jeg benytter et språk som er tilnærmet likt det informantene i oppgaven brukte. Ved at jeg også er utdannet helsesykepleier, var det mulig for meg å forstå deres arbeidsspråk. Jeg kunne også sette meg inn i situasjonen, gjennom å tolke språket som for meg var gjenkjennelig. Når jeg

senere har gitt stemmer til informantene i analysen, har jeg fått fram det de faktisk formidlet. Jeg har gjort om det muntlige språket til skriftlig språk, for å gjøre teksten mer leservennlig. Dette har jeg gjort uten at den opprinnelige meningen er blitt borte.

4.2 Forforståelse

Enhver forståelse av et fenomen, forutsetter en tidligere forståelse. Det handler om å se hvilke forutsetninger vi har for å forstå noe. Vi er formet av det livet vi lever, og den erfaringen vi har med oss fra tidligere (Krogh, 2014). Tolkning er en sentral del i den kvalitative forskningsprosessen. Jeg som forsker skal lese mitt materiale gjentatte ganger, og se etter mønstre og sammenhenger. Kunnskapen som utvikles vil være et produkt av mine perspektiver, og mitt blikk (Malterud, 2017). Den hermeneutiske sirkel danner grunnlaget for forståelse. Ved å definere tidligere erfaringer, og binde disse sammen med deler av en ny forståelse, kan nye forståelseshorisonter åpenbare seg. Det handler om å sette sammen delene til en ny helhet (Krogh, 2014).

Jeg har gjennom arbeidet med denne oppgaven gjennomgått teksten utallige ganger. Ved å skrive fram diskusjonsdelen, har jeg lagt til ny teori eller forskning, og samtidig tatt vekk noe jeg tidligere mente burde vært med. Jeg er selv nyutdannet helsesykepleier, og har kort arbeidserfaring innenfor tjenesten. Interessen min for kjønnsidentitet har vært til stede siden jeg begynte på helsesykepleierutdanningen i 2019, og jeg har jevnlig lest meg opp på nyere forskning, og fulgt med på debatten i media. Det å møte ungdom som undrer seg over egen kjønnsidentitet, hadde jeg ingen erfaring med fra tidligere. I løpet av halvåret hvor dette masterprosjektet har pågått, har jeg møtt opp til flere ungdommer som kjenner på usikkerhet rundt egen kjønnsidentitet. Jeg har forsøkt å ikke la dette påvirke oppgaven, men erkjenner samtidig at det er en del av den kvalitative forskningens særegenart. Ny forforståelse underveis i prosessen, vil prege hvordan jeg skriver fram funnene. Den hermeneutiske sirkel viser hvordan dette har vært et fram – og tilbake prosjekt.

Jeg har skrevet oppgaven alene, med hjelp fra veileder. Men det er i hovedsak mine tolkninger som kommer frem i den ferdige oppgaven. Forforståelsen vår danner grunnlag for hvordan vi tolker materiale, dette finner sted gjennom hele forskerprosessen. Fra vi har en ide eller er nysgjerrig på noe, til det ferdige resultatet. Forforståelse er en blanding av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme (Malterud, 2017). Høsten 2019 startet jeg på videreutdanning til helsesykepleier, jeg hadde da arbeidet som sykepleier i fire

år. Jeg har erfaring fra akuttpsykiatri, legevakt og forsterket omsorgsbolig. Jeg har en interesse for de menneskelige historiene som er «utenom det vanlige», og jeg har ofte søkt etter kunnskap for å forstå det jeg ikke selv har erfart.

Som nyutdannet helsesykepleier fant jeg raskt ut at det å ha utfordringer, er en del av det å være ungdom. Det er mange ting som endrer seg i ungdomsårene, og det å finne sin identitet og vei i livet, kan være en krevende prosess for mange. Gjennom media, og egne erfaringer fra å være sykepleier og helsesykepleier, forstod jeg at det å undre seg over egen kjønnsidentitet, er noe jeg ønsker å forstå mer av. Oppgaven vil derfor være preget av min egen interesse av å lære mer om dette, men også av å få frem en ny kunnskap som kan være til nytte i fagfeltet.

4.2 Metode for innsamling av data

4.2.1 Utvalg og rekruttering

For å få svar på problemstillingen og forskerspørsmålene mine, ville jeg intervjuer helsesykepleiere som arbeidet med ungdom. Enten i skolehelsetjenesten, eller på helsestasjon for ungdom. For å sikre at informantene hadde noe å fortelle om temaet, måtte de ha møtt ungdom som har spørsmål om kjønnsidentitet. I første godkjenningrunde med NSD, hadde jeg satt ett års arbeidserfaring som et inklusjonskriterie. For å sikre elevenes anonymitet, anbefalte NSD fem års arbeidserfaring som inklusjonskriterie. Dette ble fulgt i rekrutteringsprosessen. Strategisk utvalg innebærer at vi velger ut informanter basert på egenskaper og kvalifikasjoner som passer til problemstillingen og oppgavens tema (Thagaard, 2009).

Rekruttering av informanter ble gjennomført ved at jeg, i første omgang sendte e-post med informasjon om studien til kommunenes postmottak. I denne e-posten ba jeg kommunene om å videreformidle invitasjonen til aktuelle ledere innenfor skolehelsetjenesten. Denne prosessen var tidkrevende, og jeg måtte sende en ekstra e-post til lederne, for å undersøke at de hadde fått tidligere tilsendt informasjon. Det var flere kommuner som ikke svarte på henvendelsen. Fordi jeg skulle gjennomføre intervjuene via teams sendte jeg henvendelsen til mange kommuner i hele Norge. Jeg ønsket at innbyggertallet i kommunen skulle være minst 5000, fordi jeg tenkte at de som arbeidet der, ville ha erfaring med å møte ungdom som undret seg over egen kjønnsidentitet. Et annet viktig poeng med å velge en litt større kommune, var at det kunne være flere ulike erfaringer informantene hadde å fortelle om. Siden det er en liten

gruppe ungdom som informantene skulle prate om, ville sannsynligheten for gjenkjennelse være mindre.

En av de store kommunene ga tilbakemelding om at jeg gjerne måtte ta kontakt med helsesykepleierne som arbeidet i skolehelsetjenesten, men tilbakemeldingen sa at de fikk mange slike henvendelser, og at jeg ikke måtte bli skuffet dersom ingen kunne delta. En annen stor kommune ønsket at jeg fylte ut et skjema, hvor det ble presentert hvilken type forskning, en kort presentasjon og hvordan denne forskningen kunne gagne kommunen. De resterende kommunene gav ingen tilbakemelding på om de hadde mottatt informasjonen. Tiden begynte å gå, og jeg vurderte videre framgangsmåte for å sikre at jeg skulle få informanter til studien. I denne perioden var det to informanter som hadde meldt seg. Og begge disse var fra kommunen som ba meg fylle ut skjema. De syntes studien virket interessant, og ville gjerne bidra for å øke kunnskapen om temaet.

Jeg bestemte meg etter noen uker for å ta direkte kontakt med helsesykepleierne som arbeidet i de kommune jeg hadde sendt informasjon til. Jeg sendte SMS til deres arbeidstelefon som jeg fant på internett, og informerte om e-posten som jeg hadde sendt tidligere. Etter at jeg hadde sendt melding direkte til helsesykepleierne, fikk jeg raskt svar fra flere som ønsket å være med. Jeg fikk da fire nye informanter som meldte seg, de hadde fått informasjonen jeg hadde sendt tidligere, men av ulike årsaker ikke vurdert å være med før nå. En av informantene som i tillegg meldte seg hadde for kort arbeidserfaring og ble derfor ikke inkludert. Totalt meldte seks informanter seg, som hadde mellom 10-30 års arbeidserfaring som helsesykepleier. Alle informantene arbeidet innenfor skolehelsetjenesten, noen på ungdomsskolen og noen på videregående. I tillegg hadde flere av de arbeid på helsestasjon for ungdom. Informantene presenteres i tabell 1.

Tabell 1: Presentasjon av informanter

Antall års erfaring	5-10 år: 1	10-20 år: 2	20-30 år: 3
Tidligere arbeidserfaring	Skolehelsetjenesten:6	Helsestasjon for Ungdom: 2	Universitet: 1
Nåværende arbeidssted:	Ungdomsskole: 2	Videregående skole: 4	Helsestasjon for ungdom*: 2

*Noen av informantene hadde Helsestasjon for ungdom som tilleggsjobb.

4.2.2 Testintervju og intervju via teams

Jeg hadde bestemt meg på forhånd at jeg ville gjøre intervjuene via teams. Både på grunn av at jeg ville få mulighet til å få informanter fra hele landet, og fordi økonomiske begrensninger er en viktig faktor for meg. Høsten 2021 var det også flere restriksjoner i forbindelse med Covid-19 pandemien. Mange arbeidsplasser, inkludert min egen, er blitt mer fortrolige med møter via teams eller andre tjenester. Jeg var derfor ikke bekymret for at informantene skulle takke nei til intervju på grunn av det.

Ifølge Johannesen, Tuft og Christoffersen (2021) er det tilnærmet like god informasjon ved å gjennomføre intervjuet online, som ansikt-til-ansikt. En av utfordringene de trekker fram er at det kan vanskeligere å bygge tillitt med informantene. Ved å ha kontakt med informantene på e-post eller telefon i forkant av intervjuet kan det å bygge tillitt være enklere (Johannesen et al., 2021). Jeg avklarte tidspunkt og tidsbruk for intervju med informantene, og spurte om de hadde mottatt informasjon og samtykkeerklæring i forkant. Informantene fikk da en måte å bli kjent med meg som en seriøs forsker som tok deres tid på alvor.

Noen punkter som kan være lurt å sjekke i forkant av intervjuer på teams eller andre medier, er at internettkvaliteten er god, og at lyd og mikrofon fungerer. Det er også essensielt å bli kjent med det programmet som skal benyttes. Å skru av lyder og varslinger på datamaskinen, vil forhindre at intervjuet forstyrres unødvendig. Det anbefales også å teste at lydopptakeren fungerer, og at lyd kvaliteten blir god når det spilles av (Johannesen et al., 2021). Jeg fikk dessverre ikke tid til å gjennomføre et test-intervju med spørsmålene jeg skulle benytte i intervjuet. Men jeg visste at datautstyret fungerte da jeg har veiledningstimer på teams. Jeg

foretok også en test, for å se at lyd kvaliteten ble god når jeg brukte nettskjema-diktafon app. Jeg fant da ut at jeg måtte justere telefonen til å ligge noe høyere opp en selve lyden på dataen, for å sørge for at både min og informantenes stemme hørtes godt nok når jeg skulle spille av lydopptaket.

4.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Jeg har gjennomført seks dybdeintervju, med helsesykepleiere som arbeider med ungdom i hele landet. For å forberede meg i forkant av intervjuet, leste jeg ulike intervjumetoder og gjennomgikk intervjuguiden. Jeg forsøkte å sette meg inn i intervjusituasjonen, og reflekterte over hvordan jeg skulle opptre ovenfor informantene. Kvaliteten på intervjuet vil være avgjørende for videre arbeid med oppgaven. Som intervjuer er man selv et viktig forskningsinstrument, og må være kunnskapsrik om det emnet som skal intervjues i (Kvale & Brinkmann, 2015).

Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet slik at informantene fikk anledning til å komme med sine fortellinger fra praksis. Intervjuguiden ble gjennomgått flere ganger med veileder i forkant, dette for å sikre at spørsmålene som ble stilt, var åpne og kunne gi svar på min problemstilling. Målet i kvalitative intervjuer er å gå i dybden på de tema som en ønsker informasjon om (Thagaard, 2009). Gjennom arbeidet med intervjuguiden gjorde jeg meg opp en kunnskap om hvilke temaer jeg ønsket å fokusere på (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg la opp til at spørsmålene skulle være korte, men beskrivende, slik at informantene fikk anledning til å fortelle meg om sine erfaringer. I intervjuet er det informantenes erfaringer og meninger som skal komme fram. Den som intervjuer må inneha evnen til å lytte med åpent sinn, og ikke stille spørsmål på en slik måte som fremhever intervjuerens egne meninger og holdninger (Malterud, 2017). Dette er også i en del av min vitenskapelige tilnærming til prosjektet.

Det ble lagt opp til samme struktur på hvert intervju. Jeg startet med å presentere hensikten med studien, og hvordan intervjuet skulle foregå. Etter at jeg hadde gjennomgått deres rettigheter som informanter, og de hadde svart ja til å delta, sa jeg ifra at jeg startet opptaket. Jeg gav tydelig beskjed om at det kun vil bli gjort opptak av lyd samtalen, og at dette gjøres ved hjelp av Nettskjema-diktafon app med sikker lagring. Informantene fikk også anledning til å stille spørsmål, både i forkant, men det ble også presisert at de kunne stille spørsmål underveis.

De første minuttene er avgjørende i et intervju, og intervjupersonene vil raskt få en oppfatning om hva de tenker om den som skal intervju dem (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble gjennomført på teams. Som oftest satt jeg hjemme under intervjuene, og sørget da for god belysning slik at informantene så meg. Jeg tenkte også på å ha minst mulig «støy» i rommet, både i form av rotete bakgrunn, og eller andre forstyrrende elementer og lyder. Jeg startet med å stille spørsmål om deres arbeidsbakgrunn, hvor lenge de hadde jobbet i tjenesten og hvor de arbeidet nå. Dette for at informantene skulle få en tillitt til meg som intervjuer, og bli fortrolige med intervjusituasjonen (Thagaard, 2009). I del to av intervjuet var spørsmålene rettet mot oppgavens tema og problemstilling. I denne delen fikk informantenes egne fortellinger komme til uttrykk. Kvalitetskriterier i denne delen av intervjuet vil være avhengig av om informantenes svar er relevante, og hvordan intervjueren klarer å stille oppfølgende spørsmål for å utdype svarene (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg lot informantene snakke fritt ut fra de spørsmålene jeg hadde, og noen ganger hadde jeg oppfølgende spørsmål. Jeg forsøkte å si minst mulig selv, og brukte kroppsspråk og smil for å signalisere at jeg var interessert. Dette kalles for prober, og poenget er å oppmuntre informantene til å fortsette på sine egne refleksjoner (Thagaard, 2009).

4.2.4 Refleksjoner av intervjuprosessen

Sett i etterkant av intervjusituasjonen burde jeg vært mer opptatt av å stille oppfølgende spørsmål. Jeg var litt for bekymret for at intervjuet skulle vare for lenge, noe som medførte at de kanskje hadde litt kort varighet. Se kapittel 6.5.1 steg 1 i tematisk analyse for å lese om transkribering. Jeg burde også vært nøye på å ikke la informantene prate for lenge om andre tema, som nødvendigvis ikke ville bidra til å besvare min problemstilling. Selv et halvt år etterpå, kan jeg sette meg inn i intervjusituasjonen, som om det var i går. Jeg var spent og nervøs, og kjente på en takknemlighet for at informantene tok seg tid til å delta i prosjektet. I intervjuet var jeg opptatt av å si minst mulig selv, og ble derfor noe låst til min egen intervjuguide. Det var en ny situasjon for meg, og fra det første intervjuet til det siste lærte jeg mye om hvordan jeg påvirket intervjuet.

