

Audur Helga Reynisdottir

«Men vi er jo en klinikk for prevensjon, vi er jo ikke en skeiv organisasjon!»

Et studie av seksuell helsehjelp for lesbiske

Masteroppgave i Likestilling og mangfold

Veileder: Elisabeth Stubberud

Medveileder: Sofia Moratti

Mai 2024



Audur Helga Reynisdottir

«Men vi er jo en klinikk for prevensjon, vi er jo ikke en skeiv organisasjon!»

Et studie av seksuell helsehjelp for lesbiske

Masteroppgave i Likestilling og mangfold
Veileder: Elisabeth Stubberud
Medveileder: Sofia Moratti
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for tverrfaglige kulturstudier



Kunnskap for en bedre verden

Læringsutbytte

En student som har fullført programmet, forventes å ha oppnådd følgende læringsutbytte, definert i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse:

Kunnskap

Kandidaten har:

- avansert kunnskap om det tverrfaglige kjønnsforskningsfeltets sentrale teorier, debatter og kontroverser
- spesialisert innsikt i så vel historiske som samtidige endringsprosesser knyttet til likestilling og mangfold i det norske samfunnet, i lys av internasjonale og globale kontekster
- kunnskap på høyt nivå om hvordan kjønn som sosial og symbolsk kategori kan virke sammen med andre sosiale og symbolske kategorier og fenomener.

Ferdigheter

Kandidaten kan:

- identifisere og arbeide selvstendig med praktiske og teoretiske problemer knyttet til likestilling og mangfold i konkrete samfunnsmessige sammenhenger
- vurdere og benytte relevante metoder og teorier for analyse av kjønn og eventuelt andre sosiale kategorier i spesifikke empiriske problemstillinger
- analysere og forholde seg kritisk til problemstillinger knyttet til forståelser av kjønn, likestilling og mangfold på ulike samfunnsarenaer og derigjennom se og anvende flere tilnæringsmåter

Generell kompetanse

Kandidaten kan:

- gjennomføre et selvstendig, avgrenset forsknings- og utredningsarbeid i tråd med gjeldende forskningsetiske normer
- anvende sine kunnskaper og ferdigheter på nye områder i tverrfaglig dialog og samarbeid med andre eksperter
- formidle resultater av eget faglig arbeid muntlig og skriftlig på en selvstendig måte både til eksperter og allmennhet

Forord

Det er utrolig deilig å endelig være i slutfasen av denne lange og omfattende masteroppgaven. Mens jeg har skrevet denne masteroppgaven har jeg følt på like mye suksess og mestring, som jeg har følt skuffelse og pessimisme. Det tror jeg er et tegn på at jeg har et produkt som har betydd mye for meg og som jeg er stolt over. Å levere denne masteroppgaven markerer slutten på min mastergrad og min studietid. Jeg er veldig fornøyd med å endelig stå ved målstreken, og jeg ser frem til alle mulighetene denne mastergraden vil kunne gi meg.

Jeg hadde ikke vært der jeg er nå uten all hjelpen jeg har fått fra informantene mine. Derfor vil jeg først takke alle informantene som tok seg tiden til å stille til intervju. Informantene mine er selve kilden til informasjonen jeg har bygget masteroppgaven min på. Uten dem hadde denne masteroppgaven ikke vært mulig. Jeg er veldig takknemlig for informantenes uerstattelige bidrag.

Jeg vil også takke veilederne mine, Elisabeth Stubberud og Sofia Moratti. De har hjulpet meg med store og små problemer. De har ikke bare bidratt med veiledning og gode råd, de har også gitt meg støtte og oppmuntring. Veilederne mine har vært en fantastisk trygghet i godt over et år nå.

Jeg har også funnet mye trygghet og støtte i kjæresten min, Ylva, vennene mine og familien min. Det vil jeg også takke for. Dette har vært en krevende prosess, og jeg har vært heldig for å ha hatt et så stort og støttende nettverk rundt meg.

Sist, men ikke minst vil jeg takke alle mine lesbiske, homofile, bifile, trans og skeive venner, som jeg er så enormt heldig for å ha i livet mitt. De har inspirert meg til å ikke gi opp på å søke etter seksuelle helsetilbud som også inkluderer oss. Jeg håper at denne masteroppgaven vil kunne fortelle dem at vår seksuelle helse er absolutt like viktig som alle andre sin.

Audur Helga Reynisdottir

Trondheim, mai 2024

Sammendrag

Jeg er lesbisk og i mange år har jeg uten suksess lett etter prevensjonsmidler som jeg kan bruke for å ha sikker sex. Dette var inspirasjonen min til å skrive denne masteroppgaven med problemstillingen: «Hvordan forstår eksperter som rådgir unge om seksuell helse, spørsmålet: "Hvordan kan to lesbiske personer med vulva ha sex uten å få kjønnssykdommer?" Jeg har gjort kvalitative forskningsintervju med åtte informanter som er yrkesutøvere eller frivillige som jobber med å fremme god seksuell helse til ungdom, studenter eller unge voksne. Jeg bruker tematisk og affektdrevet analyse for å analysere innholdet fra intervjuene mine. I det teoretiske rammeverket presenterer jeg de viktigste begrepene jeg bruker i denne masteroppgaven: heteronormativitet, fallosentrisme, homotoleranse, homonormativitet og homofobi. I første analysekapittel undersøker jeg ressurser for sikker sex, og finner ut at alle prevensjonsmidler som informantenes arbeidsplasser tilbyr baser seg på en fallosentrisk forståelse av sex. I andre analysekapittel ser jeg på seksuell veiledning for lesbiske, og argumenterer for at veiledningen lesbiske får er performativ i kraft av å være homotolerant og heteronormativ. I det tredje analysekapittelet utforsker jeg informantenes forestillinger om lesbisk behov. Flere av informantene uttrykker at de forstår lesbiske som annerledes og kompliserte, og det ligger også en cis- og heteronormativ forståelse til grunn for måten flere av dem forteller om møter med pasienter.

I denne masteroppgaven kommer jeg frem til at ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, misforstår spørsmålet mitt om hvordan to lesbiske personer med vulva kan ha sikker sex. Jeg tror det er fordi flere av ekspertenes definisjoner av sex er preget av fallosentrisme og heteronormativitet. Jeg konkluderer med at de ikke har god nok forståelse av hvordan sex mellom to personer med vulva foregår til å svare på hvordan denne gruppen kan ha sikker sex.

Abstract

I am a lesbian and for many years I have searched without success for contraceptives that I can use to have safe sex. This was my inspiration to write this master's thesis which attempts to answer the research question: "How do experts who advise young people about sexual health understand the question: "How can two lesbians with vulvas have sex without catching venereal diseases?" I have conducted qualitative research interviews with eight informants who are professionals or volunteers all of whom work to promote good sexual health for young people, students or young adults. I use thematic and affect-driven analysis to analyze the content from my interviews. In the theoretical framework, I present the most important theoretical concepts I use in this master's thesis: heteronormativity, phallocentrism, homotolerance, homonormativity and homophobia. In the first analysis chapter, I examine resources for safe sex, and find that all contraceptives offered by the informants' workplaces are based on a phallocentric understanding of sex. In the second analysis chapter, I look at sexual guidance for lesbians and argue that the guidance lesbians receive is performative by virtue of being homotolerant and heteronormative. In the third analysis chapter, I explore the informants' ideas about the needs of lesbians. Several of the informants express that they see lesbians as different and complicated, and there is also a cis- and heteronormative understanding at the basis of the way several of them talk about meetings with patients.

In this master's thesis, I conclude that the experts who advise young people about sexual health misunderstand my question about how two lesbians with vulva can practice safe sex. I think it is because several of the experts' definitions of sex are characterized by phallocentrism and heteronormativity. I conclude that they do not have a good enough understanding of how sex between two people with a vulva takes place to answer how this group can have safe sex.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og tidligere forskning	9
1.2 Personlig motivasjon.....	9
1.3 Aktualisering og tidligere forskning	10
1.3.1 Homonormativitet i helsesektoren i Canada.....	11
1.3.2 Kjønnssykdommer blant norske kvinner.....	11
1.3.3 Hvordan skaper kondomer normer for hva sex er?	12
1.3.4 Hva betyr den tidligere forskningen for meg?.....	13
1.4 Sentrale ord og begreper i oppgaven	13
1.5 Problemstilling, forskningsspørsmål og oppgavens struktur	14
1.5.1 Oppgavens struktur	15
2 Metode	17
2.1 Kvalitativt intervju.....	17
2.2 Kriterier for informanter	17
2.2.1 Rekrutteringsprosess.....	18
2.2.2 Endelig utvalg.....	18
2.3 Gjennomføring av intervju	19
2.3.1 Utforming av intervjuguide	19
2.3.2 Gjennomføring av intervju	20
2.4 Bearbeiding av datamaterialet og analysestrategi	20
2.4.1 Omfang	20
2.4.2 Analytisk strategi: Tematisk analyse.....	21
2.4.3 Analytisk strategi: Affektdrevet analyse	21
2.5 Etske betraktninger og min rolle som forsker.....	22
2.5.1 Refleksjoner rundt datamaterialets kvalitet	23
3 Teoretisk rammeverk	25
3.1 Kjønnsførståelser	25
3.1.1 Den Heteroseksuelle Matrisen	26
3.2 Heteronormativitet	27
3.2.1 Fallosentrisme	27
3.3 Homotoleranse	29
3.3.1 Homotoleranse og «å komme ut av skapet»	29
3.4 Homonormativitet	30
3.4.1 Den symbolske betydningen av seksuelle roller i et parforhold.....	30
3.4.2 Symbolske betydning av lesbiske hender.....	31
3.5 Homofobi	31
4 Ressurser for sikker sex	33
4.1 Innledning til første analysekapittel	33
4.2 Hvilke ressurser er tilgjengelige?.....	34

4.2.1 Tilgjengelighet av ressursene	36
4.3 <i>Hvorfor er ikke ressursene tilgjengelige?</i>	36
4.3.1 Ressursene er utilgjengelige på grunn av heteronormativ seksualundervisning	36
4.3.2 Ressursene er utilgjengelige på grunn av heteronormative forståelser av sex og kjønn	37
4.3.3 Ressursene er utilgjengelige fordi det er flaut å bruke dem.....	38
4.4 <i>Trenger lesbiske noen ressurser i det hele tatt?</i>	40
4.4.1 Lesbiske kan få kjønnssykdommer, men det er ikke forventet av dem	41
4.5 <i>Mulige konsekvenser av lite tilgjengelige ressurser for skeive</i>	43
4.6 <i>Oppsummering</i>	44
5 Seksuell helseveiledning for lesbiske.....	46
5.1 <i>Innledning</i>	46
5.1.1 Performativet i veiledningen til lesbiske.....	46
5.2 «Vi behandler alle likt!»	46
5.2.1 Alle blir behandlet som om de er like	48
5.3 «Seksualitet er jo flytende!»	49
5.3.1 Om seksualitet er flytende, trenger ikke skeivhet å være permanent.....	50
5.4 <i>Å snakke om egen praksis som moderne og andres som umoderne</i>	52
5.5 <i>Oppsummering</i>	54
6 Forestillinger om lesbiskenes behov for seksuell helsehjelp	55
6.1 <i>Innledning</i>	55
6.2 <i>Lesbiske blir fremstilt som «spesielle»</i>	55
6.2.1 «Den andre typen sex».....	56
6.2.2 «Noen som trenger spesiell informasjon»	57
6.3 <i>Sammenligning av KSK og MSM</i>	58
6.4 «Min erfaring er at det ikke er så mange skeive som jeg tester».....	59
6.4.1 Usynliggjøring av bifile kvinner: «Det er vel mer kanskje at det har vært jenter som har sex med både gutter og jenter».....	61
6.4.2 Hvorfor tester ikke lesbiske seg for kjønnssykdommer?.....	62
6.5 <i>Vurderer hvem som trenger ressurser basert på forventet seksuell atferd</i>	62
6.6 <i>Oppsummering</i>	64
7 Konklusjon.....	65
7.1 <i>Oppsummering av hovedfunn</i>	65
7.2 <i>Oppgavens overordnede bidrag</i>	66
Referanseliste.....	68
<i>Vedlegg</i>	72
Vedlegg 1.....	72
Vedlegg 2.....	74

1 Innledning og tidligere forskning

"Okey Leighton, you've tested positive for Chlamydia."

"What? No. I've only been with women recently, so that's actually impossible."

"It's actually very possible"

(Neugebauer, 2022, 20:22-20:31)

I HBO-serien *The Sex Lives of College Girls*, tror en av hovedkarakterene at hun ikke kan få klamydia, fordi hun bare har hatt sex med andre kvinner. Det er dessverre ikke allmennkunnskap å vite at når to personer med vulva har sex med hverandre, så kan de smitte hverandre med kjønns sykdommer. Enda færre er det som vet hvordan beskyttet sex mellom to personer med vulva egentlig fungerer. Så når to personer med vulva har sex med hverandre, skjer dette som regel ubeskyttet. Det er få prevensjonsmidler som de kunne brukt, og disse prevensjonsmidlene er som regel ganske utilgjengelige. Det er lite informasjon å finne om temaet - det er ikke noe de fleste lærer i seksualundervisning eller hos sin lokale helsestasjon. Å vite hvordan to personer med vulva har beskyttet sex og å vite at de kan smitte hverandre med kjønns sykdommer, er absolutt ikke allmennkunnskap, verken for unge skeive eller for resten av samfunnet. Det som derimot er allmennkunnskap, er hvordan man kan beskytte seg mot kjønns sykdommer om man har en penis eller har sex med noen med penis. Kondomer med ulik størrelse, tykkelse, farge og funksjon er tilgjengelig og gratis på de fleste skoler og helsestasjoner. Prevensjonsmidler som er ment til å brukes mellom to personer med vulva er ikke tilgjengelig på verken skoler eller helsestasjoner. Så når sex uten penis praktiseres, elimineres også mulighetene for å beskytte seg for kjønns sykdommer.

I Norge i dag er det en norm å være *homotolerant*. Det betyr at det er en norm å akseptere og tolerere at andre kan være skeive, samtidig som det ikke er normalisert å være skeiv (Svendsen et al., 2018, s. 258). Når det ikke er forventet at folk skal være skeive, blir det ikke laget plass til skeivhet. Dette blir reflektert i mange norske helsetilbud. For eksempel ved at det er lite til ingen hjelp å få for to personer med vulva som vil ha beskyttet sex. Konsekvensene av at man ikke vet at man kan få kjønns sykdommer eller hvordan man beskytter mot dem, kan føre til at få innenfor denne gruppen tester seg og behandler eventuelle kjønns sykdommer. De kommer heller til å spre kjønns sykdommer videre til andre og det kan føre til alvorlige infeksjoner, infertilitet eller kreft. I denne masteroppgaven ønsker jeg å finne ut hvordan de som jobber med å informere om seksuell helse opplever mangelen av helsetilbud for akkurat denne gruppen, og hvordan de selv jobber med tematikken.

1.2 Personlig motivasjon

Jeg var 17 år gammel da jeg lærte at lesbiske kunne få kjønns sykdommer. Jeg spurte helsesykepleieren som fortalte meg dette, om hvordan jeg skulle beskytte meg mot dette i fremtiden. Helsesykepleieren hadde ingen relevante svar for meg. Jeg endte opp med å dra derifra den dagen enda mer forvirret enn da jeg kom dit.

De neste seks årene lette jeg etter produkter og informasjon om hvordan lesbiske kan ha beskyttet sex. Jeg dro på steder der mine heterofile venner fikk relevante produkter og nyttig informasjon for dem. Jeg henvendte meg blant annet til fastlegen min, helsesykepleier på min videregående skole, ung.no og flere helsestasjoner i både Trøndelag og i Møre og Romsdal. Jeg spurte spesifikt om kjønnsykdommer kan smitte gjennom cunnilingus, om man må bruke beskyttelse når man gjør dette, og om jeg bør teste meg for kjønnsykdommer i halsen etter at jeg har gjort dette. Jeg har også spurt om man kan få kjønnsykdommer av fingring. I seks år stilte jeg spørsmål. Jeg spurte ulike fagpersoner, som tilhørte ulike institusjoner, i ulike kommuner og fylker, men likevel fikk jeg aldri svar på spørsmålene mine. Jeg fikk derimot mange bagatelliseringer av spørsmålene mine, ladet med nedlatende fordommer både om kvinner, om lesbiske og om skeive. Noen ganger fikk jeg bare til svar «jeg vet ikke». Som regel fikk jeg i stedet svar på andre spørsmål som jeg ikke lurte på og som var irrelevante for meg, om hvordan man har beskyttet sex med en mann.

Da jeg satt på venteværelsene til de ulike institusjonene jeg oppsøkte, følte jeg meg ofte ensom. Jeg var forberedt på å bli misforstått, å møte fordommer og å måtte argumentere for at seksualiteten min ikke kom til å endre seg for «den rette gutten», fordi det fantes ingen rett gutt for meg. Denne seksårige jakten på informasjon gjorde at jeg lurte på om min helse var mindre viktig enn andre sin fordi jeg var lesbisk. Hvorfor var det så mange tilbud for andre folk, men ingen for meg? Jeg lurte på om det kanskje var jeg som var problemet. Dette endret seg da jeg var 23 år gammel og fikk en gratis slikkelapp fra en stand under Trondheim Pride. På pakken slikkelappen lå i sto det «Kvinner smitter kvinner». I seks år hadde jeg lett etter et slikt produkt, og dette var første gang jeg hadde sett et i virkeligheten. Jeg ble lettet da jeg endelig hadde fått bevis på at jeg ikke var den eneste som ønsket og hadde behov for et slikt produkt.

Jeg ønsker å skrive om dette temaet fordi jeg har fremdeles ikke fått svar på spørsmålene jeg stilte da jeg var 17 år. Jeg vil vite hvorfor jeg som en lesbisk 25-åring fremdeles ikke vet hvordan jeg kan ha beskyttet sex, når dette egentlig er noe jeg burde ha lært allerede på ungdomskolen sammen med mine heteroseksuelle klassekamerater.

1.3 Aktualisering og tidligere forskning

Nedenfor ser jeg nærmere på et lite utvalg tidligere forskning om har vært sentral i arbeidet med min masteroppgave. Jeg har valgt å fokusere på disse tre tekstene, fordi de berører ulike temaer som er viktig for min oppgave. Temaene i tekstene omhandler samfunnsforståelsen av hvem som får kjønnsykdommer og hvordan. Denne samfunnsforståelsen påvirker skeives tilgang til seksuell helsehjelp.

I dette utvalget av tidligere forskning, finnes det ikke noe spesifikk informasjon om hva seksuell helsehjelp for lesbiske faktisk er, hva det innebærer og om det er tilgjengelig. Dette finnes det lite forskning om generelt. Det er lite informasjon å finne når det gjelder å forklare hvorfor det er så store ulikheter mellom seksuelle helsetilbud for lesbiske personer sammenlignet med tilbudene for heterofile, og til og med tilbudene for homofile menn. Jeg opplever at i forskning som omhandler seksuell helse generelt, er det et tomt hull, der forskning om lesbiske burde være. Jeg har ikke funnet noe etablert forskning på

hva helsesektoren gjør for å forhindre at lesbiske får kjønnssykdommer, og derfor ønsker jeg å fylle dette informasjonshullet. Det finnes derimot forskning på hvordan kjønn og seksualitet påvirker samfunnets forståelse av hvordan kjønnssykdommer smitter. Denne forskningen skal jeg nå gå nærmere inn på.

1.3.1 Homonormativitet i helsesektoren i Canada

Manning (2009) drøfter om det kanadiske seksuelle helsetilbudet for skeive er preget av homonormativitet. Manning argumenterer for dette, fordi det hovedsakelig kun er tilbud for MSM og KSK. I tillegg er tilbudene for MSM kun tilrettelagt for skeive menn med penis. På samme måte er KSK-tilbudene kun tilrettelagt kvinner med vagina. Om de seksuelle helsetilbudene for skeive kun inkluderer cis-personer, så vil ikke transpersoner få noe behandling. Dette mener Manning skyldes *homonormativitet* -et begrep som betyr at skeive personer blir akseptert, men bare innenfor rammene som heterofile personer også lever etter. Et eksempel på homonormativitet er samkjønnet ekteskap, fordi det kun tillater at skeive personer kan gifte seg, om de har samme kjønnsidentitet. Det vil da ekskludere intersekspersoner, ikke-binære personer og samtlige transpersoner.

Skeive personer blir sammenlignet med hverandre, for å vise hvem som blir mest tolerert og minst tolerert. Historisk har lesbiske, homofile og bifile personer blitt diskriminert mot i helsesektoren, blant annet fordi deres identitet var en medisinsk diagnose, og dette har lagt et bakteppe for behandlingen de får i dag. I nyere tid opplever rans- og intersekspersoner å bli diskriminert mot, fordi identiteten deres fremdeles er en medisinsk diagnose.

1.3.2 Kjønnssykdommer blant norske kvinner

1967 norske kvinner svarte på en spørreundersøkelse som handlet om seksuell risikoatferd. Studien hadde som mål å kartlegge forskjeller i seksuell risikoatferd mellom kvinner som har sex med kvinner, kvinner som har sex med menn og kvinner som har sex med både kvinner og menn. Træen, Fischer og Grøndahl (2023) forsøkte å finne ut av hvordan kvinner med ulik seksuell legning forholdt seg til praksis rundt seksuell helse. Et annet mål var å undersøke hvor definerende atferd er for kvinnenes seksuelle identitet. De besvarer problemstillingene gjør de blant annet ved å kartlegge kvinnenes seksuelle identitet, seksuell risikoatferd, (dvs. antall seksualpartnere, forhold til pornografi og pornografiens effekt, samt kondombruk) og seksuell tilfredstillelse hos de ulike gruppene. Under er noen punkter fra studiens resultater.

På spørsmål om seksuell atferd de siste 12 månedene svarte respondentene slik:

- 71.0% av kvinnene hadde eksklusivt sex med menn
- 2.2% av kvinnene hadde sex med både kvinner og menn
- 1.5% av kvinnene hadde eksklusivt sex med kvinner
- De resterende kvinnene hadde ingen utøvd seksuell atferd de siste 12 måneder

På spørsmål om hvilken seksuell legning de identifiserte seg med da undersøkelsen ble gjennomført svarte 76% av kvinnene som har sex med både kvinner og menn at de identifiserer seg som heteroseksuelle. 26.9% av kvinnene som kun hadde sex med andre kvinner identifiserte seg som heteroseksuelle.

På spørsmål om hvor mange av respondentene som brukte kondom første gang de hadde samleie med sin nåværende partner svarte kvinnene slik:

- 32% av kvinnene som hadde sex med eksklusivt menn brukte kondom
- 30.8% av kvinnene som hadde sex med både menn og kvinner brukte kondom
- 15.4% av kvinnene som hadde sex med eksklusivt kvinner brukte kondom

Studien konkluderer med at "... it is important that healthcare professionals routinely ask about the sexual orientation and the gender of their sex partners" (Træen et al., 2023, s. 163), fordi spesielt kvinner som har sex med både kvinner og menn har en tendens til å identifisere seg som heteroseksuelle, og dermed vil deler av deres seksuelle praksis bli oversett om man kun stiller spørsmål som relaterer til deres seksuelle praksis med menn. Den viser også at det er et fåtall av kvinner som anvender kondom ved første samleie med sine partnere.

1.3.3 Hvordan skaper kondomer normer for hva sex er?

Bolander (2015) undersøker hvordan presentasjonen av kondombruk på svensk TV mellom 1998 og 2011 har formet samfunnets syn på sex. Hun skriver at Sverige siden 70-tallet har hatt fokus på at kondomet er en viktig brikke i «lust-oriented education» om sikker sex (s. 290). Bolander presenterer kondomet's symbolske betydning i det heteronormative samfunnet: «...the condom reinforces the idea of a 'natural flow', and thus contributes to the construction of [...] normative sexuality" (s. 293). "Natural flow" beskriver folks forutsatte idé om at bruk av kondom betyr mannlig ejakulasjon etter penetrering av vagina.

Videre beskriver Bolander hvordan kondomers fremstilling i undervisningsserier på svensk TV er fremtredende. I første del av artikkelen ser hun på en serie fra 2008. Kondomer beskrives som det eneste prevensjonsmiddelet som fungerer for «all situations» (s. 294). Her opprettholdes tanken om at sex kun er heterofil sex og vaginal penetrering. Artikkelen problematiserer bruken av skremsel for å få folk til bruke kondom, selv i lange monogame relasjoner, fordi «... you can never be safe unless you use a condom» (s. 295). Videre kritiserer Bolander programmet for å diskutere en hendelse hvor en jente har blitt smittet av herpes etter cunnilingus, men uten å komme med konkrete eksempler på hvordan man kan beskytte seg fra kjønnssykdommer som smitter mellom munn og kjønnsorgan eller anus. Generelt diskuteres kun vaginal penetrering i sammenheng med naturlig og passende seksuell praksis; analsex er for eksempel en «... too advanced or inappropriate practice imposed on young (heterosexual) people through pornography» (s. 295). Det samme gjelder oralsex. Vaginal penetrering av penis er eneste praksis som beskrives som sex eller som å ligge sammen (s. 296).

Bolander identifiserer en endring i diskursen rundt seksualitet og seksuell praksis i det nyeste programmet fra 2011. Her diskuteres seksualitet i større grad nøytralt, og sex defineres som «... everything that makes you horny» (s. 296). Til tross for endringen i diskursen, er kondomet like fremtredende som tidligere og blir beskrevet som en løsning for alle typer smitte av kjønnssykdommer. Ved å generalisere bruken av kondomer til alle, blir den endelige beskjeden at sex er praksis hvor kondomer kan brukes som prevensjon mot seksuelt overførbare infeksjoner. Bolander konkluderer med at:

“The idea of ‘sex’ as vaginal intercourse within a heterosexual context and anal intercourse in a gay context, combined with the message of safe sex as synonymous with condom use, makes other sexual practices less serious, not ‘proper sex’, and therefore ‘safe’” (s. 299).

1.3.4 Hva betyr den tidligere forskningen for meg?

De tre forskningsartiklene jeg valgte sier alle noe om mitt tema. Mannings (2009) forskning på homonormativitet i den seksuelle helsehjelpen tilgjengelig for skeive i Canada, gav meg større perspektiv på hva homonormativitet egentlig betyr. Forskningen til Træen, Fischer og Grøndahl (2023) om kvinners seksuelle risikoferd, forteller meg at når skeive kvinner oppsøker seksuell helsehjelp, så blir deres seksuelle erfaringer med kvinner overskygget av deres seksuelle erfaringer med menn. Bolanders (2015) forskning viser at det kondomer har blitt en representasjon av hva sex er og at kun de seksuelle handlingene der man bruker en kondom beskrives som sex.

Grunnen til at jeg valgte de tre forskningsartiklene over, er fordi de bringer med seg nye og spennende perspektiver som jeg får nytte av i denne masteroppgaven. Den viktigste grunnen til at jeg valgte dem er fordi de alle indikerer at lesbiske personer og skeive kvinner opplever ulike problemer i helsektoren. Potensielt fordi de har sex på en måte som ikke samsvarer med samfunnets fallosentriske forventninger. Dette er et perspektiv som er kritisk i min masteroppgave. Dette skal jeg gå nærmere inn på i analysekapitlene.

1.4 Sentrale ord og begreper i oppgaven

Lesbisk: Når jeg bruker ordet lesbisk i denne masteren, inkluderer jeg alle personer som definerer seg som lesbiske. Dette inkluderer lesbiske med ulike kjønnsidentiteter, som ikke-binære, ciskvinner og transkvinner.

Prevensjon for lesbiske: Når jeg skriver om prevensjon for lesbiske, mener jeg prevensjon som beskytter mot kjønns sykdommer og som kan bli brukt når to eller flere personer som ikke identifiserer seg som menn har sex. Da mener jeg ikke-binære personer, transkvinner eller ciskvinner som er bifile, lesbiske eller panfile, og som har sex med noen andre i denne gruppen.

Slikkelapp som prevensjon for lesbiske: Slikkelapper er ment for å bli brukt når man utfører oralsex på en vulva. Det blir også brukt ved rimming, men jeg skriver i hovedsak om det førstnevnte bruksområdet. Jeg skriver mye om slikkelapp som prevensjon for lesbiske, selv om dette ikke er helt korrekt. Ikke alle lesbiske har en vulva, og ikke alle som har en vulva er lesbiske. Jeg bruker disse begrepene for enkelthets skyld, men jeg er bevisst på at mange av prevensjonsmidlene kan være relevante for transmenn og at det finnes lesbiske transkvinner som har behov for andre prevensjonsmidler.

To personer med vulva som har sex: I denne masteroppgaven skriver jeg ofte «to personer med vulva som har sex». Det er fordi det er relevant hvilket kjønnsorgan personene bruker når det er snakk om hvilke prevensjonsmidler som best kan beskytte det eller de kjønnsorganene. Det er ikke like relevant hvilken kjønnsidentitet personene har, fordi kjønns sykdommer kommer til å smitte urelatert.

KSK: Innenfor informantenes fagfelt, som er seksuell helse, bruker de uttrykket KSK. Dette betyr «kvinner som har sex med kvinner». De bruker dette uttrykket for å beskrive

seksuelle omgang mellom to kvinner uten å gjøre antagelser om pasientenes seksuelle legning.

MSM: Innenfor informantenes fagfelt, som er seksuell helse, bruker de uttrykket MSM. Dette betyr menn som har sex med menn. De bruker dette uttrykket på samme måte som KSK. For å beskrive seksuell omgang mellom to menn, uten å gjøre antagelser om pasientenes seksuelle legning.

Skeiv: Ordet skeiv blir brukt i denne masteroppgaven som et paraplybegrep for ulike seksuelle legninger som ikke er heteroseksuell.

Prevensjon: Når jeg skriver om prevensjon i denne masteroppgaven, handler det kun om prevensjonsmidlers egenskaper til å beskytte mot kjønnssykdommer og kun de prevensjonsmidlene som beskytter mot kjønnssykdommer. Jeg vet at mange mennesker bruker prevensjonsmidler for å unngå uønskede graviditeter, men det er ikke det denne masteroppgaven handler om.

Sex: I denne masteroppgaven definerer jeg sex som seksuelle handlinger der kjønnsvæsker utveksles mellom to eller flere personer. Hovedsakelig oralsex, analsex, rimming, runking, fingring på vulva, fingring inni vagina, vaginal penetrering av penis og deling av sexleketøy, som vibrator, strap-on eller dildo. Jeg definerer sex på denne måten fordi min masteroppgave handler om kjønnssykdommer, og derfor er det kun utveksling av kjønnsvæsker som blir relevant å skrive om. Jeg har også forståelse for at dette ikke er sånn sex ser ut for alle.

1.5 Problemstilling, forskningsspørsmål og oppgavens struktur

I denne masteroppgaven ønsker jeg å finne ut hvilke seksuelle helsetilbud som er tilgjengelige for lesbiske. Mitt inntrykk er at mange av tilbudene for seksuelle helse er ganske fallosentriske. Derfor vil jeg anta at det ikke er så mye relevant seksuell helsehjelp tilgjengelig for lesbiske. Min antagelse er at den beste kilden til informasjon om lesbisk behov for seksuell helsehjelp og hvor dette er tilgjengelig, er hos de yrkesutøverne som rådgir unge om seksuell helse. Både min interesse i seksuelle helsetilbud for lesbiske, og min tanke om hvem som var den beste kilden til denne informasjonen, var bakgrunnen for problemstillingen til denne masteroppgaven. Problemstillingen er:

*Hvordan forstår eksperter som rådgir unge om seksuell helse, spørsmålet:
"Hvordan kan to lesbiske personer med vulva ha sex uten å få
kjønnssykdommer?"*

Det er mange ulike kjønnsidentiteter og legninger som kan beskrives som «to personer med vulva som har sex». For eksempel, skeive, bifile eller lesbiske som kan være kvinner, ikke-binære, intersexpersoner eller transmenn. Problemstillingen tar utgangspunkt i to lesbiske personer med hver sin vulva. Grunnen til at jeg ville skrive om denne gruppen er fordi deres seksuelle praksis ikke er fallosentrisk. I tillegg har jeg mest innsikt og forståelse innad denne gruppen, fordi jeg selv er lesbisk. Til denne problemstillingen valgte jeg også at de lesbiske personene begge skal ha vulva, fordi jeg er interessert i hvilken beskyttelse man kan bruke annet enn kondom. Likevel er jeg bevisst på at ikke alle som er lesbiske har en vulva. Å finne ut hvordan to lesbiske personer med vulva kan ha sex med hverandre uten å få kjønnssykdommer, vil ikke gi svar til hvordan alle lesbiske kan ha sikker sex. lesbisk er heller ikke et ord som beskriver alle personer som er to personer med vulva som har sex med hverandre.

I denne masteroppgaven ønsker jeg å finne ut hvordan eksperter innen seksuell helse, som jobber med å rådgi og lære unge om seksuell helse, forstår spørsmålet mitt om sikker sex for denne typen lesbiske. Som sagt er mitt inntrykk at mange av tilbudene for seksuell helse er ganske fallosentriske, derfor ønsker jeg å vite hvordan ekspertene forstår problemene jeg presenterer for dem. Om de, for eksempel, forstår problemet som viktig eller uviktig. Kanskje de mener det er et viktig spørsmål, og at det derfor bør etableres flere tilbud for lesbiske. Eller kanskje forstår de spørsmålet som uviktig, fordi de, som hovedkarakteren i *Sex Life of College Girls*, mener lesbiske ikke får kjønnsykdommer. For å finne ut hvordan de forstår spørsmålet mitt, fokuserer jeg på hvordan de snakker om ulike temaer. Derfor har jeg formulert forskningsspørsmålene mine på denne måten:

1. Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om tilgjengeligheten av ressursene lesbiske trenger for å ha sikker sex?
2. Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om det å veilede lesbiske om sikker sex?
3. Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om lesbiskenes behov for seksuell helsehjelp?

De tre forskningsspørsmålene formulerte jeg induktivt etter den tematiske analysen. Empirien falt naturlig inn i disse tre forskjellige kategoriene. Det første analysekapittelet handler om hvilke ressurser ekspertene nevner som relevante eller tilgjengelig for at lesbiske skal ha sikker sex. Deretter vil det neste analysekapittelet handle om hvordan ekspertene snakker om å veilede spesifikt lesbiske. Det siste analysekapittelet viser til hvordan ekspertene snakker om lesbiskenes behov for seksuell helsehjelp. Rekkefølgen av analysekapitlene har også en betydning for analysen, da funnene i det første analysekapitlet er relevante i både det andre og det tredje.

1.5.1 Oppgavens struktur

Denne masteroppgaven har syv kapitler. Etter introduksjonskapitlet følger metodekapitlet, som beskriver hvordan jeg brukte kvalitativt forskningsintervju som forskningsmetode til å samle empirien til denne masteroppgaven. Metodekapitlet viser også at jeg brukte tematisk analyse for å analysere denne empirien. I tillegg viser metodekapitlet refleksjoner over valgene jeg har tatt angående informanter, intervju, og etiske spørsmål rundt min rolle som forsker. Kapittel 3 handler om det teoretiske rammeverket. Mitt teoretiske rammeverk er bygget på ulike teorier om kjønn, seksualitet og sex. Hovedteoriene jeg presenterer i det teoretiske rammeverket er heteronormativitet, fallosentrisme, homotoleranse, homonormativitet og homofobi.

Masteroppgaven har også tre analysekapitler (kapittel 4,5 og 6) som skal forsøke å besvare hvert sitt forskningsspørsmål. I analysekapitlene gjennomfører jeg en tematisk analyse av empirien jeg samlet ved å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer. Analysen støtter seg på de ulike teoriene fra Kapittel 3. Det siste og syvende kapitlet er

konklusjon. Dette vil inneholde oppsummeringer fra alle analysekapitlene, mine hovedfunn, amt et endelig forsøk på å besvare problemstillingen.

2 Metode

Metodekapittelet inneholder refleksjoner og drøftinger gjeldende valgene jeg har tatt angående intervjuene jeg har gjort til denne masteroppgaven. Jeg starter med å beskrive forskningsmetoden min for innsamling av empiri, kvalitativt intervju. Deretter skal jeg legge ut om hvilke kriterier jeg hadde for informantene mine, rekrutteringsprosessen og det endelige utvalget av informanter. Videre tar kapittelet for seg de ulike delene av å gjennomføre intervju: (1) utforming av intervjuguiden (2) hvordan intervjuguiden fungerte i gjennomføringen av intervjuene, (3) hvordan intervjuene ble gjennomført og (4) hvordan jeg løste et problem jeg møtte på i to av intervjuene. Etter delen om gjennomføring av intervjuene skal jeg skrive om hvordan jeg bearbeidet datamaterialet ved bruk av tematisk analyse. Til slutt skriver jeg om etiske betraktninger og om min rolle som forsker.

2.1 Kvalitativt intervju

Forskningsmetoden jeg brukte for å samle empiri til denne masteroppgaven var kvalitativt forskningsintervju. Kvalitative forskningsintervju er en metode som gir tilgang til andres erfaringer og refleksjoner gjennom å snakke med dem (Skilbrei, 2019, s. 65). Intervjuene er individuelle, men gjennomføringen er nokså lik for hver informant. Målet med kvalitative forskningsintervju er å trekke konklusjoner som gjelder for flere mennesker i samme målgruppe (Skilbrei, 2019, s. 65). I kvalitative intervjuer skal forskeren finne sammenhenger, prosesser og kategorier som gjelder for de fleste i denne målgruppen.

I kvalitative intervju er informantene kilden til informasjon (Skilbrei, 2019, s. 65). Dette er grunnen til at jeg valgte nettopp denne metoden til denne oppgaven. Informantene jeg valgte, er eksperter innenfor det teamet jeg forsker på. De er kilden til informasjonen jeg søkte etter.

2.2 Kriterier for informanter

Jeg ville forske på hvordan helsepersonell rådgir skeive personer, spesifikt personer som har spørsmål om lesbisk sex. Derfor valgte jeg å rekruttere informanter som jobbet med å fremme god seksuell helse blant ungdommer, studenter eller unge voksne. De skulle være helsepersonell, fagpersoner eller yrkesutøvere som på andre måter var kvalifisert til å svare på spørsmål angående sex og prevensjon. Det var en fordel om de jobbet med å teste pasientene sine for kjønnsykdommer. Jeg ville intervju folk fra denne gruppen, altså fagpersoner som kunne svare på medisinske spørsmål, fordi jeg vil undersøke deres ekspertise innenfor seksuell helse for skeive.

Det var ingen kriterier som omhandlet personlig eller privat informasjon om informantene mine. Dette gjelder faktorer som kjønn, alder, nasjonalitet, religion eller seksualitet. Personlige faktorer ikke er relevante for forskningen min. Jeg ønsket ikke å vite om informantenes egne meninger eller erfaringer med skeivhet. Jeg ønsker i stedet bare å lære om hvordan de behandler skeive personer når de er i en profesjonell sammenheng, hvilke tilbud og produkter arbeidsplassen deres tilbyr til skeive, og hva de har lært om skeivhet, enten fra utdanningen sin eller fra arbeidsplassen sin. Det er dette jeg antar kommer til å gi innsikt i hvordan skeive personer blir møtt når de henvender seg til slike organisasjoner for råd. Jeg skulle altså kun spørre spørsmål rundt hvordan de snakket om skeivhet og skeiv sex på jobb, og ingen spørsmål om personlige erfaringer med skeivhet.