4.3 Forskningsetikk

4.3.1 Godkjenninger

Forskningsprosjekter som skal behandle personopplysninger, skal meldes inn til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste). Det skal søkes på eget skjema laget til formålet med

studien, og NSD som personvernombud, vurderer prosjektene i forhold til gjeldende forskningsetiske retningslinjer (Thagaard, 2009). Jeg opprettet bruker hos NSD, hvor veileder var prosjektansvarlig og fulgte meg i denne prosessen. Første gang jeg sendte inn prosjektet til godkjenning, fikk jeg tilbakemelding hvor de anbefalte å endre spørsmålene til mer generelle, og endre utvalgsriteriet til at det var mer enn 5 års erfaring. Dette fordi det var et sensitivt tema jeg skulle intervju om, og jeg fikk ikke spørre om erfaringer fra enkeltepisoder. NSD presiserte at spørsmålene måtte handle om ungdom som hadde spørsmål om kjønnsidentitet på et generelt grunnlag. Ved neste innsending ble prosjektet godkjent. Jeg behøvde ikke søke godkjenninger hos andre instanser.

Se vedlegg 3. side 69. NSD personvern.

4.3.2 Informert samtykke

Som informant i et forskningsprosjekt skal en kunne trekke sin deltagelse, uten at dette medfører negative konsekvenser. Samtykke til å delta skal være fritt, hvilket innebærer at det ikke skal foreligge noe ytre press om å delta. I forskningsprosjekt som omhandler personopplysninger skal alltid informert samtykke være gjennomgått med deltagerne (Thagaard, 2009). Alle informantene hadde lest gjennom informasjonen jeg hadde sendt ut i forkant av intervjuet. Jeg gjentok hvilke rettigheter de hadde som informanter, og ba de bekrefte muntlig at de ønsket å delta i studien. Som deltager i et kvalitativt forskningsprosjekt, vil det være utfordrende å gi ut informasjon om hvilken vei studiet vil ta underveis i prosessen. Studiens refleksivitet innebærer at forskeren vil tolke materialet underveis, og det vil derfor være utfordrende å gi et fullstendig bilde av hva deltagerne samtykker til (Thagaard, 2009). Jeg var nøye med å presisere ovenfor informantene at deres stemme og erfaringer skulle aidentifiseres.

4.3.3 Konfidensialitet

Deltagerne hadde på forhånd fått tilsendt intervjuguiden, og det var denne jeg forholdt meg til i intervjuprosessen. Jeg avklarte med deltagerne at temaet var sensitivt, og at de ikke måtte utgi informasjon som kunne være gjenkjennbare. Konfidensialitet er et av grunnprinsippene for etisk forskningspraksis. Det innebærer at all informasjon som deltagerne utgir, skal behandles konfidensielt. Informasjon som forskeren får vite, skal anonymiseres og skjules slik at ikke andre får kjennskap til dette (Thagaard, 2009). Før jeg startet prosjektet gjennomgikk jeg retningslinjer for klassifisering av informasjon, sammen med veileder. Denne retningslinjen er utarbeidet av Universitetsstyret ved UiT, og gir føringer for hvordan

informasjon skal oppbevares og klassifiseres. Arbeidet til masteroppgaven gikk under gul kategori da det inneholdt upublisert forskningsdata (Universitetsstyret, 2019). Jeg benyttet meg av tofaktor-autentifisering for innlogging til arbeidsdokumentet mitt gjennom hele skriveperioden. I tillegg benyttet jeg nettskjema-diktafon app for håndtering av lydopptak.

4.4 Analyse

4.4.1 Tematisk analyse

Tematisk analyse har en lang tradisjon i forskning, spesielt i sykepleieforskning.

Analysemetoden er studentvennlig og fleksibel, og anbefales ofte for nybegynnere (Braun & Clarke, 2006). Da jeg er nybegynner innenfor forskning, anser jeg at å benytte denne analysen vil være anbefalt for meg. Tematisk analyse kan benyttes ved både kvalitative og kvantitative data, og på en induktiv og deduktiv måte. Å bruke denne formen for analyse kan være utfordrende, da det ikke finnes en enkel retningslinje for bruk (Elo & Kyngäs, 2008).

Induktiv analyse innebærer at vi på forhånd ikke vet hvilke koder eller kategorier vi vil finne, de skapes ut fra det som analyseres, som i dette tilfellet er intervjuene (Braun & Clarke, 2006). Jeg har en induktiv tilnærming til analysen, fordi jeg ikke på forhånd viste hva som ville fremstå som funn. Da jeg har min forforståelse for temaet hadde også analysen hint av deduktiv analyse, da jeg på forhånd hadde tanker om hva som ville fremstå som sentrale funn (Braun & Clarke, 2006). At analysen har et hint av deduktiv tilnærming, vises også gjennom de spørsmålene som er stilt i intervjuguiden.

Funnene i analysen er ikke noe som oppstår av seg selv, de må letes etter og gis navn til. I prosessen med å danne tema er det viktig at informantenes stemme blir hørt (Braun & Clarke, 2006)

Tabell 2: Tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke (2006) består av totalt 6 steg.

1. Bli kjent	•Transkribere datasettet (intervjuene), lese - og lese igjen. Skrive ned ideer
2. Generere koder	•Kode interessante funn i hele datasettet, se over datasettet og vurder hva som passer inn i hvilke koder
3. Se etter tema	•Lage tema ut fra kodene, samle all interessant data til hvert potensielt tema

4. Gjennomgang av temaer	<ul style="list-style-type: none"> • Se om temaene passer sammen med kodene som er gjort på steg 2. • Se over hele datasettet hva som passer inn i ulike tema
5. Definere og navngi tema	<ul style="list-style-type: none"> • Avgrensning hvert tema, finne navn som kan beskrive hva temaet handler om
6. Lage rapport (resultat)	<ul style="list-style-type: none"> • Lage en rapport over analysen. Her kan det være med sitater for å tydeliggjøre funn. Skal relateres tilbake til problemstilling og forskerspørsmål

(Braun & Clarke, 2006) side 87

Steg 1. Gjøre seg kjent med dataen som skal analyseres:

For å kunne gjøre en tematisk analyse må intervjuene transkriberes. Det innebærer å gjøre de muntlige intervjuene, om til skriftlig form. I intervjuets lydopptak kan vi høre forskjellige stemmeleier, og i intervjuet oppfatte kroppsspråk. I den skriftlige formen går non-verbale signaler tapt (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg startet med transkripsjon av intervjuene straks etter at intervjuet var gjennomført. Selv om det er en tidkrevende prosess, er det også en mulighet for å bli bedre kjent med materialet (Braun & Clarke, 2006). Intervjuene hadde en varighet mellom 25-30 minutter. Tidsbruk for å transkribere hvert enkelt intervju varierte mellom 2-4 timer. Jeg skrev ned ordrett hva som ble sagt, både av meg og informantene. Men jeg valgte å utelate intonasjoner, sukk, latter og pauser. Dette for å gjøre transkripsjonen leservennlig for meg senere. Det finnes ingen endelig fasit for hvordan en transkripsjon skal gjennomføres, det avhenger av hva teksten skal brukes til (Kvale & Brinkmann, 2015). Etter at transkripsjonen er ferdig, anbefales det å lese gjennom materialet flere ganger før steg to begynner (Braun & Clarke, 2006). På dette stadiet hadde jeg markert interessante funn i transkripsjonen, og markert spennende sitater underveis, før jeg skulle i gang med å skape de innledende kodene.

Steg 2: Skape de innledende kodene:

Steg to kan begynne når forskeren er godt kjent med datamateriale, og har en liste over ideer som vil være interessant å se nærmere på (Braun & Clarke, 2006). For å fremheve det jeg tenkte kunne være interessante funn eller sitater, lagde jeg et eget Word-dokument. Dette dokumentet bestod til slutt av 16 sider med rådata. I denne prosessen skal alt datamateriale gjennomgås, og målet er å se etter gjentakende mønster. Det er lurt å lage så mange koder som mulig i denne fasen. Når kodene lages er det viktig å beholde den opprinnelige meningen rundt, for å være tro mot det informantene faktisk sier (Braun & Clarke, 2006).

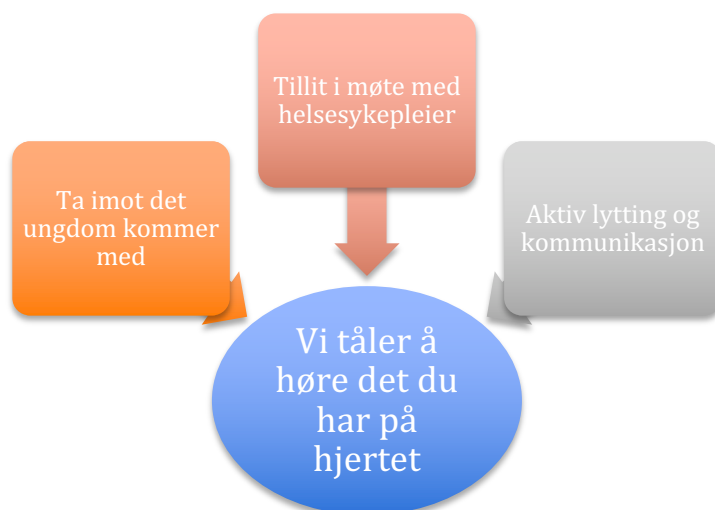
Steg 3 innebærer å sortere kodene i forskjellige tema:

Alle kodene skal være med videre i steg tre, og kodene skal sorteres i ulike temaer. Noen av kodene kan kombineres, mens andre må kanskje forkastes på et senere tidspunkt (Braun & Clarke, 2006). Da jeg hadde laget fargekoder i steg to, kunne jeg på dette tidspunktet kombinere koder som jeg mente hørte sammen. Jeg valgte ut fire hovedtemaer, basert på de kodene jeg fant. Først presenteres en tabell med tema øverst, og koder under. I eksemplet under tabellen har jeg tatt med noen av de aktuelle kodene.

Tabell 3: Kodene sortert i forskjellige tema

Rollen som helsesykepleier	Kommunikasjon med ungdommene	Samhandling	Samfunnsendringer
jobbe med seg selv – egen fremtoning, erfaring, profesjonalitet, trygghet, læringsprosess, gode opplevelser, dårlige opplevelser og veiledning	tillitt, åpenhet, relasjonsbygging, nonverbal og verbal kommunikasjon, trygging, ærlighet, medbestemmelse og individuell vurdering	henvisninger, nettverksbygging, allianser, samarbeid med andre faggrupper og kartlegging	Mer åpenhet, sosiale medier, helsefremming, økning i antall tilfeller

Figur 4: Eksempel på hvordan jeg gikk fram for å finne de ulike temaene.



Steg 4 gjennomgå temaene: I fase fire skal temaene gjennomgås grundig, for å se om noen ikke er relevante for det videre arbeidet med analysen. Det vil også være noen tema som kan forklare det samme fenomenet, og disse kan slås sammen (Braun & Clarke, 2006). Jeg ønsket gjennom problemstillingen min, å finne ut hvilke erfaringer helsesykepleier har i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. Videre i steg 4 måtte jeg se hvilke tema som var naturlig å ta med videre. I del 2 av steg 4 skal hele datamaterialet re-kodes, for å se om noe er glemt kodet, og for å se om de utvalgte temaene passer til helheten.

Det var på dette stadiet også noen av temaene som det ikke fantes nok data for å underbygge, og disse måtte jeg sortere ut (Braun & Clarke, 2006). Jeg brukte lang tid på denne prosessen, og leste gjennom materiale gjentatte ganger. Kodene ble endret, byttet navn på, og forsøkt satt sammen på ulike måter. Til slutt måtte jeg si meg fornøyd med de temaene som ble plukket ut, da jeg innså at jeg måtte komme videre i prosessen. Dette er også i tråd med analysemetoden (Braun & Clarke, 2006). I løpet av skriveprosessen ble også temanavn og det opprinnelige tema tre og tema fire slått sammen til et tema. Dette for å gjøre skriveprosessen mer sammenhengende og sørge for at det var en rød tråd i oppgaven.

Fase 5: Definere og navngi tema:

I denne delen skal temaene defineres, og det skal gis en beskrivelse hva de enkelte tema skal handle om (Braun & Clarke, 2006). Temaene er laget med bakgrunn i å finne svar på de opprinnelige forskerspørsmålene, i tillegg til problemstillingen.

Her presenteres en kort oversikt, før temaene gis en nærmere presentasjon i kapittel 5.0: funn og diskusjon.

Tema 1: «Vi tåler å høre det du har på hjertet»

Temaet handler om hvordan helsesykepleier kan få en god relasjon til ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. I temaet inngår det hvordan helsesykepleier kommuniserer med ungdom, hvordan de tør å stille spørsmål, og hvordan de tar imot det ungdommene kommer med.

Tema 2: «Sjef i eget liv»

Tema 2 innebærer hvordan helsesykepleierne må lytte til hva ungdommene har behov for, og gjøre individuelle vurderinger. Det vises at helsesykepleierne er opptatt av å være ærlig

ovenfor ungdommene, og opprettholde taushetsplikten. Funnene viser også at informantene var opptatt av at ungdom uansett kjønn, skal ha en god helse, gjennom å styrke deres beskyttelsesfaktorer og hjelpe de til å se muligheter i eget liv.

Tema 3: «Et fag i stadig utvikling»

Temaet handler om hvordan spørsmål om kjønnsidentitet kan inspirere helsesykepleiefaget. Gjennom et ønske om å skaffe mer informasjon om temaet, og samarbeid med andre faggrupper, og hvordan kjønnspronomen benyttes. I tillegg handler tema 3 om hvordan samfunnet har endret seg, gjennom hva ungdom er opptatt av. I dette temaet inngår også hvordan helsesykepleierne ønsket å finne ut av egne holdninger, og reflektere over sitt eget ståsted. Tanker om at det kan være et stort ansvar overfor ungdommene, og hvordan de kan møte dem med hele seg, er sentrale funn i temaet.

4.5 Metodiske refleksjoner

4.5.1 Pålitelighet

Reliabilitet eller pålitelighet, innebærer å stille spørsmålet om hvor pålitelige dataene er innenfor forskningen. Det handler om hvilke data som brukes, hvordan de samles inn, og hvordan de bearbeides. Innenfor kvalitativ forskning er det mindre krav til reliabilitet. Det er oftest samtalen som styrer datainnsamlingen, og forskeren selv som er hovedinstrumentet med sin bakgrunn og erfaring (Johannessen et al., 2021). Forskeren, meg, vil være avgjørende for påliteligheten i oppgaven. Jeg har redegjort for min forforståelse, og mitt utgangspunkt som forsker. Påliteligheten til datainnsamlingen styrkes ved at alle informantene som har deltatt i undersøkelsen oppfyller alle kriteriene for å være med. De har fullført utdanningen som helsesykepleier, og de har erfaring med å møte ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. Jeg har også gjennomgått intervjuguiden sammen med veileder. Påliteligheten innenfor kvalitativ forskning kan styrkes ved å gi leseren en fullstendig og utfyllende redegjørelse for framgangsmåten i hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2021). Dette har jeg gjort gjennom å redegjøre for valgt metode, og lage en beskrivelse av framgangsmåten til prosjektet.

4.5.2 Troverdighet

Intern validitet handler om at metoden vi benyttet er troverdig, for å undersøke de dataene som er samlet inn (Johannessen et al., 2021). Innenfor kvalitativ forskning, handler

troverdigheten om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn, på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2021 s. 256). Jeg har redegjort for formålet med studien, og fulgt en metode som er godt egnet til studien. Det er en liten studie med få deltagere, troverdigheten kan styrkes ved at jeg har samlet informanter fra hele landet. Det kunne vært andre funn i studien, dersom alle informantene kom fra samme landsdel. Troverdigheten kan også styrkes ved å la en annen forsker se over datamateriale, for å se om de fortolker det på samme måte (Johannessen et al., 2021). Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven stadig reflektert sammen med min veileder om formål og funn. Men det er kun jeg som har lest datamateriale, og kanskje kunne andre funn vært belyst dersom en annen forsker hadde analysert det samme materialet.

4.5.3 Overførbarhet

Ekstern validitet innebærer om resultatene fra forskningen kunne vært overført til et lignende fenomen. I analysedelen skal kodene konstrueres, og det dannes et nytt meningsinnhold (Johannessen et al., 2021). Forskeren må kunne argumentere for at tolkningen i en studie, kan ha relevans i andre sammenhenger. Tolkningen av datamateriale skal vekke en viss gjenkjennelse hos leseren, og det skal finnes lignende funn i andre studier (Thagaard, 2009). I diskusjonsdelen av oppgaven vil det diskuteres funn opp mot valgt teori, og tidligere forskning. Mange av artiklene er skrevet av og for helsesykepleiere, og vil da være kvalitetssikret innenfor faget.

4.5.4 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet handler om objektivitet, og hvordan forskeren redegjør for alle beslutninger i forskningsprosessen. Forskeren må være selvkritisk, og det er sentralt å kommentere egen forforståelse, og beskrive hvordan prosjektet er utført. Videre vil bekræftbarheten påvirkes av at forskeren har redegjort for sine tolkninger i prosjektet (Johannessen et al., 2021). Jeg har gjennom oppgaven gjort rede for de valg som er tatt, og begrunnet de ytterligere under hvert kapittel. Jeg har vært nøye med å påpeke at jeg som forsker er helt fersk, og at dette påvirker studien i sin helhet.

5 Funn og diskusjon

Seks helsesykepleiere ble intervjuet i denne studien, med hensikt å besvare problemstillingen «*Hvilke erfaringer har helsesykepleiere i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet?*». Forskerspørsmålene ble utarbeidet i en fram- og tilbake prosess, mens jeg skrev funn og diskusjonsdelen.

Det første forskningsspørsmålet: «*hvilke erfaringer har helsesykepleier i relasjonsarbeid, med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet?*» ble utarbeidet på bakgrunn av informantenes betraktninger om relasjonens betydning i møte med ungdom. Det andre forskningsspørsmålet: «*hva mener helsesykepleier skal til, for at ungdommer med spørsmål om kjønnsidentitet opprettholder god helse?*», ble til da flere av informantene sa at det å fremme helsen var det viktigste, ikke det å nødvendigvis definere hvilket kjønn, eller hvilken identitet ungdom som kom til dem hadde. Det tredje forskerspørsmålet: «*på hvilken måte kan helsesykepleier tilpasse seg samfunnets endringer, knyttet til spørsmål om kjønnsidentitet fra ungdom?*», ble til på bakgrunn av at jeg stilte spørsmål til informantene, om de hadde sett noen endringer i hva ungdom var opptatt av. Jeg hadde i utgangspunktet ikke tenkt at samfunnsendringer ville ha så stor betydning, men jeg forstod at det var en viktig del av informantenes erfaringer.

Det kommer frem tre tema i analysen; «vi tåler å høre det du har på hjertet», «sjef i eget liv», og «et fag i stadig utvikling». Hovedfunnene presenteres først i hvert delkapittel. Videre diskuteres funnene mot valgt teori, og tidligere forskning. Gjennom diskusjonsdelen vil jeg forsøke å besvare problemstillingen, ved hjelp av forskerspørsmålene.

5.1 Vi tåler å høre det du har på hjertet

Det første temaet handler om at informantene formidlet at det var ingenting som ungdommene ikke kunne komme med til dem. Informantene i studien var opptatt av å gå rundt i klassene og presentere seg, og være åpne for at alt kunne tas opp i møte med dem. Informantene fikk spørsmål om hvordan ungdommene ble satt i kontakt med dem, og det kunne være via lærere, foreldre, medelever, eller de kunne komme av seg selv. Alle

informantene var opptatt av å være synlig i skolemiljøet, og informere i klassene om hvem de var, og hva elevene kunne prate med dem om. Samtlige informanter hadde eget tilgjengelig kontor, hvor ungdom kunne oppsøke dem for drop-in timer. I tillegg hadde mange egne opplegg hvor det var muligheter for ungdom å sende SMS for å bestille time. De fleste informantene deltok på foreldremøter, hvor de presenterte seg for foreldregruppa. En av informantene formidlet det slik:

«Vi må være liberale og fri i vår måte å kommunisere med ungdommene, vi prøver å være direkte i grunn, for eksempel når vi informerer i klassen: hva kan de komme til skolehelsetjenesten med? Vi sier at det er ingenting de ikke kan komme med»
(Informant 4)

Alle informantene hadde erfaring med å snakke med ungdommer som undret seg over egen kjønnsidentitet. Noen gav uttrykk for at de ikke var så gode på hva det handlet om, men at de forsøkte å lytte til ungdommens tanker. Ungdommene som var opptatt av temaet kjønnsidentitet, hadde ofte lest seg opp på internett, og hadde forberedt mange spørsmål om egen identitet. Flere av informantene formidlet at de så en økning av ungdom kom til dem etter seksualundervisninga. Alle informantene som hadde ansvar for seksualundervisningen, fortalte at kjønnsidentitet var en del av denne. En av informantene sa at det ikke ble viet så mye tid til temaet, da undervisninga bare varte en time.

Helsesykepleierne fikk spørsmål om hvordan de gikk fram i samtalene. Både når de visste hva som var tema for samtalen, og når de ikke visste det. Ofte visste ikke helsesykepleierne hva ungdom egentlig ville prate om, det kunne komme etter hvert. Ungdommene måtte bli trygge før de turte å åpne seg, og fortelle hva det egentlig handlet om. En av informantene sa at når ungdommen først hadde åpnet seg, så fantes det nesten ikke grenser for hva de delte. Tillitt var en sentral del som alle informantene snakket om. På spørsmålet som handlet om hvordan helsesykepleier får tillit hos ungdommene, var det flere som mente at kommunikasjon og relasjon var viktig. En informant sa det slik:

«For å få tillitt må vi tørre å spørre, vise at vi kan stå i det. I noen tilfeller er det en del skam. De har ikke fortalt det til noen før, og det er vanskelig for dem. Det å skape den tillitten er bare så viktig. Det handler om relasjonsbygging»
(Informant 2)

En av informantene var opptatt av å tolke elevenes kroppsspråk, se hvordan de pratet og hvordan de satt. Hun sa at det vises fort om eleven syns det er ubehagelig å prate om usikkerhet rundt egen kjønnsidentitet. Hun formidlet videre at det er viktig å ikke presse eleven til å fortelle, men prate litt rundt temaet for å skape trygghet i situasjonen. Det var viktig for informantene å la ungdom selv velge hvor mye de skulle dele med dem. En informant sa følgende:

«Jeg blir å spørre om en del ting, og dersom du opplever det som ubehagelig må du selv sette grenser for hva du vil dele».

(informant 6)

Det viser at informantene var opptatt av at ungdom ikke skulle oppleve møtet med de som ubehagelig, eller at ungdom skulle føle at de delte for mye av sitt privatliv med dem.

5.1.1 Trygghet og tillitt i møte med ungdommene

Videre diskuteres funnene i det første temaet «vi tåler å høre det du har på hjertet», opp mot valgt teori og tidligere forskning.

5.1.2 Formidle trygghet i møtet

Informantene som deltok i studien, hadde mellom 10-30 års arbeidserfaring. De var opptatt av å formidle trygghet i møte med ungdommene. Gjennom utdanningen, har helsesykepleierne fått en avansert kunnskap om relasjonsbygging og kommunikasjon med barn og unge. De skal formidle trygghet og tillitt, i møte med dem de møter i sitt arbeid (*Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanningen*, 2021). Funnene fra analysen viser at helsesykepleierne var opptatt av relasjonen til ungdommene som kom til dem. Både ved å formidle at det var trygt å prate med dem, og at de satt grenser for at ungdom selv bestemte hvor mye de ville dele med dem. Dette er i tråd med hva Clancy og Svensson (2010) har sett i deres studie av relasjonens betydning. Det var viktig for ungdom at møtet med helsesykepleier var på deres premisser, og det er helsesykepleiers ansvar å legge til rette for at ikke eleven utleverer seg i større grad enn tenkt (Clancy & Svensson, 2010).

Når ungdom selv fikk bestemme tema for samtalen, kunne det være positivt for den videre relasjonen. Helsesykepleier kan bidra til å skape trygghet i møtet, gjennom sin kunnskap og

sin personlighet (Clancy & Svensson, 2010). Funn fra analysen, viser at informantene var opptatt av å skape trygghet i møte med ungdom som kom til dem. Relasjonens betydning er viktig for den videre arbeidsalliansen mellom helsesykepleier og elev (Moen, 2019). Ut fra valgt teori, kan det se ut som at en helsesykepleier som har evne til å lytte, og til å forstå den andre, er avgjørende for å kunne bidra til en positiv utvikling hos eleven (Eide & Eide, 2004).

Det som menes med en positiv utvikling hos eleven, kan knyttes opp mot det helsefremmende arbeidet. Eleven som kommer til helsesykepleier med spørsmål om kjønnsidentitet, kan ha et ønske om å fremme blant annet egen livskvalitet, trivsel, levekår, tilhørighet og helse (Garsjø, 2018). For at helsesykepleier skal inngå i en arbeidsallianse med ungdom, og bli kjent med dem, har jeg trukket fram Moen (2019). Hun fremhever betydning av den dialogiske prosessen i møte med ungdom. I hennes studie er det tre punkter som vil bidra til å hjelpe helsesykepleieren i møte med ungdom, for å kunne identifisere utfordringer, og følge opp disse. 1) identifisere de små tegn som ungdommen kommer med, 2) allianse- og relasjonsbygging, 3) intervensjon (Moen, 2019).

Informantene i studien sa at ungdom ofte kom etter seksualundervisninga, og det kan være et tegn som ungdom gir i møte med helsesykepleier. Funnene fra analysen sier også noe om at mange av de elevene som kom til dem, hadde lest seg opp om temaet kjønnsidentitet på forhånd. De visste hva de ville snakke om, men de måtte prøve seg litt fram for å se om det var trygt å fortelle hva de tenkte på. Allianse- og relasjonsbyggingen handler om å ha tid nok til å etablere tillit, og ha en allianse med ungdommen, for å skape en trygghet i situasjonen (Moen, 2019).

Funnene fra analysen sier noe om at informantene var opptatt av relasjonen med ungdom, og at når de først hadde åpnet seg var det nesten ikke grenser for hva de fortalte. Moen (2019) skriver at det først er når helsesykepleier har funnet ut hva som egentlig plager ungdommen, at de sammen kan finne fram til en hensiktsmessig intervensjon. I den første tiden er det en balansegang mellom å ikke presse ungdommene til å fortelle noe som er vanskelig, og å hjelpe de til å finne ord og uttrykk for å forklare hvordan de har det (Moen, 2019). Ut fra denne modellen kan det tenkes at når relasjonen og tilliten er på plass, er det klart for å gjøre tiltak som kan bidra til at ungdom får det bedre med seg selv og sin kjønnsidentitet.

Personer med en sterk opplevelse av sammenheng (heretter omtalt som OAS), kan være en person med en sterk identitet, og et sterkt selv. Det er ikke dermed sagt at identiteten til disse personene er uforanderlige (Antonovsky, 2012). I ungdomsalderen foregår det en rekke fysiske, psykologiske og sosiale endringer (Waaktaar, 2019). Ungdom som opplever endringene som u håndterlige og ubegripelige, kan være kjennetegn på en person med svak OAS. Disse ungdommene vil kunne kjenne på en svak identitet og et svakt selv. Det kan i mange tilfeller være disse personene som oppsøker helsetjenester (Antonovsky, 2012). OAS drøftes videre i delkapittel «6.2.3: Hva er ungdommenes behov».

Det var viktig for informantene å fortelle ungdom at de ikke skulle føle skam over hva de tenkte. Dette er i samsvar med hva Eide og Eide (2004) sier om kommunikasjon. For at ikke relasjonen skal svekkes er det viktig at kommunikasjonen er kongruent. Det vil si at det som sies muntlig, henger sammen med det som uttrykkes gjennom kroppsspråk og mimikk (Eide & Eide, 2004). Funn fra min studie viser også at helsesykepleierne var opptatt av hvordan de fremstod ovenfor elevene. Dette kan samsvare med studien til Svendsen, et. al. (2018), hvor ungdom som har en annen kjønnsidentitet, forteller at de opplevde det som vanskelig å formidle dette til utenforstående og helsevesenet. Dette på grunn av de mange begreper som finnes, og av redsel for å bli generalisert eller misforstått (Svendsen et al., 2018). Det kan se ut som at det å ikke presse ungdom til å sette ord på vanskelige ting, før de er klar for det, er viktig for den videre arbeidsalliansen (Moen, 2019).