Kravene jeg stilte til informantene mine var at de tilhøre en organisasjon eller verv som arbeidet for å fremme seksuell helse. Jeg ville at de skulle forklare prosedyrene, tilbudene og produktene som deres arbeidssted gav til skeive personer. I tillegg ville jeg vite hvilken informasjon og kompetanse organisasjonene gav til sine ansatte.

2.2.1 Rekrutteringsprosess

Jeg ønsket informanter som tilhører organisasjoner eller verv som fremmer god seksuell helse blant ungdommer, studenter eller unge voksne. Derfor kontaktet jeg ulike organisasjoner og verv som spesialiserte seg innenfor seksuell helse blant unge, og spurte om det var noen der jeg kunne intervjuer.

I starten av rekrutteringsprosessen valgte jeg først å kartlegge hvilke organisasjoner eller grupper som unge ville kontaktet for å få svar på spørsmål de hadde rundt seksualitet og seksuell helse. Derfor valgte jeg å kun kontakte organisasjoner som hadde ungdommer, studenter eller unge voksne som målgruppe. Det var viktig at organisasjonene møter og behandler målgruppen sin gratis og uten henvisning fra lege. Altså, organisasjoner som tilbyr et lavterskeltilbud for unge personer som ønsker å teste seg for kjønns sykdommer, få prevensjonsveiledning, informasjon om sikker sex, seksualitet eller kjønn.

For å forsikre meg om at jeg kom til å nok informanter, kontaktet jeg mange ulike organisasjoner i ulike deler av Norge. Jeg kontaktet dem, enten ved å ringe, møte opp eller sende e-post. Hovedsakelig fant jeg informantene mine gjennom å kontakte organisasjoner. Ved noen tilfeller oppsøkte jeg informanter først og spurte om de kunne være interessert i å bli intervjuet om arbeidshverdagen sin i organisasjonen eller vervet de tilhørte. Dette gjorde jeg kun når jeg allerede visste at de var relevante kandidater som jobbet i en relevant organisasjon. Den første jeg oppsøkte på denne måten var en familievenn som jeg visste jobbet på en helsestasjon. Den andre personen jeg oppsøkte på denne måten var noen jeg tilfeldigvis fant på Instagram som jeg visste var i et verv som var relevant for oppgaven min.

2.2.2 Endelig utvalg

Totalt baserer oppgaven seg på intervjuer med åtte informanter. Informantene som har deltatt i denne studien jobber i tre forskjellige større byer i Norge. Blant informantene var det mange forskjellige utdanningsløp og arbeidssteder. Arbeidsstedene de tilhørte var blant annet frivillige organisasjoner, helsestasjoner enten for ungdommer eller studenter, ulike kunnskapscenter og andre lignende arbeidssteder.

Aldersspredningen mellom informantene er mellom 24-54 år. De har ulik mengde arbeidserfaring i feltet, noen hadde under ett års erfaring, mens andre hadde mer enn 20 års erfaring. Blant informantene var det et bredt spekter av kjønn, da jeg intervjuet menn, kvinner og ikke-binære personer.

Av anonymiseringshensyn vil videre omtalelser av informantene utelate informasjon om informantenes personlige liv eller andre beskrivelser som kan gjøre dem gjenkjennbare.

Denne anonymiteten har informantene blitt lovet. I tillegg er det informantene sier, og ikke hvem de er, som er det sentrale i denne masteroppgaven.

For å opprettholde anonymiteten til informantene mine videre i masteroppgaven, vil alle informantene mine bli referert til på lik måte i selve masteroppgaven. Navnene deres vil ikke bli nevnt, de vil kun bli referert som informant 1, informant 2, informant 3 osv., i en tilfeldig rekkefølge. I tillegg vil alle bli referert til med det kjønnsnøytrale pronomenet «hen». De fleste dialektord vil også bli forenklet og gjort om til bokmål. Informantene vil være uten navn, uten kjønn og dialekt for at ikke kunne identifiseres. I analysekapitlene og i konklusjonen vil informantene bli referert til som eksperter som rådgir unge om seksuell helse, når de blir referert til som en gruppe. Dette er for å ikke identifisere hvem av dem som jobber hvor og under hvilken arbeidstittel.

2.3 Gjennomføring av intervju

Da jeg planla gjennomføringen av intervjuene, tenkte jeg at jeg ville at informantene skulle føle seg respektert og komfortable. Som tidligere nevnt er informantene kildene til informasjonen jeg søkte. Jeg ville behandle dem som like viktige som de var. Denne delen av metodekapittelet handler om hvordan ønsket mitt om å behandle informantene mine rettferdig, preget utformingen av intervjuguiden min, og gjennomføringen av intervjuene mine.

2.3.1 Utforming av intervjuguide

I utforming av intervjuguiden (se Vedlegg 2) har jeg fokusert på spørsmål knyttet til praksis på den spesifikke arbeidsplassen i stedet for å spørre om informantenes personlige holdninger. Dette synes jeg var viktig fordi jeg ville vite hvordan unge skeive ble møtt av organisasjonene, og ikke av enkelte arbeidstakere.

En strategi jeg benyttet meg av var å stille case-baserte spørsmål formulert som hypotetiske situasjoner. Gjennom denne typen spørsmål kan man få tak i beskrivelser av praksis. I tillegg vil man og kunne få tak i holdninger (Thagaard, 2018, s. 97). Thagaard (2018) sier at: «Folk vet ikke nødvendigvis hvorfor de handler som de gjør, og de kan komme i forsvar hvis de blir bedt om å begrunne sine handlinger» (s. 97). For å få mest mulig informasjon om organisasjonene sine holdningene og meninger om skeivhet, valgte jeg å formulere visse spørsmål som hypotetiske situasjoner. Et eksempel på et slik spørsmål er: «Om en ung lesbisk person kom og spurte spørsmål om hvordan hen kunne best mulig praktisere sex, hva kunne dere ha gjort for den personen da?»

En annen faktor som var viktig for meg da jeg utformet intervjuguiden, var å unngå ledende spørsmål. Jeg forsøkte å formulere spørsmålene på en slik måte at informantene kunne få tenke og reflektere fritt basert på egne meninger, fordi hele hensikten med kvalitative intervjuer er å få kunnskap om informantenes perspektiv eller tolkninger (Skilbrei, 2019, s. 66). Jeg ville ikke gi informantene inntrykk av at noen svar var verre eller mindre korrekte. Et eksempel på et ikke ledende spørsmål er dette: «Hvordan kan to personer med vagina praktisere sikker sex?». Dette spørsmålet er rett på sak, direkte og nøytralt. Jeg ønsket å formulere intervjustørsmålene mine på en minst mulig ledende måte, slik at informantene mine kunne dele sine perspektiv og tolkninger.

Før intervjuene hadde jeg negative forventninger til hvordan helsepersonell møter skeive personer. Jeg ønsket ikke at mine negative forventninger skulle prege informantens svar. Dette var enda en grunn til at jeg ville at spørsmålene mine skulle være så lite ledende som mulig. Jeg håpet at ved å formulere spørsmålene mine til å ikke være ledende, ville det hjelpe informantene mine til å gi meg svar som reflekterte et ærlig bilde av praksisen deres. Jeg ville ikke påvirke dem til å gi meg potensielt uærlige svar, bare for å gjøre meg fornøyd.

2.3.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene i denne studien ble i hovedsak gjennomført på en strukturert måte, og jeg har brukt intervjuguiden tilnærmet ordrett i de fleste intervjuene. Ett problem jeg møtte på i gjennomføringen av intervjuene, var at de to første informantene jeg intervjuet virket utilpasse og ble overrasket over spørsmålene jeg stilte dem. En av dem sa at intervjuet føltes som å ha en muntlig eksamen. Jeg fikk inntrykk av at jeg kanskje ikke hadde gitt dem nok informasjon om temaet jeg skulle intervjuer dem om før jeg kom dit. Derfor kom jeg frem til at gjennomføringen av intervjuene kom til å bli ryddigere og hyggeligere derom informantene mine fikk muligheten til å se spørsmålene skriftlig i forkant av intervjuet. Dette valgte jeg å gjøre for at informantene mine skulle føle seg informert og forberedt om hva som skulle skje under intervjuene. Etter at jeg begynte å sende dem intervjuguiden på forhånd, opplevde jeg ikke å ha flere informanter som var synlig utilpasse eller overraskede over spørsmålene.

En annen grunn til at jeg ville at de skulle vite hvilke temaer jeg var interessert i på forhånd, var at de skulle få muligheten til å trekke seg om dette var temaer de ikke hadde kompetanse eller interesse i å snakke om. Etter at jeg begynte å sende intervjuguiden til potensielle informanter i god tid før intervjuet, opplevde jeg at flere trakk seg, fordi de sa at de ikke følte at de var riktige kandidater for dette prosjektet. Samtidig opplevde jeg at intervjuene som jeg gjennomførte ble lengre og fikk mer dybde.

Jeg utførte fem av åtte intervjuer digitalt. Fordelen med dette var å kunne intervjuer mennesker som var i forskjellige byer. Jeg utførte tre av åtte intervjuer fysiske. De fysiske intervjuene utførte vi på grupperom, informantens kontorer eller på undersøkelsesrom som tilhørte arbeidsstedet deres. Det var ingen merkbar kvalitetsmessig forskjell på de fysiske og digitale intervjuene.

2.4 Bearbeiding av datamaterialet og analysestrategi

Denne delen av metodekapittelet skal handle om datamaterialet jeg samlet inn og hvordan jeg bearbeidet datamaterialet. Jeg brukte tematisk analyse for å analysere datamaterialet, og denne delen beskriver hvordan jeg anvendte metoden for å dele datamaterialet inn i ulike kategorier og temaer.

2.4.1 Omfang

Jeg utførte åtte intervjuer med åtte ulike informanter. Intervjuene varte mellom 28 og 90 minutter. Kombinert tid var lengden på intervjuene omtrent 400 minutter. Dette tilsvarer seks timer og førti minutter. Inkludert i de 400 minuttene er korte pauser og tilfeldige avbrytelser. Grunnet tekniske problemer var det også noen lengre avbrytelser i enkelte

intervjuer som varte alt mellom to og femten minutter. Alle slike avbrytelser og pauser er inkludert i de 400 minuttene.

Etter at jeg transkriberte alle intervjuene, ble det rett under 50 000 ord. Inkludert i de 50 000 ordene er det småprat som er uviktig for det jeg forsker på i denne masteroppgaven. I sine beskrivelser av tematisk analyse, skriver Braun og Clarke at transkribering for denne analysemetoden kan redigeres og forkortes for å fjerne deler av intervjuene som ikke er essensielle for forståelsen av datamaterialet (2012, s. 60).

Måten transkriberingene foregikk var ved å bruke NTNUs «Tekst til tale»-funksjon for å lage transkriberinger av de originale lydopptakene av intervjuene. Deretter leste jeg transkriberingene samtidig som jeg lyttet til de originale lydopptakene for å rette opp små og store feil i transkriberingene.

2.4.2 Analytisk strategi: Tematisk analyse

Tematisk analyse er en metode for «... systematically identifying, organizing, and offering insight into patterns of meaning (themes) across a data set» (Braun og Clarke, 2012, s. 57). Ved å utføre tematiske analyser vil man få innsikt i «... collective and shared meanings and experiences» (s. 57). Metoden består av seks faser med mål om å finne gjennomgående temaer som kan besvare forskningsspørsmålene man har stilt. Fasene strekker seg fra å gjøre seg kjent med datamaterialet i første fase til å kode materialet og deretter gjøre kodene om til grupper med temaer. Tematisk analyse er passende som metode til min masteroppgave, fordi det åpner opp for å se etter gjentakende temaer og undersøke «... latent meanings, the assumptions and the ideas that lie behind what is explicitly stated» (s. 58). Med andre ord, jeg kan undersøke intervjuene og se etter underliggende temaer, meninger og samfunnsstrukturer som ellers ikke ville vært åpenbare i deltakernes svar. Braun og Clarke skriver også at tematisk analyse er passende i prosjekter hvor forskningsspørsmålene er «... experiential and exploratory» (2012, s. 60) og hvor antakelsen er at «... truth can be accessed through through language, but that accounts and experiences are socially mediated» (s. 60).

2.4.3 Analytisk strategi: Affektdrevet analyse

Da jeg leste gjennom mine transkriberte intervjuer merket jeg at måten jeg tolker innholdet har blitt preget av følelsene mine rundt det som ble sagt. Jeg opplevde å føle meg sint, frustrert, trist, glad eller fornøyd. Jeg vil anta at det er fordi dette er et tema som påvirker meg i stor grad. Fra et forslag fra veilederne mine, valgte jeg derfor å prøve å gi følelsene mine en analytisk form. Måten jeg har gjort dette på er at jeg har laget to kategorier som jeg sorterte mitt empiriske materiale i. Den første kategorien var utsagn som gjorde meg glad eller fornøyd. Den andre kategorien var utdrag som jeg fikk negative følelser av. Dette er i tråd med tematisk analyse, fordi analysemetoden er utformet slik at man hele tiden er en aktiv (og subjektiv) del av prosessen med å etablere koder og temaer. Braun og Clarke skriver at man aldri oppdager temaer som arkeologer oppdager begravde skatter – man er mer som skulptører som tar aktive valg og «... shape and craft their piece of stone (the «raw data») into a work of art (the analysis)» (2012, s. 63).

De to kategoriene inkluderer to ulike språk: nøytralt og ikke-nøytralt språk. En annen forskjell, kanskje den viktigste forskjellen, var at noen av informantene kun *forteller* at de har en inkluderende praksis, mens andre faktisk *demonstrerer* at de har en inkluderende praksis. De demonstrerte dette ved å ikke late som om de hadde like mye å tilby lesbiske som de hadde å tilby heterofile, ved å innrømme hva som kunne vært bedre med praksisen deres og ved å ha et transinkluderende språk. Jeg opplevde at det er mange som *forteller* at de har en inkluderende praksis og de som snakket om gode og inkluderende verdier og holdninger, hadde som regel ingen konkret praksis å vise til.

Jeg opplevde at kodingen, basert på de to kategoriene om nøytralt og ikke-nøytralt språk, fort ble for store og omfattende. Derfor ble den andre kategorien, den med utdrag som jeg hadde negative følelser til, senere gjort om til to separate kategorier. De to kategoriene var utdrag som gjorde meg trist og utdrag som gjorde meg sint. Til sammen hadde jeg da tre kategorier: utdrag som gjorde meg glad, utdrag som gjorde meg trist og utdrag som gjorde meg sint. De tre kategoriene er grunnlaget for hvert sitt forskningsspørsmål, som deretter blir besvart i hvert sitt analysekapittel.

Jeg var veldig investert i forskningen, fordi mange deler av den er personlige for meg. Jeg tror denne personlige investeringen fra min side ga meg bedre innsikt i materialet. Jeg hadde da delt all empirien inn i tre kategorier, glad, trist og sint. Deretter delte de delene i mindre kategorier basert på temaer jeg oppdaget i intervjuene. Temaer i tematisk analyse representerer "... some level of *patterned* response or meaning within the data set" (Braun og Clarke, 2006, s. 82). Temaene er resultat av behovet for å snevre ned og videre dele inn datamaterialet. Jeg fant raskt slike temaer, koder og røde tråder i innholdet, og jeg antar at det er på grunn av min personlig erfaring og emosjonelle investering.

2.5 Etske betraktninger og min rolle som forsker

For at denne forskningen skulle ha best mulig resultat, trengte jeg den hjelpen jeg fikk fra informantene mine. Så før jeg kunne starte med forskningen, måtte jeg tenke på hvilket etisk ansvar jeg hadde ovenfor dem. Innenfor dette ansvaret ligger det at jeg som forsker må følge forskningsetiske reguleringer. Forskningsetikk er retningslinjer, som er forankret i det internasjonale folkefelleskapet (NESH, 2023, s. 5). De har som formål å sørge for at forskere utfører forskningen sin på en faglig og etisk forsvarlig måte. Innenfor forskningsetikk er menneskeverd høyt prioritert, fordi like viktig som regler som omhandler faglig etikk, er medmenneskelig respekt ovenfor informanter. Forskningen jeg har gjort er definitivt en samproduksjon mellom meg og informantene. De har vært medprodusenter av kunnskapen jeg har brukt i min masteroppgave.

Jeg hadde et etisk ansvar for å informere om å hva det kom til å bety for dem å delta i forskningen. Altså hvilken informasjon som var offentlig, og hva som var privat. Informanter skal være samtykkekompetente personer, som skal få mulighet til å gi fritt og informert samtykke før de deltar i studier (NESH, 2023, s. 20/21). Jeg skrev et samtykkeskjema, der jeg forklarte hva det kom til å bety for dem å delta (*se vedlegg 1*). Alle informantene skrev under på hvert sitt skjema.¹

¹ Sikt-nummeret til mitt prosjekt er 175268

I samtykkeskjemaet lovet jeg informantene anonymitet. Jeg har holdt all privatinformasjon om dem privat, slik at de ikke er gjenkjennbare i forskningen. Som forsker har man et etisk ansvar for å beskytte informantene sine fra risiko for skade og belastning, inkludert i dette ansvaret er det å overholde informantens anonymitet (NESH, 2023, s. 19). For å unngå gjenkjenning har jeg derfor ikke inkludert navn, arbeidssted, by, utdanning, alder eller kjønn i forskningen.

Som forsker har jeg et etisk ansvar ovenfor informantene mine (Thagaard, 2018, s. 208). Jeg har også et etisk ansvar ovenfor kvaliteten til forskningen. Med dette mener jeg at ikke kan påvirke resultatet av forskningen for å best passe til hva jeg føler resultatet burde bli (Thagaard, 2018, s. 209). Forskning handler om å søke etter nye perspektiv og ny innsikt (NESH, 2023, s. 5). Alle resultatene som kommer frem i forskningen er like sanne, selv om de ikke samsvarer med mine personlige meninger.

Temaet om lesbisk seksuell helse er veldig viktig og personlig for meg. Jeg er selv lesbisk. Som tenåring var jeg veldig forvirret over hvordan jeg best mulig skulle unngå å få kjønnssykdommer. Jeg spurte mange om råd, og mottok kun dårlig svar. Som voksen har jeg lært å akseptert at jeg sikkert aldri kommer til å få noen ordentlige svar. Samtidig synes jeg fortsatt at dette er urettferdig, fordi det føles som at fordi jeg er lesbisk, så er min helse og sikkerhet ikke er like viktig som andres. Jeg er derfor veldig investert i denne forskningen.

Jeg har innsett at forskningsprosessen har blitt veldig preget av denne personlige følelsen jeg har av urettferdighet. Når jeg har drevet med denne forskningen har jeg ønsket å bli hørt og forstått av informantene mine. Jeg har ønsket at informantene mine skal reflektere over forskjellsbehandlingen jeg forteller dem om og at de skal ha like mye interesse som meg i å finne en løsning. I tillegg håper jeg at leserne av masteroppgaven min vil innse uretten som jeg og andre like meg selv har opplevd. Noen av spørsmålene som jeg har skrevet på intervjuguiden min, er spørsmål jeg selv har stilt helsesykepleiere da jeg var tenåring.

Jeg vil påstå at jeg både er emosjonelt investert og at jeg har innsikt i forskjellsbehandlingen jeg forsker på. Jeg tror at dette gjør meg til en god forsker, så lenge jeg fortsetter å ta rollen min som forsker seriøst. Min personlige erfaring gjør at jeg ser koder og røde tråder i empirien min fortære enn noen som ikke har slik erfaring. Grunnen til at jeg ville forske på nettopp dette, var fordi jeg ønsker å belyse at personer med ulik seksualitet og kjønn, får ulik tilgang til testing av kjønnssykdommer og prevensjon. Like mye ønsker jeg å gi et så korrekt svar som mulig. Jeg ønsker å finne ut hvorfor det er en slik forskjellsbehandling.