Funn fra analysen viser at informantene i studien, ikke alltid visste hva ungdom ville prate med dem om når de kom til dem. Dette samsvarer med studien til Clancy (2011). Hun skriver at i skolehelsetjenesten må helsesykepleier være forberedt på at alt kan komme, det er ikke som på helsestasjonen for de minste, hvor det følges egne retningslinjer med planlagte konsultasjoner (Clancy, 2011). Studier viser at det kan oppleves som stressende for helsesykepleier, å ikke vite hva tema for det neste møtet er (Tollefsen et al., 2020). Funn fra analysen viser at informantene hadde erfaring med å snakke med ungdom som undret seg over egen kjønnsidentitet, men at de ikke alltid følte at de var så gode til å forstå hva det handlet om. I disse tilfellene sa en informant at hun forsøkte å lytte til hva deres tanker innebar. Å lytte til en persons livshistorie og fortelling, gjør noe med hjelperen følelsesmessig. Å lytte, bekrefte og utforske, vil videre medføre et forpliktende samarbeid om å hjelpe personen (Eide & Eide, 2004). Å føle ansvar for en annen kan sees i sammenheng med studien til Clancy og Svensson (2007). Helsesykepleier har fått en historie, en del av en

annen persons liv i sine hender. Og det forplikter et ansvar til å gjøre noe for å hjelpe personen (Clancy & Svensson, 2007).

Funnene fra analysen viser at informantene var opptatt av å tolke ungdommens kroppsspråk, for å se om dette var noe de syntes det var ubehagelig å prate om. Skolehelsetjenesten er i en unik posisjon til å hjelpe ungdommene som strever med kjønnsidentitet, da de er i kontakt med alle elever (Ancheta et al., 2020). Informantene hadde flere muligheter for elevene til å komme i kontakt med dem. Både det å være synlig i skolemiljøet, og være tilgjengelig for drop-in timer, ble ansett som viktig for å ha et lavterskeltilbud. Ved systematiske helsesamtaler med alle elevene på 8. trinn, vil det være mulighet for å etablere en relasjon videre gjennom ungdomsskolen (Helsedirektoratet, 2017). Det vil også her være en unik mulighet for å snakke om kjønn og identitet. I midlertidig er åpenhet en balanse som må vurderes i hvert enkelt møte (Clancy & Svensson, 2010). Det kan se ut som, ut fra funn i analysen, at det er opp til helsesykepleier å prøve seg fram, for å se hvor mye hver enkelt ungdom vil dele av sitt eget liv og sine tanker. Så blir det opp til hver enkelt helsesykepleier, å sette grensene for når de skal bytte tema for samtalen, eller vurdere om relasjonen er tillitsfull nok til at eleven ønsker å dele av sitt private følelsesliv.

5.1.3 Tillit i møte med skolehelsetjenesten

Alle informantene var opptatt av å være tilgjengelig for elevene. Noen av informantene var også ansvarlige for seksualundervisningen på ungdomsskolen. Alle informantene hadde mulighet for drop-in tilbud på skolene, og det var litt ulike måter ungdommene ble satt i kontakt med dem. En av informantene sier at hun har ansvar for en hel skole, og at dørene stadig blir rent ned hos henne. Det kan være utfordrende å ha tid til drop-in tilbud slik som retningslinjene anbefaler, og regjeringen har derfor bevilget midler for å styrke skolehelsetjenesten (Departementene, 2017-2022). Informantene formidler at elevene måtte komme flere ganger, før de klarte å åpne seg og fortelle hva de egentlig ønsket å snakke om. Retningslinjene for skolehelsetjenesten uttrykker viktigheten av mulige bakenforliggende årsaker til at ungdommen tar kontakt. Det bør derfor tilbys flere samtaler dersom en mistenker psykiske plager, eller har andre bekymringer for ungdommen (Helsedirektoratet, 2017).

Relasjonsbygging handlet i stor grad om tillit til helsesykepleier. Trygghet og tillit kan skapes gjennom trygge rammer, og i mellom relasjonen til helsesykepleier og elev (Tveiten, 2016). Funnene fra analysen viser at helsesykepleierne hadde egne tilgjengelige kontorlokaler, som

kan bidra til å skape en fysisk trygghet. Helsesykepleierkontoret på skolen består mest sannsynlig av en kontorpult, og en stol hvor helsesykepleier arbeider. I tillegg er det kanskje en sofa, og noen stoler. Da helsesykepleier også er ansvarlig for vekt og lengde, er det sannsynlig at det også befinner seg en vekt på kontoret, og en høydemåler. Dette er i samsvar med hva Clancy (2015) formidler i sin studie. Når eleven kommer inn på kontoret, befinner han eller hun seg i et annet landskap, et kontor som er annerledes enn det vanlige klasserommet. Det ligger kanskje en forventning imellom de fysiske objektene, hva som skal sies, og hva det skal ties om (Clancy, 2015). På den ene siden ligger ungdommens behov for å fortelle om egen situasjon, og de kan føle at hjelpen ikke kommer fort nok (Aaserud, 2021). På den andre siden har helsesykepleier et moralsk ansvar i form av egen moral og etikk. Hun er den som møter eleven, og må sørge for at eleven har forstått og mottatt informasjonen hun gir (Brinchman, 2008).

Når informantene forteller at det nesten ikke finnes grenser for hva ungdom delte med dem, kan det samsvare funn gjort av Clancy og Svensson (2010). De skriver blant annet om etiske spørsmål, om hvor vidt det er helsesykepleiers ansvar å ikke la ungdom utlevere seg i større grad enn tenkt. Det å være åpen uten å være invaderende, og lukke et samtaleemne uten å være avvisende er en balansegang (Clancy & Svensson, 2010). Det kan tenkes at i møte mellom helsesykepleier på skolen, og ungdom som kommer til henne med spørsmål om kjønnsidentitet, ikke alltid har behov for konkrete løsninger. Ungdom kan noen ganger ha behov for å prate med en trygg person som de stoler på, for å tømme hodet for vanskelige tanker. Relasjonens betydning er da sentral. Og hvordan helsesykepleier møter dem, med egen personlighet, og nærvær kan være viktigere enn å finne svar på sine spørsmål (Clancy & Svensson, 2010).

Funn fra studien viser at mange av elevene som kom til helsesykepleier, hadde lest seg opp på forhånd, og flere av informantene merket at ungdommene kom etter seksualundervisninga. Det varierte litt mellom informantene hvor mye tid som ble viet til kjønnsidentitet i seksualundervisning, men alle bekreftet at det var et tema. Marianne Støle-Nilsen er kjent som rådgiver i Sex og Samfunn, og har blant annet skrevet masteroppgave med tema seksualundervisning. I hennes masterarbeid fra 2017, trekkes det fram en egen tilnærming kalt «kjønns- og mangfoldstilnærmingen». Denne tilnærmingen sier at alle kjønn skal likestilles i seksualundervisningen. Da dette er nyere forskning, bekrefter Støle-Nilsen (2017) at praksisen ikke er kommet godt nok i gang, spesielt blant lærere som har ansvar for

seksualitetsundervisningen (Støle-Nilsen, 2017). Læreplanens kompetansemål, sier at elever innen utgangen av 10. klasse skal kunne diskutere problemstillinger knyttet til kjønnsidentitet og seksualitet. Blant annet er det overordnede målet, å styrke selvfølelsen til barn og ungdom, og ha respekt for identitet (*Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017-2022, 2017-2022*). I de nasjonale retningslinjene for skolehelsetjenesten skal undervisning om seksualitet, bidra til å fremme det psykososiale miljøet blant elevene og hindre mobbing (Helsedirektoratet, 2017). Når elevene i kom etter seksualundervisninga, kan det kanskje tyde på at de ikke fikk god nok informasjon om kjønnsidentitet i timen. Det kan også indikere at de tenkte helsesykepleier var en kunnskapsrik person, som de følte det var trygt å prate med om temaet.

5.1.4 Oppsummerende refleksjoner

Funnene viser at ungdom som har spørsmål om kjønnsidentitet, ofte måtte bli trygge før de turte å åpne seg. Noen ganger måtte helsesykepleier være avventende, og vurdere om dette var noe ungdom syntes var ubehagelig å snakke om. Ved å tolke elevens kroppsspråk, og være bevisst bakenforliggende årsaker til samtalen, kunne helsesykepleierne inngå en arbeidsallianse sammen med elevene. Helsesykepleierne var opptatt av relasjonen i møte med ungdom. Å ha et eget kontor, kunne bidra til å skape trygge rammer for en samtale, men kan også skape forventninger for eleven. Det er da helsesykepleiers ansvar at ikke eleven utleverer seg i større grad enn tenkt. Å være synlig i skolemiljøet og være tilgjengelig, for elevene ble sett på som tillitsskapende. Samtidig kunne det også være utfordrende å ha tid og ressurser til å være tilgjengelige for elevene. Seksualundervisningen fremstod som en fin anledning for helsesykepleierne å ta opp mangfoldet av kjønnsidentiteter. Det bekreftes ved at mange elever tok kontakt i etterkant av undervisninga. En barriere kunne være at noen steder var det avsatt lite tid til seksualundervisning. Her kan det tenkes at lærerne kunne bidratt for at kompetansemålet til 10. trinn skal nåes. Samarbeid med andre faggrupper diskuteres videre i kapittel 6.3.2.

5.2 Sjef i eget liv

Det andre temaet handler om hvordan informantene sa de måtte lytte til hva ungdommene formidlet at de hadde behov for, og gjøre individuelle vurderinger i hvert enkelt møte. Å la ungdom få mulighet til å ta ansvar for eget liv, og ha mulighet for god helse er sentrale deler av funnene i dette temaet. En informant forteller:

«... Faktisk så kan det være slik, at du som jente eller gutt, kan ha en annen tanke. At jeg er født gutt, men ikke er gutt. Hvem er jeg da? Prøve å legge det fram slik for ungdommene, så er det kanskje noen som tør å prate med noen om dette temaet».

(Informant 5)

Informantene var opptatt av at ungdom selv skulle få lov til å fortelle, men noen ganger behøvde de litt hjelp til å komme i gang. Selv om flere av informantene ofte ønsket å involvere foreldrene, var det mange ungdommer som syntes det var vanskelig. En av informantene sa at det var spesielt tøft, når hun så at ungdom hadde behov for støtte hjemmefra, men ikke fikk det. Det å ha en identitet som man trives med, ble nevnt av flere informanter, og hvor viktig det var for å ha god helse. En informant sa følgende:

«Alle har rett til et godt liv, det er viktig at vi har det som bakteppe, i stedet for å lete etter sykdom og uhelse. Vi må forsøke å fremme helsen, og få fram det beste i hver enkelt. Det er nøkkelen»

(Informant 4)

En av informantene fortalte om en positiv erfaring hun hadde, hvor det var flere elever hun hadde samtaler med på samme tid. Hun opplevde selv at hun ikke kom noen vei i disse samtalene, så da spurte hun hver enkelt elev, om hun kunne informere de andre om at det var flere om følte det på samme måte. Helsesykepleieren hjalp til med å danne en «trans-gruppe», og etter det hadde ingen av de mer behov for å snakke med henne. Informanten uttrykte at nå hadde de hverandre å snakke med. Hun syntes det var fint å se at de fant et fellesskap med hverandre, og ikke lengre behøvde hennes hjelp.

En annen fortalte om en utfordrende erfaring, hvor hun kjente til noen elever som hadde et ønske om å bytte kjønn. I denne situasjonen opplevde informantene at elevene tok egne veier når det kom til måter å uttrykke sitt kjønn på. Informanten syntes det var vanskelig å være støttespiller for disse elevene. Hun fortalte at dersom hun hadde kommet i posisjon til å veilede tidligere, så hadde hun opplevd situasjonen enklere i ettertid.

En av informantene hadde hjulpet ungdommer med praktiske løsninger, for eksempel med hvordan de skulle få hjelp hos lokal bandasjist. I tillegg hadde hun informert om rettigheter, og bidratt med hjelp til å skifte juridisk kjønn. Det å skaffe hjelpemidler var det flere av

informantene som tok opp. En annen informant sa at de hadde en erfaringskonsulent som var veldig hjelpsom med de elevene som behøvde råd, eller veiledning for å kle seg eller skjule spesielle kjønnskarakteristika. Flere av informantene sa at dersom de ikke hadde nok informasjon, så måtte de søke etter informasjon på internett for å lære mer om kjønnsidentitet. Det å finne gode og trygge nettsteder for elevene var viktig for informantene. Alle informantene var opptatt av at ungdommene skulle forstå at helsesykepleier har taushetsplikt, og at informasjonen de delte ikke ville bli spredt til andre, eller til foreldrene. To av informantene nevnte at de pleide å informere om varslingsplikt, men i samtaler med ungdommene som ville snakke om kjønnsidentitet, var det sjeldent grunnlag for det. En informant uttrykte det slik:

«Jeg starter alle samtaler, når det er den første samtalen, med å fortelle at jeg er helsesykepleier, og at jeg har taushetsplikt. At de er helseettslig myndig, og at jeg ikke skal ta kontakt med foreldrene deres».

(Informant 6)

På spørsmål om hvordan informantene opplevde å bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk sa noen av informantene at det kunne være utfordrende. Mens andre tenkte at det var helt greit. Dersom ungdom ikke visste selv hva de identifiserte seg som, fortalte informantene at, «hen» var greit å bruke. Ellers sa en at det er jo bare å kalle de for navnet deres, det er jo det de heter. En informant sa følgende:

«Jeg synes helt ærlig at det kan være utfordrende å benytte et kjønnsnøytralt språk i hverdagen. Vi som arbeider med ungdommene forsøker å være bevisst på det, men det er vanskelig noen ganger. Vi pleier ikke å bruke pronomenet «hen». I undervisninga pleier vi å bruke «de av oss som er», vi prøver, men det er ikke alltid det blir naturlig»

(Informant 4)

En av informantene sa at det kunne være stressende å tenke at dersom hun brukte feil kjønnspronomen, kunne samtalen låse seg helt. To av informantene opplevde det å bruke «hen» som unaturlig i møte med ungdom.

En informant sa at hun ønsket mer søkelys på kjønnsidentitet både på skolen, og generelt i samfunnet. Det fremstod som om det var noe ulik praksis i de forskjellige kommunene. I en

av kommunene tok de opp temaet kjønnsidentitet allerede i barnehagen, og fulgte det jevnlig opp gjennom årene. I en annen kommune hadde helsesykepleierne ansvar for å arrangere Pride-uke på skolen. Informanten som hadde den erfaringen, opplevde det som veldig positivt. Hun sa at i etterkant var det flere ungdommer som kom bort til dem og fortalte sine historier fra hvordan det var å være skeiv eller trans.

5.2.1 Å forstå hva ungdommene har behov for

I dette avsnittet diskuteres funn fra «sjef i eget liv» opp mot valgt teori og tidligere forskning.

5.2.2 Tilpasset informasjon og taushetsplikt

Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, viser til at helsesykepleiere skal ha kunnskaper om variasjoner i kjønn og seksualitet (Helsedirektoratet, 2017). Det kan se ut som at definisjonene for de ulike kjønnsidentiteter er i stadig endring. Studien til Svendsen et. al (2018) viser til at ungdom stadig lager nye begreper for kjønnsidentitet. Informantene i studien uttrykte at det ikke var lett for ungdom selv å vite hva de skulle definere seg som. Helsesykepleier kan i dag møte på ungdom som definerer seg med en rekke nyord, og det kan være utfordrende å følge med på disse (Svendsen et al., 2018). Mer om nye begreper senere i oppgaven.

Retningslinjene for personer med kjønnsinkongruens, sier at alle delene av helsetjenester skal respektere mangfoldet av kjønnsidentiteter. Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig, og ivareta pasientenes rett til medvirkning og selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2020). Funn fra analysen viser at det å legge til rette for at elevene skal kunne ta egne valg basert på tilpasset informasjon, ble ansett som viktig. Autonomi innebærer retten til å bestemme over eget liv. Barn over 16 år har rett til dette, mens de under 16 år har rett til å bli hørt i saker som angår dem. For at barnets stemme skal bli hørt, forutsetter det at informasjonen er gitt og forstått. Når det kommer til barn, kan det hende de er i behov for å få informasjonen flere ganger, og informasjonen må være tilpasset deres språk og utviklingsnivå (Aaserud, 2021).

Funnene viser at informanten som informerte eleven om rettigheter og muligheter, vil bidra til at eleven kan være med å ta beslutningen, om hva som føles best for denne. I hennes formidlingsevne og væremåte, vil hun kunne forsikre seg om at eleven har forstått den informasjonen som blir gitt. Å møte eleven på en god måte, innebærer at informasjonen som blir gitt er tilpasset og forståelig (Brinchman, 2008). En av informantene fortalte at elevene

ofte hadde vært på internett og sosiale medier, og at hun var opptatt av å hjelpe de til å finne faglig gode nettsteder. Flatnes (2018) viser til at ungdom som er på internett og sosiale medier, kan ofte møte likesinnede, og ha noen å dele erfaringer med (Flatnes, 2018). Barn og unge i dag bruker mer tid på sosiale medier, enn de bruker sammen med familie og venner (Waaktaar, 2019). På en annen side kan bruk av sosiale medier gi følelse av tilhørighet og styrke identiteten. Ungdom som synes det er vanskelig å finne likesinnede i lokalmiljøet, kan oppleve å finne tilhørighet og vennskap på internett (Helleve & Klepp, 2017).

De fleste informantene arbeidet i ungdomsskolen, og noen på videregående skole. Det vil si at arbeidet primært var rettet mot ungdom under 16 år. Helseerettslig myndighetsalder er 16 år i Norge, da kan ungdom selv velge hvilken informasjon om sin helse som de vil dele med foreldrene (Barne- og familiedepartementet, 2020). Mange av informantene hadde en dårlig opplevelse med å involvere foreldrene i ungdommens liv, når det var spørsmål om kjønnsidentitet. Informantene beskrev det som en uheldig barriere, da de gjerne ville inkludere foreldre og foresatte, i ungdommens tanker og spørsmål. Ifølge studien til Ceatha et al. (2021) viser det seg at støtte fra familie, foreldre eller omsorgspersoner er en viktig beskyttelsesfaktor hos ungdom som opplever utfordringer med egen kjønnsidentitet (Ceatha et al., 2021). I samfunnet ellers, er det fremdeles 18 % som er skeptiske til personer som har et kjønnsuttrykk eller kjønnsidentitet som ikke samsvarer med heteronormative forventninger. Det kan ha sammenheng med «foreldregenerasjonens» opplevelse av hva kjønn innebærer (Kulturdepartementet, 2021).

Funn fra analysen viser at taushetsplikten ble ivaretatt, og det var informantene opptatt av å formidle også til ungdommene. Taushetsplikten er godt forankret i alt helsepersonell. Den innebærer at helsepersonell skal hindre at uvedkommende får opplysninger om en persons sykdomsforhold, eller private forhold som de får gjennom sitt arbeid (*Helsepersonelloven § 21* 2021). Taushetsplikten er en del av tilliten til helsepersonell, og befolkningen skal være sikre på at deres opplysninger ikke blir delt videre (Lunde, 2008). I midlertidig skal helsepersonell gi informasjon til foreldrene, når det er nødvendig for at de skal kunne oppfylle foreldreansvaret, helt opp til 18 års alder (Haugland, 2017). Funn fra studien viser at helsesykepleierne var opptatt av at informasjonen ikke skulle deles med foreldrene, dersom eleven selv ikke ønsket dette.

Når helsesykepleieren forteller at hun følte at det var nødvendig med støtte hjemmefra, mulig for å bevare elevens helse, ville det da vært nødvendig å forsøke å inngå et samarbeid med foreldrene? Det kan se ut som at det å avklare hvilke opplysninger som formidles videre, bidrar til at ungdom vil samtykke til det (Haugland, 2017). Det er ikke dermed sagt at foreldrene må eller nødvendigvis bør informeres, det må gjøres individuelle vurderinger ut fra elevens ønske og hjemmesituasjon. Dersom helsesykepleier mener at det å informere foreldrene kan bidra til mer skade, skal hun ikke gjøre det. Og det gjelder spesielt dersom eleven selv ikke ønsker det (Aaserud, 2021).

5.1.1 Hva er ungdommens behov?

Funnene viser at informantene var opptatt av å spørre ungdommene hva de hadde behov for. Ungdom som oppsøker helsetjenesten med spørsmål om egen kjønnsidentitet, kan ha mange ulike «bestillinger» til hjelperne. Noen har hatt et langvarig og sterkt ønske om å endre kroppen, for at den skal samsvare med det kjønn de opplever seg som. Mens andre igjen kan være ambivalente og usikre, og kanskje har de kun et ønske om å utforske ulike kjønnsuttrykk, og behøver støtte og veiledning i dette (Aaserud, 2021).

Funn fra studien viser at helsesykepleierne var oppmerksomme på å spørre ungdom om det var praktiske løsninger de kunne hjelpe til med. En av informantene nevnte spesielt hvordan hun hadde hjulpet ungdom med å finne fram til en lokal bandasjist. Det kan støttes i hva Aaserud (2021) sier, om fasene i å utforske egen kjønnsidentitet. Hjelp og behandling til barn under 18 år som opplever kjønnsinkongruens, kan deles i tre trinn. Det første, som også helsesykepleier kan bidra med i en tidlig fase, er å hjelpe ungdommen til å leve som det kjønn de ønsker å være. De neste trinnene handler om pubertetsblokkere og cross-sex hormoner og kirurgi (Aaserud, 2021).

Funnene fra analysen, viser at helsesykepleierne generelt var positive, når ungdom ønsket å kle seg i det kjønn de identifiserte seg som. Men en av informantene forteller om en bekymring, når ungdommene valgte å gå en egen vei, og gå «all in» med sosial transisjon nesten over natten. Informanten hadde en erfaring i dette møtet som gjorde at hun ble bekymret, og tenkte at hun ikke hadde vært en god nok veileder for dem. Dette kan sees i sammenheng med det etiske ansvaret som helsesykepleier har i sin arbeidshverdag. Det å kjenne på et stort ansvar i møte med ungdom som kommer til dem, er ikke uvanlig i et selvstendig yrke som helsesykepleier (Tollefsen et al., 2020). Mer om dette senere.

Sosial transisjon innebærer at barnet eller ungdommen, lever som det kjønn de identifiserer seg som. Noen har gjort dette over mange år, allerede fra barnealder. Mens andre har et ønske om å gjøre det (Aaserud, 2021). Det fremkommer ikke fra funnene hvor lenge elevene som helsesykepleier hjalp med praktiske løsninger, hadde hatt et ønske om å kle seg som et annet kjønn. Sosial transisjon kan gjøres på flere måter, noen velger å bytte navn og endre juridisk kjønn. Mens andre ønsker bare å endre hårfrisyre eller klesdrakt. Barn og ungdom som er hardfør, og som tåler mulig negative kommentarer, klarer seg som regel bra i denne fasen. For andre igjen, kan det by på en rekke utfordringer (Aaserud, 2021). Salutogenese er en indikator for å definere hva som bidrar til å holde oss friske. Gjennom livet dannes stadig nye livserfaringer, og hvordan disse møtes og håndteres, kan bidra til å danne grunnlag for et godt liv med god livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015). Som funnene også sa noe om, så kan sosial transisjon være utfordrende, både for ungdom selv og de som står rundt dem. Studier viser at det å «komme ut», med sin identitet er en stor livshendelse. Hvordan en blir møtt av omgivelsene er av stor betydning for videre åpenhet, og relasjon til de nærmeste (Eggebø, Stubberud & Anderssen, 2019).

Funn fra analysen viser at å fremme helsen var det viktigste, å få fram det beste i hver enkelt elev. Det å ha en identitet som en trives med, ble nevnt av flere. Helsefremmende arbeid innebærer å se etter det positive, helse, livskvalitet og beskyttelsesfaktorer. For å arbeide helsefremmende, rettes fokuset mot det som fungerer og som bidrar til god helse (Garsjø, 2018). Informantene nevnte at det å ha støtte hjemmefra var svært viktig, og de opplevde at elevene som hadde det klarte seg bedre. Helse er også et relasjonelt begrep, og påvirkes av samspillet mellom individ og miljø (Garsjø, 2018). Forskning viser at personer som opplevde manglende forståelse og støtte hjemmefra, opplevde dette som traumatiserende, og som en viktig del av deres livshistorie (Eggebø et al., 2019). Det kan bety at en slik hendelse bidrar til at personen utvikler negativ helse, gjennom manglende opplevelse av sammenheng (Lindström & Eriksson, 2015).

På en annen side behøver ikke det å bety at personen nødvendigvis utvikler negativ helse. Andre *friskfaktorer* kan være til stede i personens liv, gjennom et sosialt fellesskap med venner, forståelse og støtte hos andre voksne, tilhørighet og så videre (Garsjø, 2018). I midlertidig viser studien til Eggebø et. Al. (2019) at transpersoner som står frem i dag ovenfor familie og venner, generelt opplever mer åpenhet og støtte. Noe som kan bidra til at ungdom

som står fram med en annen kjønnsidentitet, i framtiden kan oppleve bedre helse. Regjeringen vil fortsette å følge med på utviklingen om å innføre en tredje kjønnskategori, men kommer ikke til å fremme forslag om dette per i dag (Helsedirektoratet, 2015).

Lærere, helsesykepleiere og andre voksne, kan gjennom sin måte å omtale kjønn og identitet på, være viktige rollemodeller for ungdommene (Støle-Nilsen, 2019). Funn viser at helsesykepleieren som oppmuntret elevene til å danne en egen «trans-gruppe», hadde positive erfaringer med det, og elevene hadde hverandre som støttespillere. Det indikerer også at det å være synlige og engasjerte i «Pride-uka», ble ansett som positivt både for helsesykepleierne og elevene. Studien til Ancheta et. al. (2020) viser til at skolen som en arena, kan være med å skape et positivt miljø, gjennom å ha struktur og bidra til støtte og trygghet. Her har skolehelsetjenesten mulighet til å bidra for å redusere stigmatisering, øke forståelsen blant medelever og lærere og respekt for hverandres identiteter (Ancheta et al., 2020).

Trivsel i skole- og arbeidsplass er viktig for en persons helse. Det å føle at en kan bidra til å påvirke egen situasjon, gjennom medvirkning og autonomi er positivt for trivsel og helse. Det å ha gode relasjoner og oppleve sosial støtte og anerkjennelse anses som nødvendig for god livskvalitet (Samdal, 2017). Mennesker med en sterk OAS opplever at livet er begripelig, håndterbart og meningsfylt. Dette bidrar til at de har en indre trygghet og tillit til egne ressurser, og ressurser i omgivelsene, til å håndtere livet på en helsefremmende måte (Lindström & Eriksson, 2015). Dette kan sees i sammenheng med den subjektive livskvaliteten til ungdom. Denne påvirkes av både ungdoms personlighet og gener, «top-down»-effekter, og ytre miljø, som ulike livshendelser, utdanning, samfunnsforhold m.m. «bottom-up»-erfaringer (Nes, 2017). Ut fra analysen, kan det se ut som den subjektive livskvaliteten til ungdom, er styrt både fra en indre motivasjon for å gjøre endringer. Eller fra ytre faktorer, når det kommer til å ha venner eller foreldre som de er fortrolige med.

Funnene fra analysen viser at noen av informantene mente det kunne være utfordrende å bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk. På den andre siden var informantene oppmuntrende ovenfor ungdom, til at de selv skulle å definere hvilket kjønn de ville omtales som. I retningslinjene for skolehelsetjenesten, fremkommer det at ungdom selv ønsker å bli møtt med åpenhet og tillit. Medbestemmelse er også viktig for elevene i møte med skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at barn som er i stand til å danne egne synspunkter, skal høres og gis informasjon. Det skal også

vektlegges hva barnet mener, og her tas utgangspunkt i alder og modenhet (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001). Forskning viser at bruk av riktig kjønnspronomen og navn, beskrives for ungdom som en anerkjennelse av dem som person (Flatnes, 2018).

Det første møtet med ungdommene bør innebære en avklaring hvor vi spør ungdommen hvilket navn de bruker, og hvilket pronomen de har. Vi bør også benytte kjønnsnøytrale uttrykk, om vi skal avklare ungdommens kjærlighetsliv og seksualliv (Aaserud, 2021). Det er i tråd med hva informantene fortalte. En av de sa at dersom de ikke vet hvilket pronomen de bruker, så kaller jeg dem for navnet deres. Det er jo det de heter. Det kan se ut til, ut fra funn i analysen at informantene var positive til at ungdom selv skulle definere eget kjønn, men i praksis kunne det være utfordrende for helsesykepleier å bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk. Dette samsvarer med hva ungdom erfarer når de står ovenfor helsetjenester. Ungdom selv ønsker at voksne skal ta i bruk kjønnsnøytrale pronomen, i hvert fall forholde seg til det på en respektfull måte. Forskning viser at ungdom som lever med en ikke-binær kjønnsidentitet, opplever det som utfordrende i møte med foreldre og andre voksne, å skulle definere hvilket kjønn de tilhører (Svendsen et al., 2018).

5.1.2 Oppsummerende refleksjoner

Funnene viser at informantene var opptatt av å lytte til hva elevene hadde behov for. Det viktigste for informantene, var at ungdom skulle opprettholde god helse og trivsel. Informantene ønsket å gi tilpasset informasjon, slik at elevene kunne ta valg som var best for dem og deres liv. I mange tilfeller ønsket ikke elevene at foreldrene skulle involveres, og dette ble av informantene beskrevet som en barriere. De var opptatt av å bevare elevenes autonomi, og overholde taushetsplikten. Informantene var stort sett positive til at elevene skulle få uttrykke kjønn på sin måte, og hjalp gjerne til med å informere om praktiske løsninger og rettigheter. I midlertidig kunne helsesykepleier kjenne på en maktesløshet, når elevene tok egne veier, og ikke ønsket råd eller veiledning. Det å benytte et kjønns- og legningsnøytralt språk i arbeidshverdagen var kjent for informantene, men kunne oppleves som utfordrende i møte med ungdom. De oppmuntret i midlertidig ungdom til selv og fortelle hva de ønsket å bli kalt av kjønnsidentitet, og kjønnspronomen.