2.5.1 Refleksjoner rundt datamaterialets kvalitet

Reliabilitet kan reflektere kvaliteten av dataene (Thagaard, 2018, s. 188). Reliabilitet kan også gi innsikt i hvilke faktorer som kunne hatt innvirkning på dataene. Blant annet kan selve forskeren ha innvirkning på dataene. Reliabilitet stiller spørsmål til om forskeren har utført studiene sine på en pålitelig og tillitsvekkende måte, og om forskeren som person har hatt påvirkning på resultatene av studiet (Thagaard, 2018, s. 187). Hadde resultatet sett annerledes ut om en annen forsker hadde utført det samme studiet? Forskere må gjøre forskningsprosessen sin transparent, for å styrke sin reliabilitet

(Thagaard, 2018, s. 188). Å gjøre forskningsprosessen transparent, vil si å gjøre den gjennomsiktig.

Forskerens personlige meninger, holdninger, livserfaringer og verdenssyn, vil påvirke deres egen forskning. Derfor er det viktig å påpeke at selv om intervju spørsmålene mine var nøytralt formulert, kan det hende at det intervju situasjonen likevel ikke opplevdes sånn for informantene. Dette er fordi jeg selv er lesbisk, og det kan hende at informantene mine visste det da jeg intervjuet dem. Svarene deres kan potensielt ha blitt påvirket av at jeg som person var en visuell representasjon av temaet jeg intervjuet dem om. Så selv om spørsmålene mine var formulert til å ikke være ledende, så kan det likevel hende at i selve intervju situasjonen følte spørsmålene ledende, fordi det var jeg, en lesbisk kvinne, som leste dem. Det er også viktig å tenke på om studieretningen jeg tilhører, likestilling og mangfold, bidro til det samme resultatet. Det er mulig at informantene opplevde en sosial avstand mellom dem selv og meg, som gjorde at de ikke følte seg komfortable med å fortelle hele sannheten (Thagaard, 2018, s. 105). Reliabilitet stiller spørsmål om forskningen hadde blitt gjort av en annen forsker, om resultatet hadde blitt annerledes. Man kan da bruke reliabilitet til å reflektere over om studiet hadde hatt en heterofil forsker, eller en forsker fra et annet studiefelt, da hadde kanskje de fått et helt annet resultat fra de samme informantene.

3 Teoretisk rammeverk

Mitt teoretiske rammeverk omhandler hovedsakelig teorier rundt hvordan seksualitet blir forstått i samfunnet. Hovedbegrepene jeg skal bruke er heteronormativitet, homofobi, homotoleranse, homonormativitet og fallosentrisme. Sammenhengen mellom de fem begrepene er at de opprettholder og definerer hverandres verdi og makt.

Heteronormativitet tilsier at heterofili er menneskers norm. Om ikke heteronormativitet var en fundamental grunntanke i samfunnet, hadde ikke homofobi, homotoleranse, homonormativitet og fallosentrisme vært begreper som representerer heterofile sin historiske og institusjonelle makt over skeive personer. Samtidig opprettholder de fire begrepene heteronormativitetens verdi og gjør at fenomenet ikke dør ut.

For at man skal kunne forstå seksualitet, må man også forstå kjønn. Kjønn og seksualitet har fått en symbolsk og konstruert tilknytning, som gjør at de både begrenser og utvider hverandre. Dette skal jeg gå inn på i dette kapitlet.

3.1 Kjønnforståelser

Som sagt, for å forstå hvordan samfunnet forstår seksualitet, må man også forstå hvordan samfunnet forstår kjønn. Sosialkonstruktivisme kan brukes for å beskrive blant annet samfunnets kjønnforståelser. Sosialkonstruktivisme handler om at samfunnets kunnskap og virkelighetsforståelse har fått en struktur basert på tilfeldig, subjektiv deling av «den riktige måten». Resultatet er et samfunn hvor det som er riktig og ekte er bestemt kun av vane, delte opplevelser, erfaringer og sosial interaksjon og ikke av det som er universelt riktig (Berger og Luckmann, 1991, s. 70). For eksempel, en idé som jeg vil komme tilbake til, er den generelle forståelsen av seksualitet omkranset av kontrasten mellom den aktive mannen og den passive kvinnen (De Beauvoir, 1949/2000, s. 718). Kvinner skal være underdanige og skal ikke ta initiativ til sex. Det er ingen naturlige, universelle sannheter som har bestemt at strukturen skal være sånn, og den er dermed sosialt konstruert.

Judith Butlers kjønnsteori handler også om at samfunnet har bestemt en sannhet, som ikke er bestemt i biologi, men i kultur. Butler er en amerikansk filosof og kjønnforsker og hens kjønnsteori antar blant annet at kjønn er en sosial konstruksjon. Kjønn er en sosial konstruksjon, fordi måten mennesker uttrykker sin kjønnsidentitet ikke har grunnlag i biologi, men i samfunnsnormer og forventninger om hvordan kjønn burde være. Butler (1990/2020) mente at rammene som definerer «kvinner» tilsier at kvinner må være heterofile, fremtre feminint slik at de tiltrekker menn og at de har en vagina som de ønsker at menn skal penetrere.

I sin kjønnsteori deler Butler (1990/2020) kjønn i to hoveddeler. Den første er biologisk kjønn og den andre er sosialt kjønn (s. 31). Biologisk kjønn handler om verdien samfunnet har gitt den fysiske kroppen. En kvinnes biologisk kjønn blir definert av hvordan menn kan uttrykke sin seksualitet på henne (Butler, 1990/2020, s. 32). Rammene bestemt for kvinnekroppen er at den skal bli penetrert av menn og skal kunne bli gravid (Butler, 1990/2020, s. 37). Den andre hoveddelen er sosialt kjønn. For kvinner tilsier sosialt kjønn hvordan de blir opplevd i samfunnet (Butler, 1990/2020, s.

32). Kjønnsuttrykket kvinnen skal ha er en presentasjon av feminitet som heterofile menn er seksuelt tiltrukket av. Jo mindre denne definisjonen av sosialt og biologisk kjønn gjelder for en kvinne, jo mindre blir hun anerkjent som en kvinne i samfunnet (Butler, 1990/2020, s. 37).

3.1.1 Den Heteroseksuelle Matrisen

Den heteroseksuelle matrisen er et begrep som belyser hvordan samfunnet ser på heteroseksualitet som normalen (Almås et al., 2021). Begrepet innebærer at det mennesker kun enten kan være mann eller kvinne og at de to kjønnene skal utjevne hverandre kroppslig og i atferd (Almås et al., 2021). De skal også være interessert i å inngå i seksuelle og romantiske relasjoner med personer av det motsatte kjønn. Som sagt er heteronormativitet normen for heterofili i samfunnet.

Innenfor den heteroseksuelle matrise er det forventet at alle identifiserer seg med sitt tildelte kjønn ved fødsel og oppfører seg deretter. I boken *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity* (1999) skriver Butler at de bruker begrepet den heteroseksuelle matrisen for å beskrive «... a hegemonic discursive/epistemic model of gender intelligibility that assumes that for bodies to cohere and make sense there must be a stable sex expressed through a stable gender that is oppositionally and hierarchically defined through the compulsory practice of heterosexuality» (s. 194). Med andre ord, for å forstå andres biologiske kjønn er alle nødt til å ha et stabilt kjønnsuttrykk. Menn er nødt til å ha et maskulint kjønnsuttrykk, og kvinner må ha et feminint kjønnsuttrykk. Den heteroseksuelle matrisen viser til den kulturelle forventingen om at å være heterofil og ciskjønn er standarden og utgangspunktet i alle sine liv. Dersom man viker fra forventningene, så er konklusjonen at man ikke er heterofil.

	Maskulint kjønnsuttrykk	Feminint kjønnsuttrykk
Mann	Heteroseksuell	Homoseksuell
Kvinne	Homoseksuell	Heteroseksuell

Figur 1: Den (forenklete) heteroseksuelle matrisen. Oversatt modell fra Tredway (2014, s. 169). Modellen viser at kjønn og kjønnsuttrykk sees i sammenheng og gir opphav til forventninger om seksualitet.

Problematisk, sier Butler, så skjuler hegemoni presentert i den heteroseksuelle matrisen «... kjønnbruddene som florerer innenfor heteroseksuelle, biseksuelle, homoseksuelle og lesbiske kontekster hvor sosialt kjønn ikke nødvendigvis er en konsekvens av biologisk kjønn, og begjæret, eller seksualiteten» (1990/2020, s. 43). Samfunnets forventninger til kjønn er binære og restriktive, og de tar ikke hensyn til at det finnes variasjon i både biologisk kjønn, sosialt kjønn og seksualitet. Den heteroseksuelle matrise henger sammen med heteronormativitet, men handler om at kjønn i samfunnet er forstått som binært. Den heteroseksuelle matrise kan også bidra til å forklare hvordan heteronormativitet virker.

3.2 Heteronormativitet

Heteronormativitet er et begrep som beskriver en samfunnsforventning om at alle mennesker er heterofile, helt til det motsatte blir bevist (Annfelt et al., 2008). Heteronormativitet baserer seg i samfunnets forståelse av at ciskjønnsidentiteter og heterofili er menneskers normal (Svendsen et al., 2018, s. 257). Å være ciskjønn og heterofil blir sett på som stabile og universelle aspekter av menneskelig erfaring. Heteronormativitet påvirker hele samfunnet og danner bakteppe for hvilke forventninger mennesker har til en selv og til andre (Annfelt et al., 2008, s. 12). Heteronormativitet legger også føringer for hvordan man bør være seksuell og hvordan man bør uttrykke kjønn sitt (Annfelt et al., 2008). Heteronormativitet drar en symbolsk kobling mellom kjønn og seksualitet der femininitet kobles sammen med det heteroseksuelle begjæret for en mann. Femininitet blir også definert av en seksuell åpenhet for penetrering eller til en mann. Både litteratur og lovverk er preget av heteronormative antagelser om hvordan mennesker lever. Et annet uttrykk for heteronormativiteten kan være at ulike tjenester er tilpasset et antatt heterofilt publikum eller en heterofil praksis, slik denne oppgaven går nærmere inn på. Likevel blir ikke de heterofiles kultur forstått som noe særegent heterofilt; det blir kun forstått som menneskers norm. Måten heteronormativitetsnormene opprettholder sin verdi på er ved å peke ut hvordan skeivhet avviker fra de gjeldene normene (Annfelt et al., 2008, s. 11).

Heteronormativitet tilsier at menneskers utgangspunkt er å være heterofile, så om en person ikke er heterofil, må de derfor «komme ut av skapet» og fortelle verden at de ikke er heterofile likevel. Før man kommer ut har man derfor levd som heterofil, blitt oppfattet som heterofil og oppfattet resten av verden fra et heterofilt perspektiv (Annfelt et al., 2008). Først etter at de kommer ut, vil de bli forstått som annerledes (Annfelt et al., 2008, s. 11).

Begrepet heteronormativitet har oppstått med utgangspunkt i queer theory. Queer Theory, eller skeiv teori, er på mange måter homokampen omgjort til en akademisk disiplin (Bolsø, 2010, s. 35). Denne teoriretningen er udefinert og selvstendig, og den ble grunnlagt på 1990-tallet. Sentrale teoretiker innenfor skeiv teori er blant annet Judith Butler (Bolsø, 2010, s. 56) og Michel Foucault (Bolsø, 2010, s. 35). Forutsetningen for skeiv teori er at det ikke er noe galt med å være skeiv, men at det som er galt, er hvordan skeive identiteter og skeive kroppar blir lest og forstått av samfunnet (Bolsø, 2010, s. 63).

3.2.1 Fallosentrisme

Fallosentrisme er et begrep som beskriver en forestilling om at fallos, penis, er et symbol for mannlig dominans og autoritet ("fallosentrisk", u.å.). Å si at noe er fallosentrisk betyr at man mener at det baserer seg på det som kulturelt blir antatt å være mannsdominerte holdninger eller verdier. For eksempel, er den normative måten sex blir forstått på fallosentrisk, fordi den defineres av at den som har en penis penetrer sin partner og at sexen er fullført når førnevnte får en orgasme (Sciberras og Tanner, 2024, s. 344).

Denne definisjonen er fallosentrisk, fordi den baserer seg på kulturelle forventninger om at menn har penis og at kvinner har vagina. I tillegg blir ikke kvinnens seksuelle nytelse omtalt i denne definisjonen, noe som reduserer hennes rolle til å være et verktøy for å fremme mannens nytelse. Historisk har denne definisjonen av sex blitt lært i seksualundervisning (Ringrose et.al., 2019, s. 261).

Fallosentrisme er et konsept skapt av psykoanalytiker og feministisk teoretiker Luce Irigaray (Holmlund, 1991, s. 294). I Irigrays doktorgradsavhandling kritiserer hun kjente psykoanalytikere som blant annet Freud og Jung, for deres begrensede kvinnesyn (Holmlund, 1991, s. 294). Irigrays arbeid bygger også på franske filosofiske feministiske tradisjonen, spesielt Simone De Beauvoir.

I boken *Det Annet Kjønn* presenterte De Beauvoir en idé om at kvinner vil alltid bli definert av forholdene de har til menn, fordi mannen er originalen. Simone De Beauvoir mente at både menn og kvinner bekrefter denne definisjonen av sitt kjønn gjennom sex og forførelse. Menns rolle innebærer å dominere kvinnen og å avvise alle muligheter til å ta den passive rollen, da deres kjønnsrolle ikke tillater det. Menn tar eierskap over egen nytelse, samtidig som de gir kvinner nytelse (De Beauvoir, 1949/2000, s. 391). Det menn forventer av kvinner er at de ikke ha noe seksualitet før de endelig møter den rette mannen som forfører dem. Kvinners seksualitet aldri være noe selv har eierskap til (De Beauvoir, 1949/2000, s. 718). Hun beskriver det som at: «... han vil at ingen ting hos hans ledsagerske skal være selvstendig, ikke engang den lysten hun har på ham» (De Beauvoir, 1949/2000, s. 318). Mannen ønsker dette av kvinnen, fordi da bekreftes det at han er blant de overlegne i verden (De Beauvoir, 1949/2000, s. 318). Slik bekrefter menn og kvinner sine kjønn gjennom sex og forførelse. Den heteronormative måten å forstå sex på er en kvinne som er passiv og blir penetrert og en mann som er dominant som penetrerer henne.

Innenfor fallosentrisme finnes ikke kvinnelig seksualitet, kvinner blir kun forstått som objekter for menns begjær (Holmlund, 1991 s. 294). Det blir ikke anerkjent at kvinner verken onanerer, eller har seksuell interesse i andre (Holmlund, 1991 s. 294). Fallos betyr penis, konseptet fallosentrisme kan forstås som bredere enn bare det bokstavelige - det referer også bredt og metaforisk til sosiale relasjoner av dominans og underordning.

I denne masteroppgaven skal jeg låne konseptet *fallosentrisme* fra Irigaray, fordi det er veldig passende for mine diskusjoner av samfunnsforståelser rundt kjønn og seksualitet. Dette betyr ikke at jeg er enig i "difference feminism", som også er et begrep assosiert med Irigaray, eller at jeg skal gå videre inn på psykoanalytisk teori, subjektdannelse eller dynamikken til ønske.

3.3 Homotoleranse

Blant det heteroseksuelle storsamfunnet i Norge, blir homotoleranse sett på som en vanlig norsk verdi (Mellingen, 2013, s. 307). Homotoleranse er et begrep som beskriver at homofile skal bli tolerert, og det er fordi toleranse og likestilling blir ansett å være viktige nordiske verdier (Røthing og Svendsen, 2010, s. 150). Denne toleransen og likestillingen blir vedlikeholdt ved å vise toleranse for homofile (Svendsen et al., 2018, s. 257). Homotoleranse blir beskrevet som noe som kjennetegner det norske samfunnet og norske borgere (Røthing og Svendsen, 2010, s. 150).

Homotoleranse har et endepunkt, eller en grense, for hva toleransen inkluderer og for hvem. Toleransen inkluderer ikke en forventning om at man kommer til å møte på homofili, eller å tilpasse samfunnet, lovverket eller normer for å møte skeive personers behov. Samtidig inkluderer toleransen at det er en norsk verdi å være tolerant ovenfor homofili og at det blir sett ned på folk som diskriminerer eller trakasserer homofile (Svendsen et al., 2018, s. 257). I hovedsak er homotoleransens grense at homofile følelser og begjær blir tolerert, men at homofil praksis ikke blir det (Mellingen, 2013, s. 308).

Innenfor et heteronormativt samfunn kan begrepet homotoleranse beskrive fenomenet der heterofili blir sett på som normen, mens homofili er andrevalget (Svendsen et al., 2018, s. 258). Det er fordi når heteroseksuelle må ta stilling til å tolerere andre, beviser det at de har mer makt enn gruppen de tolererer. Denne homotoleransen opprettholder den hierarkiske samfunnsstrukturen der heterofile er normen og homofile er andrevalget og derfor konstant skaper et behov for homotoleranse som nødvendig (Mellingen, 2013, s. 307). Homotoleranse handler mye om vanskeligheten av å være skeiv eller homofil, Begrepet homotoleranse kan også forstås å handle mest om behovene i det heteroseksuelle storsamfunnet i Norge til å følge normene rundt likestilling og toleranse og om hvordan de utøver toleranse for homofile, innad sin egen gruppe, fordi de ønsker å bli likt og akseptert av hverandre.

3.3.1 Homotoleranse og «å komme ut av skapet»

For at heterofile skal vise sin toleranse ovenfor homofile, må skeive personer komme ut av skapet og gjøre sin minoritetsposisjon synlig (Mellingen, 2013, s. 307). Som sagt tidligere er det et krav innen et heteronormativt samfunn at skeive personer må «komme ut av skapet» for at de skal bli forstått som noe annet enn heterofile. Det er fordi heteronormativitet har konstruert at heterofili er menneskers norm. Homofile må derfor komme ut av skapet, og definere seg selv som en del av en marginalisert gruppe, for å unnsnippe å bli forstått som heterofile (Mellingen, 2013, s. 310).

Historiene som blir fortalt rundt «å komme ut» er ofte preget av at det har vært smertefullt å skjule hvem man er og at å være åpen om sin identitet er veien ut av smerten (Mellingen, 2013, s. 311). Slike historier gir det heteroseksuelle storsamfunnet en mulighet til å utøve sin toleranse og få seg selv til å virke veldig tolerant. Dette til tross for at behovet for å komme ut er en konsekvens av at det heteroseksuelle

storsamfunnet har definert heterofili som en norm (Mellingen, 2013, s. 311). Gjennom homotoleranse opprettholder heteronormativitet sin verdi (Mellingen, 2013, s. 307- 308).

3.4 Homonormativitet

Homonormativitet er et begrep som viser at et homotolerant samfunn egentlig kun tolererer homofile så lenge som livene deres samsvarer med heteronormative livsstiler (Svendsen et al., 2018, s. 259). Det vil si at de får barn og er i monogame parforhold. Et nøkkelement i homonormativitet er at den støtter seg på antagelsen om at alle personer i samfunnet, enten er menn eller kvinner.

Målet med homonormativitet er å redusere forskjellene mellom heterofile og homofile ved å gjøre homofile så like heterofile som mulig. Homonormativitet bidrar til å fjerne skeiv kultur og usynliggjør utfordringene skeive personer opplever, samtidig som det opprettholder heterofile sin stilling som den normative livsstilen (Svendsen et al., 2018, s. 259).