5.2 Et fag i stadig utvikling

Tema 3 handler om at informantene i studien ønsket seg mer kunnskap om kjønnsidentitet, og ofte henvendte de seg til andre faggrupper for råd og veiledning. I tema 3 trekkes det også

fram hvordan ungdommenes eget syn på kjønn og identitet, har endret seg de senere årene. I tillegg er et sentralt funn hvordan helsesykepleierne i studien opplevde at deres holdninger og personlige meninger, måtte legges til side for å møte ungdom på best mulig måte.

Alle informantene forsøkte å sette seg inn i kjønnsidentitet som tema når de møtte elever som kom til de med spørsmål. Ved å lese på internett eller diskutere med andre faggrupper, kunne de finne relevant og oppdatert informasjon. De fleste informantene formidlet at de hadde for lite kunnskap om kjønnsidentitet, det når elevene kom til dem. Erfaring i å prate med ungdom generelt om seksualitet og identitet, var noe som hadde kommet underveis i årene de hadde arbeidet som helsesykepleier. En av informantene sa at det å snakke om seksualitet var helt vanlig for henne, men når det kom til kjønnsidentitet, måtte hun lese seg litt opp på temaet i forkant.

I tilfeller hvor en informant opplever at hun kan for lite om kjønnsidentitet, formidlet hun til elevene at de skulle finne ut av det sammen. Det å søke veiledning og råd hos andre faggrupper, ble nevnt av alle informantene. Flere av informantene hadde tilgang til sexolog, eller kunne drøfte problemstillinger med Sex og Samfunn. En av informantene sa:

«Underveis i prosessen, er det kanskje behov for å sette ungdommene i kontakt med noen som er mer profesjonell enn meg. Jeg har vært med å sette ungdommene i kontakt med sexolog»

(Informant 3)

Flere av informantene nevnte at de «ikke er eksperter på temaet», eller at «vi er ikke profesjonelle på dette». De fikk spørsmål om hvordan de tenkte at de med sin utdanning, kunne ha et grunnlag for å møte ungdommene som undret seg over egen kjønnsidentitet. Da sa alle at de hadde grunnlag for å møte ungdom, å lytte til dem, og høre hva de hadde behov for. Det ble nevnt av flere at det var fint med mulighet til å henvise videre i systemet. De fleste informantene hadde tatt flere kurs, både i hvordan de kommuniserer med ungdom, eller med Sex og Samfunn. Å ta kurs via ROSA-kompetanse, ble av en informant ansett som svært nyttig. Flere av informantene nevnte hvordan de selv måtte tenke over egne holdninger i møte med ungdommene. Det å fremstå som profesjonell, ble ansett som viktig av alle. Dersom man skulle ha personlige meninger om temaet, var det greit å holde det for seg selv. En informant uttrykte det slik:

«Vi er jo ulike som helsesykepleiere, mange har forskjellige holdninger til dette. Det er viktig å oppdatere seg på kunnskap og rett praksis. Vi kommer langt med å godta, lytte og bruke tid på elevene»

(Informant 5)

En av informantene sa at det å lytte og å være der var det viktigste, og ikke gi inntrykk av at det var rart eller ekkelt. Det å være der i forhold til ungdommenes behov, ble nevnt som essensielt. Alle informantene var enige i at erfaring i jobben, gjorde det lettere for dem å møte ungdom som hadde spørsmål om egen kjønnsidentitet. En av informantene hadde en opplevelse av at hun som nyutdannet, ikke var godt nok forberedt til å møte elevene som hun møter nå. Hun sa følgende:

«Jeg tror erfaring er et nøkkelord her. Jeg kjenner for min egen del, at om jeg skulle møtt de samme elevene nå, som nyutdannet, da hadde jeg fått bakoversveis»

(Informant 3)

Informantene fikk spørsmål om de hadde sett noen endring i hva ungdommene var opptatt av, relatert til oppgavens tema. Alle utenom en informant hadde sett en betydelig endring. Den informanten som ikke hadde sett noen endring, var den informanten med kortest arbeidserfaring. En av informantene sa at det er flere og flere som kommer til henne med spørsmål om egen kjønnsidentitet. En annen sa at hun opplevde ungdommene som forvirret, og at det var mye å finne ut av. Hun tenkte at ungdommen var mye på sosiale medier, og ble påvirket fra mange ulike kanaler.

5.2.1 Å møte samfunnets utvikling

I det følgende diskuteres funnene i «et fag i stadig utvikling» opp mot valgt teori og tidligere forskning.

5.2.2 Reflektert praksis og samarbeid med andre

Funnene viser at helsesykepleierne syntes det ble lettere å snakke om temaet kjønnsidentitet, etter hvert som de fikk mer erfaring i jobben. Reflektert praksis kan bidra til at helsesykepleieren utvikler en klokskap til å se variasjoner i hvert enkelt møte, gjennom å forstå egne begrensninger, og tilpasse sin tilnærming til hver enkelt elev hun møter (Clancy,

2011). Som kyndig eller profesjonell utøver, kan man benytte erfaringer fra tidligere hendelser, til å løse lignende utfordringer eller situasjoner (Henriksen & Vetlesen, 2008). Selv om helsesykepleierne mente at de ikke bestandig hadde god nok erfaring til å snakke om kjønnsidentitet, hadde de også en formening om at de var gode til å møte ungdommer og deres behov for å snakke med helsesykepleier. Dette kan samsvare med at hverdagen til helsesykepleiere er preget av selvstendighet, og ofte finnes det ikke fastsatte grenser for involvering (Clancy & Svensson, 2007). Sett i lys av Martinsen (2005), kan regler og skjønn endres ut fra hvilken situasjon vi befinner oss i. Det faglige skjønn er alltid knyttet opp mot en konkret situasjon, hvilke regler som følges i enkelte situasjoner, kan være mer utfordrende (Martinsen, 2005).

Funnene viser at informantene brukte tid på å oppdatere seg på kunnskap om kjønnsidentitet, både i forkant av møtet, men også i ettertid. Ifølge Clancy og Svensson (2007) er det å føle seg utilstrekkelig ikke uvanlig for helsesykepleiere, fordi man føler et ansvar for den andre. Det å akseptere følelsene av håp, frykt og usikkerhet kan bidra til forståelsen av at det er ikke alltid det finnes et svar, eller en løsning på situasjonen (Clancy & Svensson, 2007).

Informantene i studien var ydmyk ovenfor ungdom når de selv følte at de ikke hadde nok kunnskap om kjønnsidentitet. Det kommer frem at informantene måtte legge til side egne holdninger, og personlige meninger i møte med ungdom som kom til dem. Dette kan samsvare med at informantene i studien kviet seg for ærlighet ovenfor elevene, i frykt for å ødelegge relasjonen mellom dem (Clancy & Svensson, 2010). Hvilke personlige meninger og holdninger informantene hadde, var ikke en del av analysen. Men en av informantene mente at kanskje ungdom var forvirret når det kom til å finne ut av egen kjønnsidentitet, da det var så mye en skulle finne ut av i ungdomstiden generelt.

Når en av informantene sa at hun ikke var godt nok forberedt som nyutdannet, hadde hun gjort seg noen refleksjoner rundt dette. Clancy (2011) viser til at refleksjoner over egen praksis i helsesykepleierfaget, bidrar til utvikling av faget, og til å styrke fagpersonens livsklokskap (Clancy, 2011). Funn fra studien viste også at helsesykepleierne mente det var viktig å reflektere over egne holdninger, i møte med ungdom. På den ene siden kan ønske om å hjelpe stå sentralt. Følelsen av å gjøre noe godt for den andre, er av mange ansett som en drivkraft innen yrket (Tollefsen et al., 2020). I midlertidig er det viktig å ikke la egne følelser styre ungdommen i den ene eller andre retningen. Spesielt når det gjelder for eksempel valg av behandling, og spørsmål om operasjon og/eller medikamenter eller ikke, for de som har

kjønnsinkongruens (Aaserud, 2021). Samtidig er det et viktig aspekt å ha med seg, at skolehelsetjenestens oppgave ikke er å behandle sykdom hos elever, eller stille diagnoser (Haugland, 2017).

Informantene i studien hadde arbeidserfaring mellom 10-30 år. Hvor lang tid det tar å utvikle en ekspertrolle i sykepleiefaget er av Benner (1995) ikke definert. Helsesykepleiefaget er et fag i stadig utvikling, og det kan tenkes at en helsesykepleier kan være en «ekspert» innen noen områder av yrket, for eksempel administrering av BCG-vaksine. Men samtidig, om vi skal ta utgangspunkt i ekspertrollen, er dette en utøver som har fått et intuitivt begrep om en hver situasjon, og kan zoome inn på en hver problemstilling, og ta avgjørelser basert på intuisjon (Benner, 1995). Å gjøre noe intuitivt bestemt, vil si at vi ikke har fått mulighet til å tenke oss om (Henriksen & Vetlesen, 2008). Som studien til Tollefsen et. al. (2020) viser, består hverdagen til helsesykepleiere av mange etiske refleksjoner. Mange ganger må avgjørelser tas alene, men studien poengterer også viktigheten av å reflektere sammen med andre (Tollefsen et al., 2020).

Funn fra analysen viser at informantene mente samarbeid med andre faggrupper, var ansett som positivt og viktig. Sett i sammenheng med studien til Tollefsen et. al (2020), viser det seg at å føle seg alene, med ansvar for å ta beslutninger, kan føles overveldende for helsesykepleiere. I studien til Tollefsen et. al. (2020), beskriver en helsesykepleier ansvaret hun følte for en ung jente som kom til henne med ønske om å bytte kjønn. Helsesykepleieren stod sammen med henne gjennom prosessen, og fulgte henne til sykehuset. Hun ble en koordinator mellom jentas familie, venner, skolen og psykiatrien. Helsesykepleieren hadde bekymring for om hun var en god nok rådgiver, da hun følte på et stort ansvar overfor jentas valg. Hun sier følgende:

«Jeg er verken psykolog eller psykiater, jeg er bare helsesykepleier» (oversatt av meg)
(Tollefsen et. al 2020)

Denne erfaringen kan si noe om at helsesykepleieren hadde behov for støtte og veiledning hos andre faggrupper. Tverrfaglig samarbeid er viktig i det forebyggende og helsefremmende arbeidet blant ungdom. Skolehelsetjenesten har et godt utgangspunkt for samarbeid med andre instanser, som kjenner elevene godt (Haugland, 2017). Ancheta et. al (2020) sier at gjennom samarbeid med skolens øvrige ansatte, kan helsesykepleiere bidra til å skape et

positivt klima for LHBTQ-ungdom, gjennom å ha en positiv holdning og tilstedeværelse i skolen (Ancheta et al., 2020). Retningslinjene for skolehelsetjenesten sier at skolehelsetjenesten bør bidra til å etablere samarbeid med skolen på alle nivåer for å sikre at elevene har et godt fysisk og psykososialt miljø (Helsedirektoratet, 2017). Å føle seg alene med ansvar for å ta beslutninger på vegne av eleven kan føles belastende (Tollefsen et al., 2020). På en annen side, er det ikke alltid nødvendigvis slik at «utenforstående» nødvendigvis forstår situasjonen, eller den relasjonen som finnes, mellom den aktuelle helsesykepleier og elev (Clancy & Svensson, 2007).

5.2.3 Et «nytt» syn på kjønn

Funn fra denne studien viser at nesten alle informantene hadde sett en økning i antall ungdom som kom til dem, med spørsmål om egen kjønnsidentitet. Svensk forskning gjort av Frisé et al. (2017), viser at det siden 2010 har vært en økning i antall barn og unge, som oppsøker helsetjenesten med kjønnsdysforbi. Mange av disse ønsker utredning og behandling (Frisé et al., 2017). Å tilby kjønnsbekreftende behandling er et relativt nytt fenomen, og mange faglige posisjoner er uenige i hvorvidt medisinsk behandling og kirurgi skal gis eller ikke (Aaserud, 2021).

Ungdom i dag er mer åpne for å ha en glidende overgang mellom kjønn, kjønnsuttrykk og seksuell orientering. Ungdom som opplever å bryte med normer og forventninger til kjønn, kan føle en større usikkerhet om seg selv, og ha negative følelser knyttet til egen identitet (Støle-Nilsen, 2019). På en annen side kan ungdom som selv får definere kjønnsuttrykk og identitet, oppleve tilhørighet og mestring. Dette vises ved studien gjort av Svendsen et al. (2018). Gjennom muligheten til å uttrykke sin seksuelle identitet og kjønnsidentitet på «eget» språk, opplevde ungdom i studien at de fikk en definisjonsmakt. Det er samtidig beskrevet som en krevende prosess å definere kjønn og seksualitet, spesielt i en kultur hvor man er opptatt av å organisere begrepene på bestemte måter (Svendsen et al., 2018).

Funnene viser at en av informantene fortalte at elevene stadig fikk påvirkning fra sosiale medier og internett, og en informant tenkte det kunne gjøre ungdommene enda mer forvirret. På internett kan man ha kontakt med andre mennesker fra hele verden, og man har mulighet til å definere og skape en identitet over sosiale medier (Waaktaar, 2019). Det kan jo tenkes at for noen ungdommer vil det å skape sin egen kjønnsidentitet over internett, føles tryggere? Å ha et fellesskap «online», kan være en beskyttelsesfaktor for ungdom som under seg over

egen kjønnsidentitet (Ceatha et al., 2021). På en annen side kan sosiale medier føre med seg noen negative sider. Grensene for hva som er greit å publisere kan være individuelle, det samme kan grenser for hva som oppleves som mobbing være (Helleve & Klepp, 2017). Flatnes (2018) har gjort en kvalitativ studie av ikke-binære personers opplevelser og erfaringer i møte med samfunnet. Studien viser at det kan være stressende å ikke ha et begrep for å forstå hva en går igjennom, når en ikke opplever seg som verken mann eller kvinne. Det å bruke internett for å dele kunnskap og erfaring, blir ansett som en viktig arena for å møte andre som går igjennom det samme (Flatnes, 2018). I studien til Svendsen et. al. (2018) viser det seg at noen ungdommer skifter mellom bruk av begreper, etter som hvilket miljø de befinner seg i. I såkalte skeive miljø, opplevde ungdom at det var enklere å bli respektert og forstått med en ikke-binær kjønnsidentitet. Mens når de var i streite miljøer, som skole eller studiesammenheng, benyttet de ikke alltid den betegnelsen de selv opplevde seg som. Deltagerne i studien måtte kjenne på åpenheten og forståelsen i miljøet, før de ønsket å definere seg selv ovenfor andre (Svendsen et al., 2018).

Å bli møtt med transfobiske utsagn var ikke uvanlig for deltagerne i studien til Svendsen et. al. (2018). Spesielt innen helsevesenet, og gjennom utdanningssystemet. Ungdom i dag mener at det er mer utfordrende å definere sin kjønnsidentitet, enn sin seksuelle identitet, ovenfor andre (Svendsen et al., 2018). Transperson, transmann eller transkvinne, er for mange den vanligste definisjonen for de som ikke identifiserer seg som det kjønn de er tildelt ved fødsel (Eggebo et al., 2019). Men skal vi lytte til ungdommens ønsker, kan det se ut til at de ikke ønsker denne stadige formuleringen og forklaringen på hva deres kjønnsidentitet innebærer (Svendsen et al., 2018). Svendsen et. al. (2018) skriver følgende:

«Men ungdommene sitt prosjekt, slik vi tolker det, er ikke å utvide den heteroseksuelle matrisen. Prosjektet deres er å eksplodere den, for å skape nye premisser for å gjøre kjønn og seksualitet. Det er derfor de produserer og introduserer stadig nye begreper. Når et begrep, for eksempel panseksuell, er ferdig definert, så mister det også sin funksjon.» (Svendsen et al., 2018) side 179.

Det kan tenkes at vi som voksne er nødt til å la ungdomsspråket gå sin gang, uten at vi i helsevesenet stadig skal definere, og forsøke å forstå hva deres utsagn betyr og tillegge begrepene en mening. Skal vi lytte til ungdoms behov, ser det ut til at de ønsker åpenhet, og den unge generasjonen i dag er ikke så nøye med å definere eller navngi. De tenker at «sånn

er det bare», de tenker ikke så mye over det (Svendsen et al., 2018). På den andre siden skal helsesykepleier benytte et kjønns- og legningsnøytralt språk (Helsedirektoratet, 2017). Men hvordan kan vi som arbeider med ungdom, på den ene siden respektere deres behov for forståelse, og samtidig respektere grenser for å definere? Det kan se ut som, ut fra funnene i analysen, at det å lytte til ungdommene, og være der for dem ble ansett som det viktigste.

5.2.4 Oppsummerende refleksjoner

Informantene i studien hadde en formening om at de generelt var gode til å prate med ungdom. Det å snakke om kjønnsidentitet var for noen av informantene litt nytt. Informantene forsøkte å finne faglig informasjon om temaet, eller søke råd og veiledning hos andre faggrupper. Erfaring var noe som kom med årene, og det å reflektere over egen praksis og egne holdninger var viktig for informantene. Å stå alene i arbeidet som helsesykepleier fremstår som tøft, da det er mange valg, og etiske beslutninger som skal tas. Når det kommer til ungdoms definisjon av kjønnsidentiteter, kan det se ut for ungdom selv, at det ikke bestandig er så viktig hva de blir kalt for. Det viktigste er at helsevesenet og andre voksne viser forståelse. Dersom begrepene skal defineres og forklares, kan de miste en del av sin makt. Unge i dag ser ut til å være mer åpen for et glidende kjønnsuttrykk, hvor det nødvendigvis ikke er så viktig å sette ord på «hva de er».

6 Avslutning

6.1 Helhetlig forståelse

Hensikten med denne studien var å belyse problemstillingen «*hvilke erfaringer har helsesykepleiere i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet*». I denne studien har jeg forsøkt å finne ut hvilke erfaringer helsesykepleiere har, når de møter ungdom som kommer til dem med spørsmål om egen kjønnsidentitet. Det har i hovedsak vært helsesykepleiers erfaringer, og derfor har jeg blant annet benyttet andre studier for å støtte opp hva ungdom selv mener, når de møter helsetjenesten. Ved å benytte kvalitative forskningsintervju som metode, er det informantens egne opplevelser som er i fokus. Å besvare problemstillingen er en prosess av det kvalitative forskningsintervju, hvor kunnskapen blir produsert fra intervjuprosessen, til analysen, og videre til diskusjonsdelen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Jeg har ved å benytte meg av tematisk analyse, søkt etter et dypere meningsinnhold i det som kommer frem i intervjuet. Da dette er en kvalitativ studie med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, vil også jeg som forsker påvirke resultatet (Malterud, 2017). Dersom en annen forsker hadde benyttet samme metode og gjort intervjuene, kunne resultatene fremstått annerledes. Informantenes stemme har blitt fortalt, og jeg har gjennom analysen, gitt ulike handlinger en spesiell mening (Thagaard, 2009). Min egen forforståelse har vært med meg som en ryggsekk hele veien, og den har vært til stor motivasjon, men også tidvis til frustrasjon.

I lys av problemstillingen, og gjennom prosessen med å analysere mine funn har forskerspørsmålene blitt til. Spørsmålene er dannet som et ledd i å besvare den overordnede problemstillingen. I hvert delkapittel har jeg oppsummert diskusjonsdelene. Som en helhetlig forståelse, skal jeg forsøke å besvare mine forskerspørsmål i korte trekk.

Hvilke erfaringer har helsesykepleier i relasjonsarbeid, med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet? Å være åpen og lydhør for hva ungdom fortalte, ble ansett som en viktig del av det å ha en god relasjon til ungdom med spørsmål om kjønnsidentitet. Tilgjengelighet

på skolen, og hvordan ungdom ble satt i kontakt med dem, kunne bidra til at det ble lettere å ta kontakt og få en god relasjon. Ungdom som kom til helsesykepleier, hadde ikke alltid behov for å få svar på det de lurte på, det viktigste var å ha noen å prate med. Helsesykepleier må være sensitiv, og vurdere elevens kroppsspråk, for å se om dette er noe som er ubehagelig å prate om. En god relasjon handler blant annet om balansen mellom å få ungdom til å fortelle, og respektere grensene for hva de ikke vil snakke om. Som en del av relasjonsarbeid, var det viktig å respektere taushetsplikten ovenfor ungdom. Dersom ungdom ikke ville at foreldrene skulle involveres, så veide dette mange ganger størst. Selv om informantene tenkte at foreldreinvolvering kunne vært bra for elevens videre utvikling.

Hva mener helsesykepleier skal til, for at ungdommer med spørsmål om kjønnsidentitet opprettholder god helse? Informantene i studien var opptatt av å fremme helsen som en viktig del, i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. Dette handlet om at ungdom skulle ha en kjønnsidentitet som de trivdes med. Informantene var positive til sosial transisjon, og hjalp gjerne ungdom med å finne gode løsninger for å fremheve, eller skjule kjønnskarakteristika. Det var viktig for informantene at ungdom hadde et sosialt fellesskap, og de forsøkte å bidra til at skolen skulle være positive til kjønns- og seksualitetsmangfold, ved blant annet å gjennomføre Pride-uke. Informantene forsøkte å benytte kjønns- og legningsnøytralt språk, både i undervisning og møte med den enkelte ungdom. Forskning viser at dette er viktig for ungdoms anerkjennelse av den de er. Selv om noen av informantene var skeptiske til at ungdom var så mye på internett, kan det å finne likesinnede på nett, være en beskyttelsesfaktor, og dermed positivt for utvikling og vedlikehold av god helse.

På hvilken måte kan helsesykepleier tilpasse seg samfunnets endringer, knyttet til spørsmål om kjønnsidentitet fra ungdom? Nesten alle informantene hadde sett en økning i antall unge som kom til dem, med spørsmål om egen kjønnsidentitet. Og de ønsket generelt mer kunnskap om temaet. Det var viktig for informantene at de hadde mulighet til å samarbeide med andre faggrupper. Spesielt sexolog og erfaringskonsulent ble nevnt av flere. Det var viktig for informantene å reflektere over egne holdninger, og meninger i møte med ungdom. Selv om informantene tenkte at de kunne ha andre meninger, så var de opptatt av å fremstå profesjonell i møte med ungdom som kom til dem. Erfaring og kunnskap ble trukket fram som viktige faktorer, for at helsesykepleierne skulle være forberedt til å møte elevenes spørsmål om kjønnsidentitet. Det å forstå ungdommens uttrykk var ansett som utfordrende, og det var ikke alltid ungdom selv forstod hva de ønsket å bli kalt. Her viser forskning at det ikke

nødvendigvis er behov for å forklare, eller forstå enkelte ord og benevnelser. Det viktigste er å være åpen og nysgjerrig i møte med ungdom.

6.2 Styrker og begrensninger med studien

Styrker i studien er at den kan bidra til mer kunnskap om hvilke erfaringer helsesykepleiere har, i møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. Ved at jeg fikk intervjuet informanter fra hele Norge, viser studien til et mangfold av erfaringer, fra nord til sør i landet. Det er likevel et fåtall antall informanter. Og derfor tenker jeg at funnene ikke vil være generalisbar ovenfor alle deler av befolkningen. Funnene kan ha en overføringsverdi, ved at funnene kan være til nytte innenfor en annen type problemstilling med lignende tema. Troverdigheten til studien styrkes, ved at jeg gjennom studien har redegjort for framgangsmåten. Men det er ikke sikkert at en annen forsker ville belyst samme funn, og gjort den samme diskusjonen som meg.

En annen mulig svakhet med studien er at informantene som deltok, ble valgt ut gjennom et strategisk utvalg. Utvalget var basert på antall års erfaring, og erfaringer i møte med ungdom som undrer seg over egen kjønnsidentitet. Informantene hadde erfaringer fra skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Hadde informantene for eksempel arbeidet innenfor en spesialisert gruppe, som helsestasjon for kjønn og seksualitet, kunne erfaringene vært annerledes. Jeg var dog ute etter å finne ut av den «vanlige» helsesykepleiers erfaringer.

Å forske innenfor eget fagfelt, kan gi både muligheter og svakheter til studien. En styrke er at jeg har kjennskap til gruppen av elever, selv om min arbeidserfaring ikke er så lang. Jeg kan likevel benytte faglige ord og uttrykk, som jeg har lært gjennom videreutdanning som helsesykepleier. Ved at informantene fortalte sine opplevelser og erfaringer, er det ikke mulig for meg å få en fullstendig forståelse for hva det innebærer for den andres erfaring. Dette er forsøkt tilnærmet gjort, gjennom en fenomenologisk tilnærming, men jeg er bevisst på at deres erfaringer vil jeg aldri fullt og helt forstå.

6.3 Videre forskning

Innspill for videre forskning kan inkludere ungdommens egne erfaringer i møte med helsesykepleier. Jeg var inne på tanken om å intervju voksne personer som tidligere hadde vært i kontakt med helsesykepleier, men da ville jeg kun fått deres historier fra en tid tilbake. Det ville nødvendigvis ikke gjenspeilet dagens situasjon. Jeg tenker også det ville det vært interessant å sett på variasjoner av kjønnsidentitet i et historisk perspektiv. Hvordan dagens helsesykepleiere møter ungdom med spørsmål om kjønnsidentitet, sammenlignet med for 10 år siden.

Deler av min problemstilling, eller forskerspørsmål kunne vært undersøkt i et større omfang, gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse. Her ville det også vært interessant å spørre hva helsesykepleierne lærte under utdanningen, og om de mener det gjenspeiler dagens situasjon. Ved bruk av for eksempel en kvantitativ spørreundersøkelse, kunne det vært mulig og nådd flere deltagere. Her kunne rekrutteringen foregått ved at for eksempel Landsgruppen av Helsesykepleiere, hadde promotert spørreundersøkelsen via internett.

Per i dag foregår det et større kvantitativt forskningsprosjekt, som omhandler personer under 25 år som har fått diagnosen kjønnsinkongruens i Norge. Forskningen går ut på å sammenligne data fra hele befolkningen, og se på en rekke variabler som blant annet levekår, selvmordsrisiko, generell helse og trivsel. Det skal utføres en sammenligning av grupper; de som har fått diagnosen kjønnsinkongruens, og sammenlignet med øvrige deler av befolkningen. Studien vil også se på personer som har diagnosen kjønnsinkongruens, og se sammenligning mellom de som har fått kjønnsbekreftende behandling, og de som ikke har fått det. Studien er planlagt ferdig i 2029, og prosjektleder er Pål Suren ved Folkehelseinstituttet.

I boka Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid, skriver forfatterne av kapittelet «Skeiv ungdom» at trans- og interkjønnungdommer fortjener et eget kapittel i boka, dette på bakgrunn av behov for mer kunnskap hos lærere og helsepersonell (Anderssen & Svendsen, 2017). Bokas 4. utgave kom ut i 2017, så da er det kanskje mulighet for en ny utgave snart hvor dette er en realitet.

Helsedirektoratet peker også på at behov for mer kunnskap om transpersoners erfaringer med skole og utdanning, og i møte med helse og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2015).