3.4.1 Den symbolske betydningen av seksuelle roller i et parforhold

Som sagt er målet med homonormativitet at homofile skal bli så like heterofile som mulig. Innenfor denne tankegangen blir heteronormative seksualitetsnormer og binære kjønnsroller overført til skeive forhold. Et eksempel på dette er hvordan penis blir forstått i samfunnet som noe maskulint, mektig og mandig. Bolsø (2007) bygger på, blant annet, Butlers teorier om kjønn og seksualitet for å beskrive den sosialkonstruerte, symbolske koblingen mellom kjønn og seksualitet. Innenfor dette drøfter Bolsø at sannheter om peniser har blitt skapt og formet gjennom språk og kommunikasjon (Bolsø, 2007, s. 563). Språk har sørget for at peniser er kroppsdelar som representerer makt og erobring. Dersom de ikke hadde blitt pratet om, hverken på en ladet eller nøytral måte, ville det vært som om de ikke fantes i det hele tatt. Fordi peniser har fått denne verdien av makt og erobring, så betyr det at i seksuelle sammenhenger er det den som penetrerer som har makten. Samfunnet assosierer denne makten med maskulinitet og forventer at menn skal uttrykke sin maskulinitet ved å erobre, penetrere og dominere. Forventninger rundt penis oppstår fra kultur og samfunn. Ved å forvente at menn med penis skal penetrere, så er antakelsen at menns kropp er biologisk og naturlig utilgjengelig for å bli penetrert. Å bli penetrert av en annen mann vil gjøre mannen feminin, og derfor vil han miste en del av sin kjønnsidentitet. Kvinner, derimot, er åpne og skal penetreres (Bolsø, 2007, s. 565).

Femininitet assosiert med å bli penetrert, å bli erobret og å være seksuelt passiv. Om en kvinne trosser kroppens grenser ved å være lukket som en mann, taper hun sin femininitet (Bolsø, 2007, s. 565). Den begrensende, seksuelle rammen som kvinner og menn er forventet å leve etter, skaper en symbolsk kobling mellom hvilket kjønn du er basert på hvordan du har sex. Når slike heteronormative seksualitetsnormer og binære kjønnsroller overført til skeive forhold, vises det i at samfunnet forventer at den mest feminine i forholdet er kvinnen og at hun blir penetrert. Den mest maskuline blir da mannen og er forventet å være den som penetrerer, da dette er rammen heterofile par er forventet å leve etter.

Både forventningen om at å penetrere eller bli penetrert er knyttet opp mot kjønnsidentitet, og forventningen om at den som penetrerer har en makt, påvirker forventninger til lesbisk sex. Det er en forventning om at dersom en lesbisk kvinne penetrerer en annen lesbisk kvinne får hun en «symbolsk penis» (Bolsø, 2007, s. 571). Lesbisk penetrering endrer konseptene «få» og «gi» fra sånn de brukes for å heteroseksuelle par, fordi begge kvinnene her får en maskulin makt. Hun som penetrerer, fordi hun penetrerer noen andre. Hun er lukket på samme måte som en mann. Likevel er hun ikke som en mann, fordi hennes kjønnsorgan blir ikke stimulert av penetreringen. Hun som blir penetrert har også en maskulin makt, fordi hennes partner er «kastret» og uten penis (Bolsø, 2007, s. 567). Selv om en av dem blir penetrert kan man argumentere for at ingen av dem er åpne og feminine, fordi i denne seksuelle akten er ikke menns seksuelle nytelse sentrert.

3.4.2 Symbolske betydning av lesbiske hender

Bolsø (2007) diskuterer den symbolske betydningen av lesbiskes hender som en seksuell kroppsdel. Lesbiskes henders seksuelle verdi har blitt skapt og formet gjennom skeiv kultur, språk og kommunikasjon. Akkurat som at penisens verdi også har blitt skapt gjennom språk og kommunikasjon. Der penis representerer makt, dominans og maskulinitet, vil lesbiskes hender representere en delt makt mellom partene (Bolsø, 2007, s. 570). Som sagt har lesbiske hender en symbolsk betydning innenfor skeiv kultur, som dessverre betyr at majoriteten av samfunnet er ikke bevisst på denne betydningen. Majoriteten av samfunnet antar at om to personer med vulva har sex, så bruker de en dildo for å penetrere hverandre, for å erstatte penis som ikke er der.

Videre skriver Bolsø at «... the dildo represents the man; hands do not. When penetration is executed with hands, my informants are able to understand it as an activity between open bodies in the sense that both bodies are open for penetration» (2007, s. 570). For noen lesbiske vil kroppene deres være lukkede for dildoer da det representerer redskapet menn bruker for å undertrykke kvinner. De lesbiske ønsker ikke å bli undertrykt eller å undertrykke andre ved å penetrere eller ved å bli penetrert av en representasjon av penis. Mange assosierer dildoer og penetrering med denne undertrykkelsen. Lesbiskes hender representerer deres styrke til og ønske om å åpne en kvinne og bli åpnet selv (Bolsø, 2007, s. 571).

3.5 Homofobi

Det finnes en rekke ord som beskriver de negative sosiale, institusjonelle og ideologiske ideene som omhandler skeivhet. Blant dem er «homofobi», med opphav i psykologien, som i utgangspunktet beskrev en reell, men irrasjonell frykt for å være i nærheten av homofile (Weinberg, 1972, s. vii). Begrepet har deretter fått en mer generell betydning som både frykt for, og i større grad, en «... dislike of lesbians and gay men» (Britton, 1990, s. 423). I denne oppgaven vil jeg bruke begrepet som beskrivelse av en form for stigmatisering og negativ atferd rettet mot individer som tilhører LHBT+-samfunnet (Bufdir, u.å.). Enkelt personer kan oppleve homofobi, i form av skam og avvising, også mot seg selv. Dette kalles internalisert homofobi (Bufdir, u.å.) og var en del av det

originale begrepet «homofobi» som Weinberg (1972) presenterte det -frykt for homofile eller for egne homofile følelser. Begrepet homofobi har i akademisk sammenheng blitt kritisert, fordi suffikset «fobi» bærer med seg konnotasjoner som kan redusere homofobi til en slags irrasjonell, men legitim frykt for skeive mennesker, på lik linje med andre fobier for slanger eller edderkopper eller klovner. Jeg har tatt et begrunnet valg om å bruke begrepet homofobi heller enn alternativer som «heterosexisme» (Rodwell, 1971) eller «homonegativisme» (Hudson og Ricketts, 1980). De alternative begrepene retter søkelyset vekk fra individuelle menneskers «... fear, attitude, or prejudice» og ut mot samfunnets strukturer og belyser dermed de strukturelle og institusjonelle fordommene skeive møter (Adam, 1998, s. 388). Homofobi er derimot det begrepet folk flest vil være kjent med og bruke, både i personlig og akademisk sammenheng.

4 Ressurser for sikker sex

Problemstillingen til denne masteroppgaven er:

Hvordan forstår eksperter som rådgir unge om seksuell helse, spørsmålet: "Hvordan kan to lesbiske personer med vulva ha sex uten å få kjønnssykdommer?"

Som sagt i metodekapittelet delte jeg inn empirien i tre ulike kategorier, det som gjorde meg glad, det som gjorde meg trist og det som gjorde meg sint. Hvert analysekapittel er basert på en av kategoriene. Nå skal jeg vise hvordan dette samsvaret med de tre ulike måtene ekspertene som rådgir unge om seksuell helse forsto spørsmålet: "hvordan kan to personer med vulva ha sex uten å få kjønnssykdommer?". Som jeg nevnte tidligere, delte jeg i utgangspunktet inn ekspertenes svar i tre ulike kategorier: svar som gjorde meg glad, svar som gjorde meg trist og svar som gjorde meg sint. Nå skal jeg i de neste tre kapitlene vise hvordan disse kategoriene samsvarte med tre ulike former for svar: informerende (glad), performative (trist) og unnvikende (sint).

Det første analysekapittelet er basert på de informerende besvarelsene, som gjorde meg glad, og dreier seg om ressursene og tilbudene arbeidsstedene hadde å tilby lesbiske personer. Det andre kapittelet er basert på de performative besvarelsene, som gjorde meg trist, og handler om hvordan de snakker om ressursene og tilbudene på måter som fremstår inkluderende til tross for manglende, inkluderende praksis. Det tredje kapittelet inkluderer det som gjorde meg sint, og handler om hvordan behovene for ressursene og tilbudene for lesbiske blir vurdert og snakket om og er basert på besvarelsene som var unnvikende. I tillegg har vært analysekapittel hvert sitt forskningsspørsmål de skal besvare.

4.1 Innledning til første analysekapittel

Som sagt handler det første kapittelet om ressursene sin tilgjengelighet. Dette kapittelet er basert på utsagn fra empirien min, som var i kategorien at de gjorde meg glad, og svarene kan beskrives som informerende. Dette kapittelet skal besvare forskningsspørsmålet:

Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om tilgjengeligheten av ressursene lesbiske trenger for å ha sikker sex?

En relevant faktor når det gjelder sikker sex mellom to personer med vulva er ressurser som kan sørge for at begge parter er beskyttet. Da jeg intervjuet eksperter som rådgir unge om seksuell helse nevnte de ulike ressurser som de kunne anbefale til lesbiske. Et gjentakende problem i alle intervjuene var at ressursene som ble nevnt hadde lav eller ikke-eksisterende tilgjengelighet. Dette kapittelet handler om ressursene, hva de er, hva de brukes til og hvor man i hvert fall ikke finner dem.

Jeg skal først bekrefte hvilke ressurser som ekspertene som rådgir unge om seksuell helse nevnte. Deretter skal jeg gå nærmere inn på hvorfor ekspertene mente at ressursene hadde lav tilgjengelighet. Videre skal jeg, ved bruk av ekspertenes uttalelser, diskutere om lesbiske har behov for ressurser. Helt til slutt skal jeg skrive om hvordan

ekspertene som rådgir unge om seksuelle helse tror mangelen av ressurser har en psykisk påvirkning på lesbiske og skeive.

4.2 Hvilke ressurser er tilgjengelige?

For å svare på hvordan eksperter som rådgir unge om seksuell helse vurderer tilgjengeligheten av ressursene lesbiske trenger for å ha sikker sex, skal jeg først kartlegge hvilke ressurser det faktisk er snakk om. Ressursene som ble nevnt av ekspertene jeg intervjuet var kondomer, slikkelapper, å regelmessig teste seg for kjønnssykdom, kunnskap, HPV-vaksine, hansker og latekstruser. Jeg stilte direkte spørsmål om slikkelapper, kondomer og kjønnssykdomstester, så derfor er dette ressurser alle ekspertene snakket om. Kunnskap, vaksine, hansker og latekstruser var ressurser ekspertene i nevnte selv. Nedenfor er det en tabell som viser en oversikt over de ulike ressursene var tilgjengelig på ekspertenes arbeidssted eller ikke. De tomme rutene representerer at den bestemte ekspertene ikke nevnte den gjeldende ressursen.

	Kondom	Slikkelapp	Kjønnssykdomstest	Kunnskap	Vaksine	Hansker	Latekstruse
Informant 1	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Vaginalt og analt tilgjengelig	Delvis tilgjengelig			
Informant 2	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Vaginalt og analt tilgjengelig. Oralt delvis tilgjengelig	Tilgjengelig		Ikke tilgjengelig	
Informant 3	Ikke tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Tilgjengelig	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	
Informant 4	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Vaginalt, analt og oralt tilgjengelig	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	
Informant 5	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Vaginalt, analt og oralt tilgjengelig	Tilgjengelig	Tilgjengelig		
Informant 6	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Vaginalt tilgjengelig	Tilgjengelig			
Informant 7	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Tilgjengelig			Ikke tilgjengelig
Informant 8	Tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Vaginalt, analt og oralt tilgjengelig				

Tabell 1: Tabellen viser tilgjengeligheten av ressursene som ekspertene som rådgir unge om seksuell helse nevnte som hjelpsomme for lesbiske som vil ha beskyttet sex.

Denne tabellen viser at syv av åtte av ekspertenes arbeidssteder tilbyr gratis kondomer. Absolutt ingen av ekspertenes arbeidssteder tilbyr slikkelapper. Videre skal jeg gå gjennom tabellen ved presentere de ulike ressursene for lesbiske og deres tilgjengelighet.

Kondom

Den ressursen som ble nevnt mest av ekspertene var kondom. Alle ekspertene snakket om kondom. Alle bortsett fra en av ekspertene delte ut gratis kondomer på sitt arbeidssted. Dette gjelder både en ordinær kondom og oralkondomer. Oralkondom er en kondom som er ment for å bruke når man utfører oralsex med en penis. Fordi man skal bruke dem til oralsex, er de uten glidemiddel. Det er det som skiller dem fra ordinære kondomer.

Kondomer ble anbefalt som en ressurs til lesbiske på flere ulike måter. Den første måten kondomer ble anbefalt som en ressurs til lesbiske var gjennom å fortelle at de kan bli klippet opp til en slikkelapp. Da kan man bruke produktet til å utføre oralsex på en vulva eller anus. Den andre måten kondomer kan være en ressurs relevant til lesbiske er om en av partene er en transkvinne med en penis. Da er det viktig å bruke kondom på penis. Den tredje måten kondomer beskrives å være en ressurs til lesbiske er ved å putte kondomer på dildoer eller andre sexleketøy. Den fjerde og siste måten kondomer ble anbefalt som en ressurs til lesbiske var om den lesbiske personen hadde sex med en ciskjønnnet mann.

Slikkelapper

Alle ekspertene nevnte slikkelapper, men ingen av deres arbeidssteder hadde denne ressursen tilgjengelig. En slikkelapp er et prevensjonsprodukt av lateks, som blir brukt når man utfører oralsex på en vulva eller anus. Produktet beskytter både munnen og kjønnsorganet fra kjønnssykdommer. Slikkelapp er et produkt som typisk blir assosiert med lesbiske, men i virkeligheten kan alle som har en vulva og som har oralsex bruke dette produktet. Det kan også bli brukt av alle personer som driver med rimming. Ingen av arbeidsstedene hadde dette produktet tilgjengelig, og få visste hvor denne ressursen var tilgjengelig ellers. Til sammenligning hadde alle arbeidssteder som tilbyr gratis kondomer, også oralkondomer.

Kjønnssykdomstest

Ekspertene nevnte at for at lesbiske skulle ha sikker sex, så er det lurt å teste seg for kjønnssykdommer regelmessig. Dette anbefalte de til alle, uansett legning eller kjønnsidentitet. Ekspertene anbefalte at pasientene tar tester for kjønnssykdom, avhengig av hvordan de har hatt sex. Om de har hatt analsex, tar de analprøve. Dersom de har hatt oralsex, tas prøve fra halsen osv. Seks av åtte av ekspertenes arbeidssteder utførte testing for kjønnssykdommer. Tre av de seks tilbydde testing for lesbiske vaginalt, oralt og analt, avhengig av hva de trengte. To av de seks tilbydde lesbiske kun vaginaltesting. -Én av de seks tilbydde at lesbiske kunne teste seg vaginalt og analt.

Noen av arbeidsstedene nevnte kun analtest i sammenheng med homofile menn og noen ganger heterofile kvinner. De som ikke tilbydde oraltesting til lesbiske begrunnet dette med at det tilbudet var forbeholdt homofile menn. Noen av ekspertene nevnte at de ikke tilbydde heterofile menn eller lesbiske kvinner analtest. Hva slags tester man kunne ta var altså noen ganger bestemt av hva slags sex man hadde hatt og andre ganger basert på forventning til ulike seksualiteter og kjønns seksuelle praksis.

Kunnskap

Mange av ekspertene nevnte at for at lesbiske best mulig skulle ha sikker sex, måtte de ha rikelig med kunnskap om samtykke, hvordan kjønns sykdommer smitter og seksuell nytelse.

Vaksiner, hansker og latekstruser

HPV-vaksine ble nevnt av tre av ekspertene som en ressurs for lesbiske til å ha sikker sex. Selv om HPV-vaksine er relevant for alle personer med livmor, ikke spesifikt lesbiske personer som har livmor. Tre av ekspertene nevnte hansker som en ressurs til lesbiske for å beskytte seg mot kjønns sykdommer ved for eksempel fingring. Dette beskytter både hånd og underliv. Latekstruse ble nevnt av en ekspertene som en ressurs til lesbiske. Verken hansker eller latekstruse var produkter som var tilgjengelige på noen av ekspertenes arbeidssteder.

4.2.1 Tilgjengelighet av ressursene

Som sagt foreslo ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, ressurser som kunne bidra til å forhindre at lesbiske får kjønns sykdommer. De ressursene er: kondomer, slikkelapper, regelmessig teste seg for kjønns sykdom, kunnskap, HPV-vaksine, hansker og latekstruse. Bortsett fra kondom og vaginal testing av kjønns sykdommer, var veldig få av ressursene tilgjengelige. Det er bemerkelsesverdig at de tilgjengelige ressursene som ekspertene anbefaler i hovedsak ikke er ressurser som er ment for eller laget med tanke på lesbiske eller lesbisk sex. Jeg vil argumentere for at kondom er et produkt ment for de som er ciskjønnete menn eller for dem som har sex med ciskjønnete menn. Å bruke kondom på dildo og å klippe en kondom om til slikkelapp, er måter ressurser ment for ciskjønnete menn har blitt gjenbrukt til å *passe* til lesbiske.

4.3 Hvorfor er ikke ressursene tilgjengelige?

Ekspertene som rådgir unge om seksuelle helse forteller at tilgjengeligheten av ressurser som lesbiske kan bruke for å ha sikker sex er lav. Det er lite informasjon å få, og produktene som blir foreslått er vanskelige å få tak i. Mange av ekspertene mener at dårlig seksualundervisning på skoler har forårsaket dette problemet.

4.3.1 Ressursene er utilgjengelige på grunn av heteronormativ seksualundervisning

Flere av ekspertene jeg intervjuet fortalte en lignende historie når det gjelder seksualundervisning. Historien ekspertene fortalte satt seksualundervisning som en definerende bakgrunnsfaktor som har bidratt til den ulikestillingen som finnes blant seksualitetene når det kommer til tilgjengelighet av produkter og informasjon. Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, sier at seksualundervisningen er heteronormativ, da den er sentrert rundt ciskjønnete, heterofile personer som har sex med hverandre og at seksualundervisningen lærer ungdommene at penetrering av penis er selve definisjonen på hva sex er. Dette innebærer at de lærer at sex alltid omhandler penis og seksuell tilfredstillende av dens behov. Informant 2 snakket om sine erfaringer med dette fokuset i seksualundervisningen.

Informant 2:

«For jeg har jo jobbet med helsesykepleier på videregående. Og jeg har jo vært rundt og hatt seksualundervisning. Og da har jeg jo kjent på de siste årene at jeg tidligere har vært litt sånn heteronormativ i undervisningen, når det gjelder det her med kondom. Kondom har vært i mye i fokus. I seksualundervisningen så har vi puttet en kondom på en banan, og det har vært hele innholdet av undervisningen.»

Her forteller informant 2 om at samarbeid med helsesykepleier på videregående, og erfaring med å undervise i seksualundervisning, har fått hen til å innse at hen selv har utført undervisningen på en heteronormativ måte. Informant 2 forteller at det har vært noe heteronormativt når det gjelder snakk om kondom. Heteronormativitet er ideen om at å være heterofil og ciskjønn er utgangspunktet og normen til alle mennesker (Svendsen et al., 2018, s. 257). Grunnen til at det var heteronormativt var fordi det ble gjort en antagelse i denne seksualundervisningen om at all sex inkluderer noen med penis, som da ekskluderer mange lesbiske. Hen sa at etter at de hadde lært elevene sine hvordan man putter på en kondom, så var undervisningen konkludert.