7 Referanseliste

- Ancheta, A. J., Bruzzese, J.-M. & Hughes, T. L. (2020). The Impact of Positive School Climate on Suicidality and Mental Health Among LGBTQ Adolescents: A Systematic Review. *The Journal of School Nursing* 2021, 37(2), 75-86. 10.1177/1059840520970847
- Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. & Holmelid, Ø. (2021) Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår: Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. (Juni 2021 utg., s. 139). Bergen: Universitetet i Bergen: Institutt for samfunnspsykologi.
- Anderssen, N. & Svendsen, P. K. (2017). Ung og skeiv. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4 utg., s. 305-328). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barne- og familiedepartementet. (2020). *Ny barnelov: Til barnets beste* (2020: 14). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/677d13eae68c463fa5c2cbb2f9b54e82/no/pdfs/nou202020200014000dddpdfs.pdf>
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*: TANO Forlag A.S.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. Hentet fra <https://folk.ntnu.no/baldurk/skolearbeid/Kvalitative%20metoder%20PSYPRO4318/thematicanalysis.pdf>
- Brinchman, B. S. (2008). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchman (Red.), *Etikk i sykepleien* (2 utg., s. 116-131). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ceatha, N., Koay, A. C. C., Buggy, C., James, O., Tully, L., Bustillo, M. & Crowley, D. (2021). Protective Factors for LGBTI+ Youth Wellbeing: A Scoping Review Underpinned by Recognition Theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111682>
- Clancy, A. (2011). Dybden i et helsesøstermøte. I R. Thorsen, K. S. Mæhre & K. Martinsen (Red.), *Fortellinger om etikk* (s. 63-83). Bergen: Fagbokforlaget.
- Clancy, A. (2015). Helsesøsterkonsultasjoner fra sidelinjen: Et blikk på makt og kunnskap. I K. Martinsen & T. A. Kjær (Red.), *Utenfor tellekantene: Essays om rom og rommelighet* (s. 145-159). Bergen: Fagbokforlaget.
- Clancy, A. & Svensson, T. (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*, 8, 158-166. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769x.2007.00311.x>
- Clancy, A. & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: Tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11(4), 363-373. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000137>
- Departementene. (2017-2022). *Mestre hele livet: Regjeringens handlingsplan for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk_helse_250817.pdf
- Dikt om livet. (2014, 19.03.14). Hentet fra <https://spesielleanledninger.myiglo.com/?p=1794&page=4>
- Eggebø, H., Stubberud, E. & Anderssen, N. (2019). Skeive Livsløp: En kvalitativ studie av levekår og sammensatte identiteter blant lhbtis-personer i Norge. *Nordlandsforskning: Nordland Research Institute*. Hentet fra

- [https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/skeive livslop en kvalitativ studie av levekar og sammensatte identiteter blant lhbtis personer i norge.pdf](https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/skeive_livslop_en_kvalitativ_studie_av_levekar_og_sammensatte_identiteter blant_lhbtis_personer_i_norge.pdf)
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid* (1 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115. 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Flatnes, K. (2018). «Jeg er ganske mye mer enn bare det at jeg ikke identifiserer meg som mann eller kvinne»: En kvalitativ undersøkelse av opplevelsen av å ha en ikke-binær kjønnsidentitet (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <http://hdl.handle.net/10852/63431>
- Fonn, M. (2018, 23.03.18). Stadig flere biologisk fødte jenter vil skifte kjønn. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/03/stadig-flere-biologisk-fodte-jenter-vil-skifte-kjonn>
- Foreningenfri. (2018). Begreper. Hentet 11.12.21 fra <https://www.foreningenfri.no/informasjon/begreper/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanningen (LOV-2005-04-01-15-§3-2). (2021). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-04-09-1146>
- Frisén, L., Söder, O. & Rydelius, P.-A. (2017). Kraftig økning av kønnsdysfori bland barn och unga. *Läkartidningen*, 114. Hentet fra <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/MY/%5bEFMY%5d/EFMY.pdf>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid: Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Haugland, S. (2017). Skolehelsetjenesten: En unik posisjon. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4 utg., s. 330-342). Oslo: Gyldendal akademisk.
- HBRS. (u.å.). Informasjon til barn og ungdom om kjønnsidentitet. Hentet 11.03.22 fra https://www.hbrs.no/barn_og_ungdom_om_kjonnsideidentitet/
- Helleve, A. & Klepp, K.-I. (2017). Trådlaus og sårbar ungdom? Helserelevansen ved bruken av sosiale medier. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4 utg., s. 399-408). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Verdens helseorganisasjon*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn* (IS-0496 (Helsedirektoratet)). Oslo. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a312624f8e88e63120bf886e1a/rappo rt_juridisk_kjonn_100415.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a312624f8e88e63120bf886e1a/rappo_rt_juridisk_kjonn_100415.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017, 15.03.22). Nasjonal faglig retningslinje: Helsestasjon og skolehelsetjenesten [nettdokument]. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2020). Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens [nettdokument]. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonninkongruens>
- Helsepersonelloven § 21 (21). (2021). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#§21
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2008). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (bd. 6). Oslo: Abstrakt Forlag.

- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk: Om å forstå og fortolke* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kulturdepartementet. (2021). *Trygghet, mangfold og åpenhet: Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021-2024*. Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/023227879f06471793113a7f116e71b9/210624-handlingsplan-lhbtqi-.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lov om endring av juridisk kjønn (LOV-2002-06-07-19). (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-46>
- Lunde, B. V. (2008). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2 utg., s. 164-186). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (bd. 4). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen* Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykeplejen*. Århus: Forlaget Klim.
- Moen, A. (2019). Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse. *Sykepleien: Fag og forskning, 2020*. 10.4220/Sykepleiens.2019.77232
- Nes, R. B. (2017). Subjektiv livskvalitet: Lykke og trivsel blant ungdom. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4 utg., s. 63-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Organisasjonen voksne for barn* (Barn i Norge 2019: Identitet). (2019). Oslo.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). *Rett til medvirkning og informasjon* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11 utg.): Wolters Kluwer.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - Innføring i psykologi for helsefagene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Samdal, O. (2017). Trivsels- og helsefremmende arbeid i skolen. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4 utg., s. 347-369). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sex&samfunn. (2015). Kjønnsidentitet. Hentet 11.01.22 fra <https://www.sexogsamfunn.no/sex/kjonn-og-identitet/kjonnsidentitet/>
- Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017-2022*. (2017-2022). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Støle-Nilsen, M. (2017). *Seksuell danning: En studie av seksualundervisning i ungdomsskolen* (Master). Universitetet i Bergen, Bergen. Hentet fra <https://hdl.handle.net/1956/16082>
- Støle-Nilsen, M. (2019). Ungdom, seksualitet og identitet. *Barn i Norge 2019: Identitet*, 46-57.
- Svendsen, S. H. B., Stubberud, E. & Djupedal, E. F. (2018). Skeive ungdommers identitetsarbeid: SKAM etter homotoleransen. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 3, 162-183. 10.18261/issn.1890-7008-2018-03-03
- Sørli, A. (u.å.). Hva er kjønnsinkongruens. Hentet fra <https://kjonnsinkongruens.no/kjonnsinkongruens/>

- Tetzchner, S. V. (2012). *Utviklingspsykologi: Barne- og ungdomsalderen* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (bd. 3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tollefsen, A. S., Olsen, A. B. & Clancy, A. (2020). Nurses' experiences of ethical responsibility: A hermeneutic phenomenological design. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(1). <https://doi.org/10.1177%2F2057158520967900>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Universitetsstyret. (2019). *Retningslinje for klassifisering av informasjon*. Avdeling for IT: Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet. Hentet fra <https://uit.no/Content/714606/cache=1610450302000/Retningslinjer+for+klassifisering+-+vedtatt+5-4-19.pdf>
- Vildalen, S. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling av relasjoner: med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Waaktaar, T. (2019). *Ungdom og identitet* (Voksne for barn). Oslo.
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Danmark: Samfundslitteratur, forlaget.
- Aaserud, R. (2021). *Kjønnsinkongruens hos ungdom: Hvordan kan man forstå ungdom som er usikre på egen kjønnsidentitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1: Intervjuguide med introduksjon

Introduksjon: Jeg heter Therese Holien og går utdanningsforløpet Master i Helse- og omsorgsvesen ved UiT – Norges Arktiske Universitet (2019-2022). Dette prosjektet er en del av min masteroppgave i studieforløpet. Først og fremst, tusen takk for at du ønsker å stille som informant til min oppgave. Som informant har du rett til å trekke deg når som helst i intervjuprosessen, og du må gjerne stille spørsmål underveis dersom du lurer på noe. Intervjuet vil vare omtrent 30-45 minutter, og det vil tas lydopptak via nettskjema-diktafon app. Lydopptaket slettes når oppgaven er ferdig skrevet. Opplysninger som omhandler deg og ditt arbeidssted vil aidentifiseres. Det vil si at det ikke skal være mulig å kjenne deg igjen som informant i den ferdige oppgaven.

Kort om intervjuet: Del 1 handler om din bakgrunn og din arbeidserfaring, i del 2 vil spørsmålene være rettet mot oppgavens tema.

Oppgavens tema er helsesykepleieres erfaringer med å møte ungdom i skolehelsetjenesten og HFU som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. Dette er et tema som jeg mener er viktig for fagområdet vårt å få vite mer om. «Å møte» innebærer å møte ungdommene der hvor de er, både fysisk, psykisk og emosjonelt. Kjønnsidentitet kan nok forstås på ulike måter. I denne oppgaven tenker jeg at kjønnsidentitet er den subjektive opplevelsen av hvilket kjønn ungdommen identifiserer seg som. Erfaringer med egen kjønnsidentitet og/eller opplevelser av at det biologiske kjønn ikke stemmer overens med det psykologiske kjønn, vil kunne være et sensitivt tema, både for ungdommen, oss som profesjonelle og andre. Derfor er det viktig at vi snakker om temaet på en slik måte at ingen kan kjennes igjen.

Etter at vi er ferdige med intervjuet skal jeg transkribere lydformatet. Det vil si at jeg skal gjøre det muntlige, om til skriftlig form. Her vil jeg fortløpende aidentifisere på en slik måte at verken du eller de eksemplene som gis skal kunne kjennes igjen.

Høres dette greit ut? Eller har du noen spørsmål før vi begynner?

Da startet jeg lydopptakeren. Du kan når som helst si ifra om du behøver pause, eller spørre hvis du lurer på noe.

Del 1:

Arbeidet generelt. I denne oppgaven vil jeg spørre deg generelt om ditt arbeid som helsesykepleier.

- a. Hvor mange år har du jobbet som helsesykepleier?
- b. Hvilken del av helsesykepleiertjenesten har du erfaring fra?
- c. Hvilken del av tjenesten arbeider du innenfor nå?
- d. Har du eget kontor på skolen/andre plasser?
 - Er det åpen dør, drop-in mulighet?
- e. Hvordan blir ungdom satt i kontakt med deg? Tar de kontakt selv på åpen dør, via lærere, andre samarbeidspartnere? Foreldre?
- f. Hvis du deltar på foreldremøter, kan du fortelle litt hva du bidrar med?
- g. Deltar du i samarbeidsmøter med andre faggrupper?

Del 2 – I denne delen vil spørsmålene være rettet mot oppgavens tema og problemstilling. Jeg minner om at ingen svar er rett eller galt, fordi jeg er ute etter å høre dine tanker og erfaringer fra arbeidet.

- a. Hvilke erfaringer har du med å samtale med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet?
- b. Hvilken opplevelse har du hatt i de møtene?
- c. Hvordan går du fram i slike samtaler?
 - i. Hvordan forbereder du deg hvis du i forkant evt. er kjent med hva tema for samtalen er?
 - ii. Hvordan går du fram i ettertid hvis du evt. ikke var kjent med hva som var tema for samtalen? (Veiledning? Støtte? Samarbeid?)

- d. Hva legger du «i det å møte» ungdom med spørsmål om egen kjønnsidentitet?
- e. Hva mener du skal til for at helsesykepleier skal få tillitt hos de ungdommene som har spørsmål om egen kjønnsidentitet?
- f. Hvordan mener du at helsesykepleiere, med sin kompetanse kan bidra i møte med ungdom som har spørsmål om kjønnsidentitet?
- g. Arbeider du med seksualundervisning? Hvis ja - hvordan blir kjønnsidentitet som tema tatt opp i undervisningen?
- h. Det er anbefalt i nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten at skolehelsetjenesten og HFU bør bruke et kjønns- og legningsnøytralt språk – kan du fortelle litt om hvordan dette gjøres på din arbeidsplass, og av deg som helsesykepleier i møte med ungdom? Hvordan mener du at helsesykepleiere kan følge denne anbefalingen?

Til slutt lurer jeg på om det er noe mer du ønsker å si, eller om du tenker at det er spørsmål du mener jeg bør tilføye?

- Tusen takk for din deltagelse. Jeg minner igjen om at dine fortellinger vil anonymiseres i oppgaven. Dersom du av en eller annen grunn ønsker å trekke deg som informant er det bare å ta kontakt med meg eller veilederen min.

Da stopper jeg lydopptakeren.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til kommunen og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

Helsesykepleiers møte med ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet

- Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hva helsesykepleiere gjør når de møter ungdommer med spørsmål om egen kjønnsidentitet
- I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne masteroppgaven har som formål å undersøke hvilke erfaringer helsesykepleiere har med å møte ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet. Studiens hensikt er å belyse hvilke utfordringer helsesykepleiere har i møtet, og hvordan de kan fremme god psykisk og fysisk helse hos de ungdommene som de arbeider med.

Oppgavens problemstilling er følgende:

«Hvilke erfaringer har helsesykepleiere som arbeider i skolehelsetjenesten og HFU med å møte ungdom som har spørsmål om egen kjønnsidentitet»

Opplysningene som kommer fram i intervjuet vil kun benyttes til dette mastergradsprosjektet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet

Avd. Helsefakultet

Institutt for helse og omsorgsfag

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju helsesykepleiere som arbeider innenfor skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (HFU). Det er et ønske at du har fullført grunnutdanning som helsesykepleier og at du har arbeidet innenfor tjenesten i minst fem år. Du må også ha møtt ungdom med spørsmål om egen kjønnsidentitet. I forkant av at jeg spør deg om å delta har jeg sendt ut spørsmål til din leder for å be om tillatelse til å sende deg denne invitasjonen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du ønsker å delta innebærer det at vi har et videointervju via teams hvor det kun gjøres lydopptak via nettskjema-diktafon app. Dersom du ikke ønsker å ha intervjuet via video kan det også være aktuelt å gjennomføre det på et annet egnet sted som du bestemmer. Intervjuet vil ta ca. 30-45 minutter. Lydopptaket vil bli håndtert forsvarlig via Universitetet i Tromsø's retningslinjer og vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende. Når masteroppgaven er ferdigstilt vil lydopptaket slettes. Spørsmålene vil være rettet mot oppgavens tema, i tillegg til noen spørsmål om din arbeidsbakgrunn. Dine svar vil aidentifiseres og på den måten ikke være til skade for deg og din arbeidsplass.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dine personvernopplysninger som i denne oppgaven innebærer lydopptaket som gjøres via intervju vil lagres iht. Universitetet i Tromsø sine retningslinjer. Lydopptaket vil transkriberes til skriftlig materiale hvor de opplysninger som kommer frem aidentifiseres. Det vil si at din arbeidsplass, alder, og fortellinger fra enkeltmøter vil endres noe slik at det ikke skal være gjenkjennelig for andre.

Det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til lydopptakene som gjøres. Det er jeg som er ansvarlig for prosjektet og skal transkribere alle intervjuene.

Navn på veileder til denne oppgaven er Runa A. Andersen, universitetslektor ved UiT.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene aidentifiseres underveis i prosjektet. Når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, vil lydopptak, samtykkeskjema og koblingsnøkkel slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Universitet i Tromsø ved universitetslektor Runa A. Andersen, kontaktinformasjon:

Runa.A.Andersen@uit.no

Kontakt med student/intervjuer: Therese Renathe Holien: tho050@uit.no

Vårt personvernombud er NSD

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

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

Med vennlig hilsen

Runa Anneli Andersen

Therese Renathe Holien (Student)

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Om intervjuet foregår over teams vil jeg innhente muntlig samtykke fra deg og spørre om du har mottatt og forstått hva det innebærer for deg å være med i prosjektet. Dersom vi gjennomfører intervjuet gjennom oppmøte, må du signere skriftlig.

Du må også svare på at du har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet mastergradsoppgave helsesykepleie og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

Å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 NSD personvern

Prosjekttittel

Masteroppgave helsesykepleie

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Runa Anneli Andersen, runa.a.andersen@uit.no, tlf: 77646231/95965518

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Therese Holien, thereseho92@hotmail.com, tlf: 91382004

Prosjektperiode

08.09.2021 - 31.12.2022

Vurdering (1)

04.11.2021 – Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremst den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 04.11.2021. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

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 viderebehandles 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 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. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). 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). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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 typer endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver. Lykke til med prosjektet!