Måten ekspertene omtaler seksualundervisning som heteronormativ, skyggelegge det faktum at dette gjelder dem selv også. Omtalelsen ignorerer det faktum at ekspertenes arbeidssteder også er medskyldige i å opprettholde heteronormativitet i informasjon de gir om seksuell helse. For eksempel sier informant 2 at i seksualundervisningen er det kun er fokus på kondom, men som nevnt tidligere tilbyr syv av åtte av ekspertens arbeidsplassene kun kondom som ressurs for å beskytte mot kjønnssykdommer. Både seksualundervisning og ekspertens arbeidssteder prioriterer mest heterofile og ciskjønnete personers seksuelle helse. Jeg vil argumentere for at selv om denne heteronormative definisjonen av sex, som både seksualundervisning og ekspertens arbeidssteder prioriterer, definitivt er heteronormativ, så er den like mye fallosentrisk. Det er fordi måten seksualundervisningen definerer hva sex er, baserer seg på kulturelle forventninger om at menn har penis, og at de er seksuelt dominante mot kvinner (Sciberras og Tanner, 2024, s. 344).

4.3.2 Ressursene er utilgjengelige på grunn av heteronormative forståelser av sex og kjønn

Flere av ekspertene mente at det heteronormative fokuset på penis og penetrering i seksualundervisning har bidratt til å skape en forventning om at kun vaginal penetrering, utført av en mann, er ekte sex. Definisjonen tilsier at lesbisksex ikke er ekte sex, da det ikke inkluderer en ciskjønn mann. Ekspertene mener at dette har forårsaket en antagelse om at lesbiske ikke får kjønnssykdommer. På denne måten mener samtlige av ekspertene at den heteronormative seksualundervisningen har bidratt til mangelen på tilgjengelige ressurser lesbiske kan bruke til å ha beskyttet sex. Dersom lesbiske ikke får kjønnssykdommer, trenger de ikke ressurser til å beskytte seg. Informant 3 mener at denne tankegangen har skapt en kultur for ubeskyttet sex blant lesbiske.

Informant 3:

«Det er en myte som mange bruker lang tid på å skjønne. Det er at fordi det er så mye seksualundervisning som er veldig sentrert rundt to cispersoner som er heterofile, som har sex. Og at det derfor oppstår ofte en tanke om at lesbiske

personer ikke kan få kjønnssykdommer. For det er på en måte ikke ekte sex, eller whatever. Så det er også et viktig aspekt.»

Her sier informant 3 det samme som informant 2 sa om at seksualunderving er hovedsakelig sentrert rundt ciskjønnede heterofile personer som har sex. Dette kan ha skapt en fallosentrisk idé om at "ekte sex" er at penis penetrerer vagina. Den normative måten å forstå sex på, er at det er en mann som penetrerer en kvinnes vagina, helt til han får en orgasme (Sciberras og Tanner, 2024, s 344). Denne normative måten å forstå sex på, prioriterer ikke kvinnens seksuelle nytelse - hun er kun et verktøy for å fremme mannens nytelse. Informant 3 sier at derfor har det kanskje oppstått en tanke om at lesbiske (eller to personer med vulva) ikke får kjønnssykdommer, fordi de ikke har "ekte sex".

Jeg vil påstå at seksualundervisningen samtidig er homonormativt. Homonormativitet er som sagt et begrep som beskriver at i et homotolerant samfunn, så blir homofile egentlig kun tolerert om de er så like som heterofile som mulig (Svendsen et al., 2018, s. 259). Dette begrepet beskriver tankegangen om at det er greit at kondom er den eneste tilgjengelig ressursen til lesbiske, fordi de kan bruke den på en dildo. Det er ikke forståelse for at sexen lesbiske har kan se annerledes ut enn den normative definisjonen av sex. Seksualundervisningen har kun lært personer med vulva at de kan få kjønnssykdommer ved å ha sex med en penis eller en peniserstatning. Jeg vil anta at grunnen er at det ikke blir tatt stilling til at lesbiske kan ha sex på andre måter enn med en penis eller en peniserstatning. Det er forventet at lesbiske bruker en dildo for å ha sex med hverandre, fordi den normative definisjonen av sex inkluderer en penis. Informant 3 beskriver at det tar lang tid før folk blir informert om at de kan få kjønnssykdommer av å ha sex enn på andre måter enn normative definisjonen av sex:

Informant 3:

«Det tar lang tid før folk er informert. Både om at de kan få kjønnssykdommer med den sexen de har, og at man kanskje må endre på det. Og da er på en måte allerede feilen gjort. Da har man på en måte allerede begynt med en seksuell praksis som du må endre på, eller kanskje gjøre det mindre tilfredsstillende for deg selv eller for andre. Da er det vanskelig overgang. Så bagatellisering, tenk at det ikke er så viktig, og sånne ting.»

Her fortalte informant 3 om sammenhengen mellom dårlig seksualundervisning og upopulariteten av slikkelapper i lesbisk kultur. Hen påstår at fordi lesbiske aldri lærer at de kan få kjønnssykdommer, så bruker de ikke noen form for prevensjon. Derfor eksisterer det en kultur hvor man ikke bruker prevensjon. Hen sier at det dessuten hadde blitt vanskelig å endre på kulturen, fordi bruk av prevensjon er noe mindre seksuelt tilfredsstillende.

4.3.3 Ressursene er utilgjengelige fordi det er flaut å bruke dem

Informant 3 mener at det er en del av lesbisk kultur å ha ubeskyttet sex. Hen argumenterer for at kulturen er vanskelig å endre på, fordi sexen vil bli mindre tilfredsstillende med beskyttelse. Det kan også argumenteres for at kulturen er vanskelig

å endre på fordi lesbiske synes det er flaut å benytte beskyttelse, som både er ukjent for folk flest og som nesten ingen andre bruker. Informant 4 snakker også om at det er en kultur blant lesbiske å kun ha ubeskyttet sex. Hen forteller at å bruke hansker når man fingrer andre er medisinsk lurt, men at det kanskje oppfattes som usexy.

Informant 4:

«Jeg tror også det hadde vært vanskelig å få folk til å bruke hansker når de fingrer hverandre. Jeg har aldri snakket med pasienter som forteller at de beskytter seg på den måten. Hadde jeg vært med en jente hjem, og hun hadde dratt på seg hansker, så tror jeg at jeg først hadde blitt redd. Det er ikke sånn at jeg hadde sagt nei, fordi fra faglig stående ser jeg at det her er smart, effektivt, absolutt. Hvis de hanskene ligger inni en pakke, og ikke bare noen man drar opp fra en veske, på en måte, fordi da ville jeg sagt nei. Men for min del, både som privatperson og som fagperson, når jeg tenker på hansker, så er ikke sex det første som kommer opp. Men det er effektivt. Hvis man bruker de riktige, kan hansker være veldig effektivt.»

Informant 4 sier at som en fagperson, så vet de at det er lurt å bruke hansker for å beskytte seg selv. Selv om det er lurt så sier informant 4 at om hen skulle hatt sex med en jente og den jenta foreslo å bruke hansker, så hadde hen blitt redd. Informant 4 nevner også at hen ikke assosierer hansker med sex. Dette viser at det handler mer om kultur, enn det gjør om medisin. Det kan argumenteres for at kulturen har oppstått på grunn av homofobi. Homofobi et begrep som beskriver negative ideer om skeivhet som påvirker skeive på et sosial, institusjonelle og ideologisk nivå (Weinberg, 1972, s. vii). Personer kan også føle internalisert homofobi, som er at de har negative ideer eller frykt for sine egne homofile følelser (Bufdir. u.å.). Det kan virke som at resultatet av heteronormativ fallosentrisk og homotolerant seksualundervisninger en følelse av skam hos lesbiske personer, fordi de har andre behov for seksuelle helse enn ciskjønnede, heterofile personer har. Det ikke er kultur for lesbiske å bruke hansker som prevensjon, fordi det er ikke det ciskjønnede heterofile personer gjør. De lesbiske personene føler på internalisert homofobi, fordi de skammer seg over å ha andre, skeivere og mindre omtalte behov for prevensjon enn heterofile personer.

Ekspertene sier at lesbiske anser slikkelapper som sterile, store og ødeleggende for intimiteten mellom partnere. Da det ikke er kultur for å bruke prevensjon blant lesbiske, synes mange at det er usexy og upraktisk å bruke beskyttelse. Lesbiske oppfatter at det blir et unaturlig skille mellom partnerne. Informant 3 beskriver dette da jeg spurte hen hvorfor hen mente at slikkelapper ikke var så populære:

Informant 3:

«Det er en veldig nyttig ting for å sørge for at ting ikke smitter over. Men også, hva kan jeg si ... at slikkelapper kanskje også kommer mer i veien. Hvis kondomet er på en dildo eller hvis du har en penis, så vil penis sikkert ha den på, men det vil man ikke oppleve som et skille mellom de to personene som har sex. At det er liksom noe man kan oppleve mer sånn hvis man skal ha munnsex. Med en slikkelapp, så vil det på en måte være noe mellom den kontakten. Slikkelapper er bra for å stoppe kjønns sykdommer, men kanskje det kan gjøre at man opplever som at sexen blir mindre intim? Eller noen føler, her, for eksempel, at slikkelapper er veldig sterile. At man mister den nærheten. Og så ofte at

slikkelapper er veldig store. En annen ting er at det føles litt som om man legger ut et verdenskartet utover underlivet ditt. Som er på en måte, kanskje ikke alle synes er så seksuelt. Så jeg tror det er en del av kultur, hvor viktig det blir sett på som.»

Informant 3 sier at mange opplever at når man har oralsex med slikkelapp mellom munnen og kjønnsorganet, så kan det oppleves som at den skaper et stort og sterilt skille mellom de to personene. Det er lurt å bruke slikkelapp, fordi det forhindrer at man får kjønns sykdom, men det er ikke en del av kulturen å gjøre det. Det oppleves bare som unaturlig, sterilt og plagsomt. Slikkelapper skaper et skille mellom partnere i samme grad som kondomer, men likevel er det mulig at lesbiske mener slikkelapper skaper et mer problematisk skille enn kondomer, fordi de føler på internalisert homofobi. Basert på det seksualundervisningen etablerer, representerer kondomer den riktige og normale måten å ha sex på. I kontrast, representerer slikkelapp «uekte sex». På en annen side, virker det ikke som om kondom på dildo eller penis oppleves som et skille mellom partnere. Her blir det ikke nevnt om dette også gjelder for oralsex. Hvorfor skaper slikkelapp et skille og ikke kondom? Det er vanskelig å begrunne om de lesbiske ikke bruker slikkelapp *fordi* de føler på internalisert homofobi. Det er også mulig at dette bare er ekspertene som rådgir unge om seksuell helse sin måte å rettferdiggjøre at de ikke tilbyr slikkelapper, ved å påstå at slikkelapp ikke er en ressurs lesbiske vil ha uansett.

4.4 Trenger lesbiske noen ressurser i det hele tatt?

Fordi seksualundervisningen er fallosentrisk og kun handler om ciskjønnede, heterofile personer, ender lesbiske opp med å tro at de ikke kan få kjønns sykdommer. Finnes det egentlig noe sannhet i at lesbiske ikke kan få kjønns sykdommer? Informant 4 gir innsikt i dette spørsmålet:

Informant 4:

«Uansett hva slags sex man har og med hvem man har sex, så lenge det er slimhinnekontakt, så kan man få kjønns sykdom. Så er det viktig at man bruker noe beskyttelse og tester seg etterpå. Det er ikke bare den penis som må til for at man kan få en kjønns sykdom.»

Informant 4 sier at det ikke bare er penis som kan smitte andre med kjønns sykdommer. Så lenge det er slimhinnekontakt, så kan man få kjønns sykdom og at derfor må man bruke beskyttelse når det er en slimhinnekontakt. Dette er lettere sagt enn gjort, når det kun finnes tilgjengelig beskyttelse ment for penis. Informant 2 forklarer i andre ord at det er en forskjell mellom hvordan vi tror at kjønns sykdommer smitter, og hvordan de faktisk smitter:

Intervjuer:

«For nå har jeg lært at om man har en seksuell partner med en penis, så er det lurt å bruke kondom. Men så tenker jeg på dem som har sex uten noen med penis. Skal ikke de bruke noe som helst? Er det fordi det er hovedsakelig gjennom penis, at kjønns sykdommer smitter? Eller er det liksom sosialisert, at vi tenker det er sånn?»

Informant 2:

«Det tenker jeg er sosialisert. For det er like stor mulighet for smitte. Og det er like viktig å bruke beskyttelse om man er kvinne som har sex med kvinne. Så der har vi kanskje en jobb å gjøre da. I forhold til det her med informasjon og sånt.»

Informant 2 sier at det er sosialisert at vi tenker at det er gjennom penis at kjønnssykdommer smitter. Hen sier at det er like sannsynlig å få kjønnssykdom om man er kvinne som har sex med kvinner, men uten å presisere noe om hvilket kjønnsorgan gjeldende kvinnene har. Som sagt sa informant 4 sa at man kan få kjønnssykdommer, uansett hvilke kjønn som har sex. Så hvorfor er det sånn at så mange tror at lesbiske ikke kan få kjønnssykdommer?

Informant 2 sier at det gjenstår en jobb med å informere om at lesbiske kan få kjønnssykdommer. Når informant 2 sier dette sier hen «vi». Det indikerer at det ikke bare er seksualundervisningen som er for heteronormativ, men helsepersonell og andre eksperter innen seksuell helse. Når heteronormative ideer om hvordan kjønnssykdommer smitter er rådende, kan det være fordi det er heteronormative ideer om hva sex er som danner grunnlaget for seksualforståelsen i samfunnet. Den heteroseksuelle matrisen, beskriver forventningen om at det kun finnes to typer mennesker i samfunnet. Den første er maskulin, heterofil, ciskjønnnet mann og den andre er feminin, heterofil, ciskjønnnet kvinne (Butler, 1999, s. 194). Kvinnen og mannen er motsetninger av hverandre og derfor utfyller de hverandre perfekt seksuelt og i alle andre aspekter av livet også (Butler, 1999). Et eksempel på den heteroseksuelle matrisen i informant 2 sin forklaring på hvordan kjønnssykdommer smitter, er at hen antok at jeg snakket om menn, når jeg snakket om penis. Informant 2 assosierer kjønnsorgan med kjønnsidentitet. Jeg vil påstå at måten informant 2 ordlegger seg, viser til måten eksperter innen seksuell helse forstår sex på er gjennom rammene av den heteroseksuelle matrisen. Derfor har de manglende forståelse for hvordan sex utenfor denne rammen kan foregå. Det kan altså se ut som om eksperter innen seksuell helse ikke vet hvordan variasjonene i lesbisk sex ser ut. Antagelsene de gjør er preget av heteronormative ideer om at penetrering av penis er avgjørende.

4.4.1 Lesbiske kan få kjønnssykdommer, men det er ikke forventet av dem

At ekspertene som rådgir unge om seksuell helse forstår sex gjennom rammen av den heteroseksuelle matrise, kan man se også se antydninger til i informant 5 sin forklaring til hvordan kjønnssykdommer smitter:

Informant 5:

«Det viktig å informere om at de kan smittes med direkte og indirekte kontakt av slimhinner. At det smitter med slimhinner. Sånne ting. Det er kjempeviktig å informere om. Hvis du for eksempel har en penis, så er det med kondom. Så det blir jo egentlig på det da. (...) Mange KSK da, vi kan jo tenke at mange av de ikke har direkte, intim hudkontakt. Og de fleste vet kun at det smitter kun ved direkte slimhinnekontakt. Det kan smittes ved indirekte kontakt. For eksempel hvis man ikke har en fast partner, og man møter en på byen og så fingerer man den personen, og så fingerer man seg selv, da kan man bli smittet. Smittet av klamydia, herpes, HPV og de tingene.»

Her sier informant 5 at kjønnssykdommer smittes med direkte og indirekte kontakt mellom slimhinner. Direkte kontakt vil si kontakt mellom kjønnsorgan, munn eller anus. Informant 5 gir et godt eksempel på hvordan indirekte smitte kan skje. Om man fingerer noen andre og deretter fingerer seg selv, så kan man smittes. Informant 5 sier at ikke mange vet at dette kan føre til indirekte smitte. Informant 5 sa at «vi» kan tenke oss at mange KSK ikke har «direkte intim hudkontakt». Det vil altså si at vi kan tenke oss at KSK ikke har direkte kontakt mellom kjønnsorganene sine, direkte kontakt mellom kjønnsorgan og munn, direkte kontakt mellom kjønnsorgan og anus eller kontakt mellom munn og anus. Hvorfor kan vi tenke oss det? Er «vi» eksperter som rådgir unge om seksuell helse? Eller er «vi» ciskjønnede, heterofile personer?

Informant 5 antyder at mange ikke vet at lesbiske får kjønnssykdommer fordi de ikke vet at kjønnssykdommer kan smitte ved indirekte kontakt. Antydningen viser at det finnes en forventning om at når lesbiske har sex, så har de ikke direkte kontakt mellom slimhinner. Om indirekte smitte er noe som hovedsakelig gjelder lesbiske, bygger det på en antakelse om at alle lesbiske har vulva og ikke penis, og at det derfor ikke vil være noe kontakt mellom to slimhinner. Når personer med andre legninger har sex, så blir det sett på som en selvfølge at de har direkte kontakt av slimhinner. Blant annet sier informant 5 at om man har en penis, må man bruke kondom, fordi antakelsen er at en penis alltid ville være i direkte slimhinnekontakt med en vagina under sex. Informant 5 snakker om å bruke hender til å seksuelt stimulere en vulva, men ikke om å bruke hender til å seksuelt stimulere en penis. Det virker som at det er forskjellen normer for hvordan sex med en penis skal være, i motsetning til sex uten en penis. Påstanden om at lesbiske ikke får kjønnssykdommer er ikke basert på medisinske fakta eller på noe biologisk grunnlag. Påstanden er grunnet i sosiale forventninger og antagelser om hvordan lesbiske har sex.

Informant 5 antyder at man kan anta at KSK ikke har direkte slimhinnekontakt. Antagelsen reflekteres blant annet i at ingen av arbeidsplassene har noen prevensjonsmidler som kan bli brukt når to personer med vulva har sex med hverandre. For eksempel, snakket ingen av ekspertene jeg intervjuet om hvordan lesbiske kan beskytte seg når de sakser. Å sakse er en seksuell handling der man presser to vulvaer sammen. Denne seksuelle handlingen blir som regel assosiert med lesbiske. Saksing er et godt eksempel på at direkte slimhinnekontakt mellom lesbiske forekommer.

På en annen side, nevner mange av ekspertene deling av dildo, og at om lesbiske deler dildo må de bruke kondom på den, fordi deling av dildo innebærer indirekte kontakt mellom slimhinner. Dette indikerer igjen at ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, forstår sex gjennom rammene av den heteroseksuelle matrisen.

Heteronormativitet drar en symbolsk kobling mellom kjønn og seksualitet, der en person sitt kjønn definerer hvem de har sex med og hvordan. Simone De Beauvoir (1949/ 2000) mente at menns seksuelle rolle er å dominere, og gjennom denne rollen bekrefter han sitt kjønn (s. 318). Kvinners seksuelle rolle er å bli forført, dominert og penetrert av en mann (De Beauvoir, 1949/2000, s. 318). I lys av dette kan det virke som at måten

ekspertene innen seksuell helse forstår lesbiske er at de gjør en antagelse om at alle lesbiske personer er kvinner, som har en vagina, og at den vil bli penetrert av en penis, derfor bruker de hovedsakelig en erstatning for penis når de har sex. De bruker heller ikke sine egne kropper til å ha sex, fordi de er seksuelt underdanige.

Bolsø (2007) mente at innenfor skeiv kultur, finnes det er en symbolsk betydning av lesbiske hender som en seksuell kroppsdel. Lesbiske hender representerer en delt makt mellom partnere, mens peniser representerer makt, dominans og et redskap som undertrykker kvinner (Bolsø, 2007, s. 570). Derfor er det mange lesbiske personer som har en vulva, som ikke være «åpne» for å bli penetrert av en dildo, fordi en dildo er en etterligning av en penis (Bolsø, 2007, s. 570). Man kan derfor anta at for lesbiske er det vanligere å bruke hendene sine som redskaper for å penetrere noen, enn å bruke en dildo. Likevel snakker ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, mer om at lesbiske bruker dildo, enn at lesbiske fingrer hverandre. Det kan være samme grunn for at ekspertene antar at lesbiske bruker mest dildo, som det er for at lesbiske ikke bruker så mye dildo. Det er at å bruke dildo omfavner den fallosentriske forestillingen om hva normativ sex er (Sciberras og Tanner, 2024, s 344).

4.5 Mulige konsekvenser av lite tilgjengelige ressurser for skeive

Ressurser som ble nevnt av ekspertene inkluderer kondomer, slikkelapper, regelmessig testing for kjønns sykdom, kunnskap, HPV-vaksine, hansker og latekstruser.

Tilgjengeligheten av kondomer og testing for kjønns sykdommer er høy. Det er ressurser som best passer hovedsakelig for eller etter sex med en ciskjønnnet mann. Ressursene som spesifikt lesbiske trenger for å ha sikker sex er det liten tilgang på. Hvordan føles denne nedprioriteringen for skeive personer? Informant 3 snakket om hvordan hen antar at dette føles for skeive pasienter:

Informant 3:

«Vi får jo alle høre det der: «Husk å bruke kondom, for å ikke bli gravid og for å ikke få kjønns sykdommer!» Men du får ikke høre det etter at du har kommet ut som skeiv, fordi du er jo bare skeiv. Når du er skeiv er det ingen som tenker på å fortelle deg om det. Så det er en annen utfordring som skeive opplever.»

Informant 3 sier at når man kommer ut som skeiv, så slutter man å få råd om prevensjon. Måten informant 3 formulerer seg på, viser til den heteronormative forventningen om at alle i utgangspunktet starter som heterofile, og at de som er skeive må «kommer ut» for å fortelle samfunnet at de er annerledes enn det som er forventet av folk flest (Annfelt et al., 2008). Det informant 3 sier kan tolkes som at før man kommer ut, får man gode råd om hvordan man skal ta vare på sin seksuelle helse. Etter at man «kommer ut» mister man privilegiet av god seksuell helsehjelp. Dette illustrerer hvor tyngende heteronormativitet kan oppleves for unge skeive folk i dag. Informant 3 snakker videre om skeive personers erfaring med helsehjelp.

Informant 3:

«Jeg tenker at det er viktig å være bevisst på den skammen skeive folk blir påført når man opplever å ikke få den helsehjelpen man trenger. Det kan oppleves som at det er man selv som ikke er så viktig. Eller at det ikke er så viktig å ivareta og

være snill med den kroppen man har. Eller kanskje man tenker at man skal være mindre snill med andres kropp. Da tenker jeg at det er viktig å ivareta de personene det gjelder, og fortelle dem at sex skal være trygt og fint. Det er ikke noe galt med dem, fordi de er annerledes, men gir dem ressursene til å ha den beste sexen, som er basert på samtykke og at det er diggere for alle involvert.»

Informant 3 sier at når man ikke får de ressursene og den helsehjelpen man trenger til å ha trygg sex og til å føle seg bra i kroppen sin, opplever mange å skyld på seg selv. Samtidig vet de at heterofile, ciskjønnede personer får de nødvendige ressursene de trenger. Dette bringer med seg en skam over egen identitet, kropp og legning. Informant 3 antyder at norske helsetilbud mangler perspektiver på kjønnskeivhet og seksualitetsmangfold. Denne forskjellsbehandlingen kan ha skapt en mistillit til helsesektoren hos LHBT+ personer i Norge. Informant 3 sier at de må bli fortalt at «... det ikke er noe galt med dem, fordi de er annerledes». Annerledesheten blir definert av identiteten deres og av hvordan de skiller seg fra de heteronormative forventningene til helsesektoren.

Når kondom er det eneste tilgjengelig prevensjonsmidlet, blir det mest medisinsk riktige tilbudet at de som trenger en slikkelapp på klippe den selv. Det er nedverdiggende at en allerede marginalisert gruppe må lage egen beskyttelse, samtidig som det ikke blir stilt samme kravene til mer privilegerte grupper. Fallosentriske forventninger i helsesektoren gjør at lesbiske må tilrettelegge sine behov basert på hva som er heteronormative forventninger til sex. Lesbiske blir anbefalt å teste seg ofte og ta relevante vaksiner, fordi det ikke er kultur for å bruke slikkelapper. De blir anbefalt å bruke kondom på dildo, fordi å ha kondom på penis finnes det allerede kultur for. Begrepet homonormativitet viser at lesbiskes eneste mulighet til å ha beskyttet sex, er ved å kun ha sex som er så lik den heteronormative definisjonen av sex som mulig. Det er ikke det medlemmer av LHBT+ samfunnet ønsker. Det de egentlig vil ha er tilgang til ressurser og seksuell helsehjelp som faktisk er relevant og nyttig for dem. Denne sosiale ulikheten skaper mindreverdighetsfølelse.

4.6 Oppsummering

Dette analysekapittelet skulle besvare forskningsspørsmålet:

«Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om tilgjengeligheten av ressursene lesbiske trenger for å ha sikker sex?»

Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, snakker om at ressursene lesbiske trenger for å ha sikker sex er lite tilgjengelige. Ekspertene sa at ressursene som lesbiske kan bruke er kondom, slikkelapp, kjønnsykdom test, kunnskap, vaksiner, hansker og latekstruser. I dette kapittelet har jeg funnet ut at tilgjengeligheten av ressursene er hovedsakelig utformet for å dekke ciskjønnede, heterofile personers behov. Ingen av ressursene som best ville møtt lesbiskes behov var tilgjengelige og informasjonen om de relevante ressursene var mangelfull. Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, mener at grunnen til disse manglene er fordi seksualundervisning har formet unge til å tro at sex kun kan defineres av vaginal penetrering av penis. Ekspertene sier at om unge lærer at kun penetrering av penis er sex, så tror de ikke at sex mellom to personer med vulva «ekte sex», og derfor forventer de at de ikke kan få kjønnsykdommer. Jeg vil

argumenter for at ekspertene bidrar til å forsterke denne fallosentrisme definisjonen, fordi det kan virke som at de selv har visse forventninger for hvordan sex praktiseres. Noen av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse antyder at de ikke forventer at lesbiske får kjønnssykdommer, fordi de ikke ser for seg at de har direkte slimhinne kontakt når de har sex. Funnene i dette kapitlet viser at det er mulig at tilgjengeligheten av ressursene lesbiske trenger for å ha sikker sex, blir redusert fordi måten sex blir forstått, både av unge, seksualundervisningen og av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, er fallosentrisk.

5 Seksuell helseveiledning for lesbiske

5.1 Innledning

Det andre analysekapittelet i denne masteroppgaven er basert på utsagn fra empirien min, som var i kategorien at de gjorde meg trist, og svarene kan beskrives som performative. Dette kapitelet søker etter å besvare forskningsspørsmålet:

«Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om det å veilede lesbiske om sikker sex?»

Det forrige analysekapittelet dreide seg om tilgjengeligheten av ressursene lesbiske kan bruke for å ha sikker sex. Det viste seg at på arbeidsplassene til ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, var få av ressursene tilgjengelige. Dette analysekapittelet dreier seg om blant annet hvordan ekspertene snakker om å gi tilgang til ressursene via veiledning. I tillegg til hvordan de møter og veileder lesbiske pasienter.

5.1.1 Performativet i veiledningen til lesbiske

Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse snakket om å veilede lesbiske om sikker sex som en situasjon som var preget av åpenhet. Med tanke på at få eller ingen av ressursene lesbiske trenger for å ha sikker sex er tilgjengelige, gir det uttrykk for at «åpenheten» kan være performativ. Når dette blir sammensatt med flere av ekspertenes uttalelser, kan man forstå denne «åpenheten» som potensielt preget av homotoleranse. Homotoleranse er et begrep som beskriver at det blir sett på som norsk verdi å tolerere homofile, uten at man trenger å jobbe for at heterofile og homofile skal være likestilte (Røthing og Svendsen, 2010, s. 150). Jeg antar at «åpenheten» i veiledningen er preget av homotoleranse, fordi det virker som at måten ekspertene formulerer seg på handler mer om hvordan de ønsker å bli forstått og ansett, enn om at de har et ønske om å faktisk hjelpe lesbiske.

I dette analysekapittelet skal jeg komme med tre eksempler på denne performativeten. Det første eksemplet er at flere av ekspertene sier at de behandler alle likt. Det andre eksemplet er at noen av ekspertene sier at seksualitet er flytende. Det siste eksempelet er temaet om modernitet og hva som er umoderne.

5.2 «Vi behandler alle likt!»

Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, snakker om at lesbiske pasienter blir møtt på en måte som reflekterer likestilling. Flere av ekspertene sier ordrett «vi behandler alle likt». Hva betyr det at alle blir behandlet likt? Jeg forstår det som at det er bygget på en grunntanke om at alle skal ha tilgang til de samme ressursene. Med andre ord: samme informasjon, samme behandling og samme prevensjonsprodukter. Ingen skal oppleve å ikke ha tilgang til ressurser på bakgrunn av kjønn eller legningen. Et eksempel på hvordan ekspertene svarer når de sier at alle blir behandlet likt, er informant 8 sitt svar på spørsmålet «Om det kommer inn en ung lesbisk person som lurer på hvordan hen best mulig kan praktisere sikker sex, hvordan ville dere tatt imot denne personen?»:

Informant 8:

«Jeg vil være veldig åpen. Jeg tenker det er viktig. Å gi balansert og viktig og korrekt informasjon. Men så vil jeg jo også behandle personen som en helt annen person også. For det er jo ikke sånn at selv om man er lesbisk, så skal man behandles på en helt annen måte enn alle andre. Man er jo i bunn og grunn mennesker alle sammen. Men det er jo litt det med prevensjon da, kanskje. Det å vite at det finnes slikkelapper, det finnes andre måter man kan beskytte seg mot for ulike overførbare infeksjoner. Så det er vel det å være åpen, lytte, høre hva denne personen trenger for å ha det best mulig.»

Her sier informant 8 at hen ville først og fremst fokusert på å være åpen og gi den lesbiske personen god informasjon. Deretter sier informant 8 at den lesbiske personen er akkurat som alle andre, bare et menneske. Så hen ville ikke tatt imot dem på noe annerledes måte enn noen andre, bortsett fra kanskje å informere om at det finnes slikkelapper. Informant 8 sier: «... det å vite at det finnes slikkelapper. Det finnes andre måter man kan beskytte seg mot for ulike overførbare infeksjoner». Denne setningen kan tolkes som at i tillegg til slikkelapper, finnes det andre måter å beskytte seg mot kjønnssykdommer. Utsagnet kan også bety at det finnes andre måter å beskytte seg mot kjønnssykdommer, enn den måten majoriteten gjør det.

Hovedbudskapet i det informant 8 sier er at alle skal bli behandlet bra og at ingen skal bli behandlet *verre* på grunn av seksualiteten sin. Det er ikke egentlig det spørsmålet ville ha svar på. Spørsmålet som stilles handler om hva de kan gjøre for en lesbisk pasient. Det informant 8 sier at de kan gjøre for lesbiske er å være bevisst på diskriminering som lesbiske opplever og ikke utestenge lesbiske fra tilbudene og behandlingen som ciskjønnede, heterofile personer får. Svaret er ikke like hyggelig som ekspertene tror det er, fordi tilbudene og behandlingen som heterofile personer får ikke nødvendigvis kommer til å dekke lesbisk behov. At alle blir behandlet likt vil i dette tilfelle ikke føre til likestilling. Jeg vil påstå at de gjeldende inkluderende tiltakene har motsatt effekt enn det som originalt var hensikten. Når alle skal må føye seg for å passe inn i det samme formatet, blir de individualistiske trekkene til hver gruppe strippet bort. Behovene de ulike gruppene har blir usynliggjort. Inkludering som likhet er ikke oppnåelig, fordi vi som mennesker er ulike.

Selv om grunntanken bak at «alle blir behandlet likt» er at ingen skal bli *verre* behandlet på grunn av kjønn eller legning, kan dette likevel være problematisk da ekspertene kun har ressurser som dekker majoritetsbefolkningens behov. Det viste seg i første kapittel, var at de fleste ekspertene har hovedsakelig eller kun ressurser som er ment enten for ciskjønnede menn eller til sex med ciskjønnede menn. Ressursene er fallosentriske, fordi de er formulert etter kulturelle forventninger til hvordan menn vil ha sex (Sciberras og Tanner, 2024, s. 344). Selv om grunntanken bak at alle blir behandlet likt, forsikrer at ingen enkeltperson blir *verre* behandlet, så er det samtidig er det en boks som man må passe inn i for å i det hele tatt få behandling. Dersom man ikke har samme behov som majoritetsbefolkningen har, risikerer man å ikke få tilbudene, behandlingen og informasjonen som man trenger. Innenfor dette formatet er kun én ressurs delt til alle: informasjonen om at man må bruke kondom når man har sex for å ikke få kjønnssykdommer. Alle som ikke har en penis selv eller som ikke har sex med noen med penis, vil ikke få ressursene de trenger, selv om «alle blir behandlet likt».

5.2.1 Alle blir behandlet som om de er like

Det er norsk verdi å være homotolerant, altså å akseptere skeive (Svendsen et al., 2018, s. 257). Når en gruppe roses for å akseptere en annen er det åpenbart at den første gruppen er den som har mest makt. I et homotolerant samfunn blir heterofili sett på som normen, og homofili er andrevalget (Svendsen et al., 2018, s. 258). For eksempel når ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, sier at de behandler alle likt, antyder det er de har makten til å ikke behandle alle likt, om de skulle ønske det. Homotoleranse innebærer at aksepten heterofile gir til skeive kun inkluderer at heterofile skal unngå å diskriminere mot eller undertrykke skeive personer. Aksepten eller toleransen strekker seg ikke til å møte på skeive personer eller til å tilrettelegge normer og lovverk til å inkludere skeive personers behov (Røthing og Svendsen, 2010, s. 152). I veiledningssituasjoner der alle blir behandlet likt, kan det se ut som om lesbiske personer blir tolerert, men ikke inkludert. Toleransen vises i praksisen ekspertene beskrev. Det finnes aksept for at personer kan ha ulike kjønnsidentiteter og seksualiteter, men lesbiske personer blir ikke inkludert, og det er få til ingen ressurser som dekker lesbisk behov.

Nedenfor er det en tabell som viser sammenhengen mellom svarene ekspertene kom med til spørsmål 3 intervjuguiden. Spørsmålet er:

«Om det kommer inn en ung lesbisk person som lurte på hvordan hen best mulig kan praktisere sikker sex, hvordan ville dere tatt imot denne personen?»

Tabellen viser om ekspertene svarte på dette spørsmålet ved å fortelle at de behandler alle likt. Den viser også om de deretter nevnte at deres arbeidssted har ressurser spesifikt for ciskjønnete, heterofile personer. Til slutt viser tabellen om ekspertene nevner at på deres arbeidsteder tilbyr de ressursene som spesifikt er ment for KSK (som er uttrykket de selv bruker).

	«Vi behandler alle likt»	Om de har ressurser som spesifikt er ment for heterofile	Om de har ressurser som spesifikt er ment for lesbiske/ KSK
Informant 1	X	X	
Informant 2	X	X	
Informant 3		X	
Informant 4		X	
Informant 5	X	X	
Informant 6	X		
Informant 7	X	X	
Informant 8			

Tabell 2: Tabellen viser om ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, besvarte spørsmål 3 i intervjuguiden med å ordrett si «vi behandler alle likt» og andre sammenhenger til det utsagnet.

Denne tabellen viser at fem av ekspertene besvarte dette spørsmålet ved å understreke at de behandler alle likt. Tabellen viser også at seks av ekspertene besvarte dette spørsmålet ved å deretter fortelle at de tilbyr ressurser som spesifikt er ment for ciskjønnede, heterofile personer. Samtidig var det ingen av ekspertene som besvarte dette spørsmålet ved å informere om at deres arbeidssted har ressurser som er spesifikt ment lesbiske eller KSK. Jeg brukte denne tabellen som et virkemiddel for å vise at når alle blir behandlet likt, så betyr det egentlig at alle blir behandlet som om de har samme behov. Behovene er de behovene man ville hatt om man hadde en seksuell praksis som levde opp til fallosentriske forventninger til hva sex er. Å behandle alle likt, er å behandle alle som om de enten er ciskjønnede menn eller at de har sex med ciskjønnede menn.

5.3 «Seksualitet er jo flytende!»

«Seksualitet er flytende» er et uttrykk som blir brukt for å beskrive at menneskers seksualitet kan endre eller utvikle seg på grunn av alder, livssituasjon, møte med nye mennesker og endringer i partners eller egen kjønnsidentitet (Bolsø, 2010). Å beskrive seksualitet som flytende gir en bredere forståelse av menneskelig seksualitet og en forståelse av at ord som homofil, lesbisk og bifil bare ord som beskriver seksualitet, og ikke rammer som definerer hvem man må være for alltid (Bolsø, 2010). Grunnen til at jeg påstår at noen utsagn fra ekspertene som rådgir unge om seksuell helse om flytende seksualitet var performative, er fordi de kun handlet om tilfeller hvor man «slutter» å være skeiv. Mønsteret viser at når ekspertene bruker uttrykket «seksualitet er flytende», så snakker de kun om at noen som er lesbisk eller bifil, oppdager at de egentlig kun eller hovedsakelig er interessert i menn. Som sagt svarte fem av de åtte ekspertene som jeg intervjuet at de behandler alle likt, og jeg tror at dette egentlig betyr at de behandle alle pasientene sine som om de er ciskjønnede og heterofile og at de tilbyr alle pasienter ressurser som hovedsakelig er ment for ciskjønnede menn eller for bruk sammen med ciskjønnede menn. Når ekspertene beskriver at lesbiske og bifile kvinner kan endre seg til å kun være tiltrukket av menn, fordi seksualitet er flytende, bygger dette på påstanden min om at å behandle alle likt betyr at de behandler dem som om de er ciskjønnede og heterofile.

Spesielt svarene ekspertene som rådgir unge om seksuell helse gav til spørsmål tre og fem fra intervjuguiden min kan opptattest som performative. Spørsmål tre er:

«Se for deg at det kommer inn en ung lesbisk person som lurte på hvordan hen best mulig kan ha praktisere sikker sex, hvordan ville dere tatt imot denne personen?».

Spørsmål fem fra intervjuguiden er:

«Tenker dere at personer har ulike behov for informasjon om sikker sex basert på kjønnsidentitet og seksuell orientering?».

De to spørsmålene handler om hvordan lesbiske blir møtt og behandlet og om de bør bli behandlet annerledes enn andre personer. Det som gjør mange av svarene til de to spørsmålene performative, er at de beskriver at de ikke trenger å informere pasientene om sikker sex med noen av samme kjønn, fordi de om kort tid kanskje slutte å være skeive. De bruker uttrykket «seksualitet er flytende» for å beskrive dette fenomenet. Dette virker som en bortforklaring til hvorfor de har manglende ressurser til å hjelpe de

som vil ha sikker sex med noen av samme kjønn. Et eksempel på dette er informant 1s svar på spørsmål 5:

Informant 1:

«Jeg tenker jo egentlig ikke man trenger ulik informasjon. Den informasjonen vi gir og sier når jo de aller fleste da. Så vi spør jo nødvendigvis ikke om kjønn eller identitet og seksuell orientering. Det er litt fordi at vi jobber jo med unge mennesker. Og om det kommer en jente hit og si at hun på en måte har sex med jenter, så kan jo vi likevel snakke om prevensjon, fordi kanskje om noen måneder så vil jo hun gjerne kanskje ha sex med en gutt igjen. Det er jo liksom ikke bastant at de er sånn for evig tid. At de bare har den tiltrekningen, skulle jeg til å si, det kan jo forandre seg fort. Så derfor skulle vi å kunne gi en sånn generell informasjon. Men så klart om det kommer noen spesielle behov og trenger spesielle informasjon har vi jo fortsatt den muligheten til å henvise til KKS som er litt mer eksperter. Kunnskapscenteret for kjønn og seksualitet.»

Her sier informant 1 at hen ikke tenker at ulike personer trenger ulik informasjonen når det gjelder sikker sex, fordi den informasjonen de gir ut når de aller fleste. Derfor spør de heller ikke nødvendigvis om kjønnsidentitet eller seksuell orientering. En annen grunn til at de ikke spør om dette er fordi menneskene de jobber med er unge, og derfor kan seksualiteten deres «forandre seg fort». Her sier ikke informant 1 selv at seksualitet er flytende, men det er implisert, fordi hen sier at det kan hende at en jente om noen måneder har sex med en gutt selv om hun nå har sex med en annen jente. Informant 1 sier også «*ha sex med en gutt igjen*», som om det er noe jenta allerede har erfaring med, og så går hun tilbake. Dette er heteronormativt, fordi det bygger på en ide om at jenta sitt utgangspunkt og endepunkt, er å være i seksuelle relasjoner med gutter. Heteronormativitet er som sagt et begrep som forklarer samfunnets ide om at heterofili er menneskers utgangspunkt (Svendsen et al., 2018, s. 257).

Det er også implisert at å ha sex med jenter, er mindre ønsket enn å ha sex med en gutt. Det er fordi informant 1, blant annet sier: «hun på en måte har sex med jenter». Mener informant 1 at det ikke er sex, men det er «*på en måte sex*»? I tillegg sier informant 1 at det kan forandre seg fort at de *bare* «*har den tiltrekningen*». Dette impliserer at selv om en jente er tiltrukket av en annen jente, så betyr det ikke at hun må leve et skeivt liv. At det er en forskjell mellom å *bare ha den tiltrekningen* og å faktisk være skeiv. Dette er en heteronormativ forståelse av seksualitet, da den legger opp til at kvinners seksuelle identitet ikke trenger å defineres av tiltrekningen de har til andre kvinner, om de bare til slutt ender opp med en mann.

5.3.1 Om seksualitet er flytende, trenger ikke skeivhet å være permanent

Det virker som at ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, bruker uttrykket «seksualitet er flytende» som en måte å argumentere for at man ikke trenger å være skeiv for alltid. Nedenfor er en tabell som viser hvordan ekspertene svarte på spørsmål 3. Dette spørsmålet er:

«Se for deg at det kommer inn en ung lesbisk person som lurer på hvordan hen best mulig kan ha praktisere sikker sex, hvordan ville dere tatt imot denne personen?»

Tabellen viser hvilke av ekspertene som besvarte dette med å fortelle at seksualitet er flytende, eller at seksualitet kan endre seg fra interesse i kvinner til interesse i menn. Tabellen viser også om ekspertene ville gitt den lesbiske personen tips til hvordan hen kan ha sikker sex med en mann. Til slutt viser tabellen om ekspertene ville gitt disse tipsene til hvordan den lesbiske kan ha sikker sex med en mann, før de eventuelt gir tips til hvordan hen kan ha sikker sex med en av samme kjønn.

	At de sier at «seksualitet er flytende» eller at seksualitet kan endre seg fra interesse i kvinner til interesse i menn	De ville gitt tips til hvordan den lesbiske personen kan ha sikker sex med en mann	De ville gitt tips til hvordan den lesbiske personen kan ha sikker sex med en mann, FØR de gir tips til hvordan de skal ha sex med en av samme kjønn
Informant 1	X	X	X
Informant 2	X	X	X
Informant 3			
Informant 4	X	X	X
Informant 5			
Informant 6			
Informant 7			
Informant 8			

Tabell 3: Tabellen viser om ekspertene som rådgir unge om seksuell helse besvarte spørsmål 3 i intervjuguiden med å ordrett si at «seksualitet er flytende» og andre sammenhenger til det uttrykket.

Denne tabellen viser hva ekspertene som rådgir unge om seksuell helse svarte til spørsmål om hvordan de ville tatt imot en lesbisk person som lurte på hvordan hen best mulig kan praktisere sikker sex. Tre av åtte ville fortalt denne lesbiske personen at seksualitet er flytende eller at seksualitet kan endre seg fra interesse i kvinner til interesse i menn. De samme tre ville gitt den lesbiske personen tips til hvordan man har sikker sex med menn, og de samme ekspertene fortalte meg om hvordan denne hypotetiske lesbiske personen kan ha sikker sex med menn, før de fortalte meg om hvordan hen kunne ha sikker sex med andre lesbiske personer. I disse tilfellene var det tydelig at ekspertene snakket om ciskjønnede menn og ciskjønnede kvinner basert på antakelsene de gjorde om hvilke kjønnsorganer som var involvert i sexen. Samtidig viser tabellen at kun tre av åtte gjorde dette. Det vil si at fem av ekspertene ikke la slike antagelser til grunn i sine svar.

Denne tabellen er et hjelpemiddel som viser flere av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, misbruker uttrykket «seksualitet er flytende». De bruker det ikke for å gi pasientene sine et bredere perspektiv på menneskelig seksualitet som noe som kan utvikle seg (Bolsø, 2010). Jeg mener at måten de bruker uttrykket på er performativ, fordi de bruker uttrykket for å beskrive at en skeiv personer kan slutte å være skeiv.

Dette viser til homotoleranse, fordi ekspertene uttrykker seg på en måte som får dem til å virke åpne, forståelsesfulle og inkluderende. Dersom man derimot leser mellom linjene av det ekspertene sier, så finner man den virkelige betydningen. Jeg tror de egentlig mener å si er at å være lesbisk er en fase.

5.4 Å snakke om egen praksis som moderne og andres som umoderne

En av måtene ekspertene som rådgir unge om seksuell helse forstår spørsmålet om hvordan to personer med vulva kan ha sex uten å få kjønnssykdommer, var som en mulighet til å vise frem hvor moderne deres arbeidsplass var. Et eksempel på dette med modernitet er hvordan informant 5 svarte på hvordan hen ville tatt imot en ung lesbisk person som lurte på hvordan hen best mulig kan praktisere sikker sex. Dette sitatet er kun starten på et langt og utfyllende svar, der informant 5 gir en grundig forklaring om relevant prevensjon å bruke for to personer med vulva som har sex. Jeg inkluderer her bare det informant 5 sa som er relevant til modernitet.

Informant 5:

«Når vi får inn pasienter, så fyller de jo ut hva den definerer seg som. Om det er jente eller gutt, eller ikke noen av delene. Og så fyller de ut hvem man har hatt sex med, har man sex med gutt, har man sex med jente. Og hvis noen tenker at det kanskje er litt mye spørsmål, så er det sånn at vi forklarer at grunnen til at vi har de spørsmålene er bare at man skal få tatt riktig prøvene, ikke for å grave i seksuallivet deres. (...) Det som er veldig viktig hos oss, er at hvis vi får inn en jente, at man ikke tenker, da skal man ikke tenke automatisk at hun er sammen med en gutt. Og det er kjempeviktig. For noen steder så er jo, kanskje litt mer grisgrendte strøk, så er det kanskje litt mer, eller var i hvert fall, at man tok det som en automatikk at den man møtte var med en partner av annet kjønn da. Så det man gjør da, hvis det hadde kommet en jente som hadde sex med en jente, så tenker jeg at spørre hva slags type sex, og i forhold til hvilke prøver man skal ta da. (...) Ja. Så vi behandler de som, vi behandler alle ... vi behandler alle likt, på en måte.»

Det som blir sagt i dette sitatet er at det er viktig for dem å ikke gjøre heteronormative antagelser om pasientenes seksualitet. Dette gjør de ved å spørre alle pasientene om hvordan de har hatt sex, for å deretter kunne gi dem relevante tester etter behov. Informant 5 sier at dette gjør de kanskje ikke i strøk som er litt mer «grisgrendte». Informant 5 antyder at å ha heteronormative forventninger er kun sånn som skjer i umoderne bygder. Derfor blir informant 5s arbeidssted en motsetning til slike heteronormative forventninger, fordi hos dem blir alle behandlet likt.

Motsigende nok tilbyr informant 5s arbeidssted få til ingen ressurser som er relevante for beskyttet sex for lesbiske. Det kan virke som at toleransen ovenfor skeive personer, som arbeidsstedet til informant 5 presenterer, handler mer om hvordan de blir forstått av resten av samfunnet, enn om å støtte denne marginaliserte gruppen. Innenfor homotoleranse, blir det sett på som moderne å være inkluderende av skeive personer (Svendsen et al., 2018, s. 257). Det er som sagt før, også en norsk verdi å være homotolerant. Det betyr å tillate homofile følelser og tiltrekning, men homotoleranse har et endepunkt, og det er ved homofil praksis (Mellingen, 2013, s. 308). Dette kan forstås

som at det er en norsk verdi å tolerere og tillate at noen kan ha homofile følelser, men at homotoleranse ikke tar stilling til andre, mer kompliserte faktorer som utgjør å leve et homofilt liv. Som, blant annet, det jeg skriver om i denne masteroppgaven, at skeive personer har sex med hverandre og at de trenger seksuell helsehjelp.

Med homotoleranse som bakteppe vil jeg påstå at måten mange av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, snakker om inkludering av skeive, viser til at mange av dem ønsker å ha et «inkluderende image». Dette påstår jeg, fordi sånn som i homotoleranse, har veiledningen som lesbiske får et endepunkt. Endepunktet tilsier at det er greit at de lesbiske har homofile følelser. Dette støtter og feirer ekspertene som rådgiver unge om seksuell helse, men endepunktet kommer når de lesbiske praktiserer homofili. Dette påstår jeg fordi ekspertene ikke har relevante ressurser for lesbiske til å praktisere sikker sex. Altså, både innenfor homotoleranse og veiledning til lesbiske, blir homofile følelser tolerert, men homofil praksis blir ikke det (Mellingen, 2013, s. 308).

En annen motsigelse i den "inkluderende" praksisen informant 5 presenterer, er at den er transekskluderende. Det som blir sagt er at når en pasient kommer inn må de skrive under et skjema, der de må fortelle om sitt kjønn og om kjønnet til deres sexpartnere. Når de skal fortelle hvilket kjønn de er, får de tre alternativer. Når de skal fortelle hvilket kjønn deres sexpartnere har, får de kun to alternativer. Pasientene får altså tre ulike muligheter til å definere sin kjønnsidentitet, men sexpartnerne deres må de kunne defineres som enten kvinne eller mann. Dette spørreskjemaet utelukker at pasientene kan ha hatt sex med ikke-binære personer, intersexpersoner eller andre transpersoner som har en kjønnsidentitet som faller utenfor det binære. Dette er enda en indikator på at den "inkluderende" egentlig er performativ og homotolerant. Fordi begrepet homonormativitet, viser til at et homotolerant samfunn, kun tolererer skeive personer, så lenge de er så like heteronormative standarder som mulig (Svendsen et al., 2018, s. 259). Dette betyr også at homonormativitet tolerer kun at personer i samfunnet enten er kvinner eller menn. Jeg vil derfor påstå at muligheten pasientene får til å velge mellom tre kjønnskategorier for seg selv, men kun to for sine sexpartnere, er et halvhjertet forsøk på å vise seg frem som tolerant ovenfor skeive. I praksis vil ekspertene vite kjønnet til sexpartnere, fordi de forstår kjønn som basert på kjønnsorgan. Informant 5 indikerer også dette, da hen sier at de trenger informasjon om pasientens sexpartneres kjønn, for at pasienten skal ta de riktige prøvene.

Homotoleranse representerer den hierarkiske samfunnsstrukturen der ciskjønnete, heterofile personer er normen, og derfor er det et konstant behov for å vise toleranse ovenfor alle som ikke er en del av normen (Mellingen, 2013, s. 307). Å være homoseksuell eller trans er andrealget, fordi det er heteronormative forestillinger som har bestemt at å være ciskjønn og heterofil er menneskers utgangspunkt (Svendsen et al., 2018, s. 257). Derfor leter ikke homotoleranse etter muligheter til å forbedre levekårene for skeive personer, fordi dersom LHBT+-samfunnet blir likestilt med de som er ciskjønnete og heterofile, mister sistnevnte muligheten sin til å tolerere skeive personer. Skjemaet som alle pasientene må svare på er preget av homotoleranse, fordi det tillater at pasienten selv kan si at de har en kjønnsidentitet som er utenfor det binære, fordi dette er noe ekspertene som rådgir unge om seksuell helse kan støtte, uten å måtte ta særlig stilling ellers. Samtidig tillater ikke skjemaet at pasienten har hatt

sex med noen som har en kjønnsidentitet som er utenfor det binære, fordi det inkluderer endring av seksuell praksis når ikke lenger kan anta, forvente eller muligens forstå den seksuelle praksisen pasienten har vært del av. Om de ikke kan forstå det, må de ta ekstra steg for å tilrettelegge for det, og dette er utenfor homotoleransens grense (Mellingen, 2013, s. 308).

Det kan se ut som at ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, nyter muligheten av å få svare på hvordan to personer med vulva kan ha sikker sex, fordi da kan de få vise frem hvor moderne deres arbeidsplass er. Med homotoleranse som bakteppe kan det virke som at de bryr seg mer om hvordan de selv ser ut enn å inkludere skeive personer, med tanke på at få eller ingen av ressursene de tilbyr passer behovene til lesbiske personer. Likevel kan man også ha forståelse for ekspertene som rådgir unge om seksuell helse sitt utgangspunkt; de har faktisk ikke noe annet enn medmenneskelig støtte å tilby lesbiske. Historisk er situasjonen bedre enn den har vært tidligere, sånn som informant 5 antyder. Samtidig er ikke medmenneskelig støtte nok til å beskytte mot kjønnsykdommer, og det er et fornærmende tilbud sammenlignet med det ciskjønnete heterofile personer får.

5.5 Oppsummering

Dette analysekapittelet skulle besvare forskningsspørsmålet:

«Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om det å veilede lesbiske om sikker sex?»

På overflaten ser veiledningen ut til å demonstrere likestilling, men det faktum at ressursene ikke er tilgjengelige får veiledningen til å virke hul og performativ. Dette gir inntrykk av at ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, formulerer seg på en inkluderende måte fordi de ønsker å bli forstått som om de bryr seg om inkludering, men ikke fordi de faktisk fremmer denne inkluderingen. Homotoleranse er et begrep som viser til at å være homotolerant er en norsk verdi og at derfor er det viktig at folk å bli forstått som tolerante ovenfor skeive (Røthing og Svendsen, 2010, s. 150). Likevel stiller homotoleranse ikke krav til at folk faktisk skal gjøre noe for å bedre skeives levevilkår. I dette analysekapittelet argumenter jeg for at dette er tilfellet ofte i veiledningen til lesbiske. For eksempel, argumenterte jeg for at noen av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse ønsket å selv virke moderne eller at praksisen til arbeidsplassen deres skulle virke moderne, fordi den aksepterer homofile. Dette er performativt, fordi arbeidsplassene ikke har noe særlig å tilby lesbiske bortsett fra medmenneskelig støtte. I dette analysekapittelet kom jeg også med flere argumenter for at måten ekspertene snakker om det å veilede lesbiske om sikker sex var performativ. Det første eksempelet jeg kommer med på dette er at flere av ekspertene sier at de behandler alle likt. Til dette eksempelet argumenterer jeg for at denne behandlingen egentlig inkluderer at alle blir behandlet som om de er ciskjønnete og heterofile. Det andre eksempelet jeg kom med viste at flere av ekspertene bruker misbruker uttrykket «seksualitet er flytende» til å bety at om man er skeiv, så kan man endre seg og dermed slutte å være skeiv.

6 Forestillinger om lesbiskenes behov for seksuell helsehjelp

6.1 Innledning

Det tredje analysekapittelet er basert på utsagn fra empirien min, som var i kategorien at de gjorde meg trist, og svarene kan beskrives som unnvikende. Dette kapittelet søker etter å besvare forskningsspørsmålet:

«Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om lesbiskenes behov for seksuell helsehjelp?»

På spørsmål om hvordan to personer med vulva kan ha sex uten å få kjønnssykdommer fikk jeg mange interessante svar, og noen av disse svarene peker i retning av at ekspertene kanskje mener at lesbiske egentlig ikke har behov for seksuell helsehjelp. Ekspertene hadde mange ulike begrunnninger for dette. I dette kapittelet utforsker jeg begrunnelsene ekspertene kommer med. For å besvare hvordan eksperter som rådgir unge om seksuell helse snakker om lesbiskenes behov for ressurser når det kommer til seksuell helse, ville jeg først drøfte hvordan ekspertene fremstilte de lesbiske. De lesbiske ble fremstilt som spesielle og sjeldne. Deretter skal jeg gå nærmere inn på at ekspertene mener at andre grupper har større behov for hjelp og større interesse i hjelp enn lesbiske.

6.2 Lesbiske blir fremstilt som «spesielle»

Som sagt snakker mange av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse om lesbiskenes behov for seksuell helsehjelp som noe uviktig. Et eksempel på dette er at ekspertene unnskylder det at skeive personer har dårligere tilbud og færre ressurser til å ha sikker sex, ved å beskrive lesbiske som spesielle, kompliserte eller sjeldne. Det foregår en ansvarsfraskrivelse basert på at ekspertene antyder at deres arbeidsplasser ikke trenger å være tilpasset lesbiske, da denne gruppen som sagt er så spesiell, komplisert og sjelden. Fordi derom lesbiske er så spesielle, kompliserte og sjeldne, hvordan kan det være forventet at ekspertene skal ha ressurser som er ment for dem? Denne ansvarsfraskrivelsen er grunnlagt i heteronormativitet, fordi den fastslår heterofili som normen. Lesbiske personer blir da forstått som «spesielle», fordi de ikke møter ekspertenes forventninger om hvordan seksuell aktivitet skal praktiseres. Et eksempel på dette er en informant sitt svar da jeg stilte spørsmålet: «hvordan kan to personer med vulva praktisere sikker sex?»

Informant 1:

«Det tror jeg ikke at jeg kan svare på. Nei, det har jeg egentlig lite erfaring med.»

Her svarer informant 1 at hen ikke kan svare på hvordan to personer med vulva kan praktisere sikker sex, fordi det har hen lite erfaring med. Betyr dette svaret at informant 1 har lite teoretisk kunnskap om temaet? Det kan antas at informant 1 mener at sex mellom to personer med vulva er så uvanlig at hen som en yrkesutøver som jobber med å rådgir unge folk om seksuell helse, ikke trenger å vite om det. Eller kanskje dette svaret betyr at informant 1 har lite profesjonell erfaring med å bli spurt dette spørsmålet?

6.2.1 «Den andre typen sex»

Senere i intervjuet spurte jeg informant 1 om hen opplever at skeives seksuelle helse og rettigheter blir prioritert på samme måte som heteroseksuelles på hens arbeidsplass. Informant 1 svarer:

Informant 1:

«Det er også vanskelig å svare på fordi da må man jo ha statistikk, og det har jeg ikke. Det jeg svarer trenger ikke å være riktig. Men det er klart at vi jobber jo mye med heterofil sex. Men de siste årene da så føler jeg at det har vært veldig mye fokus også på den andre typen sex. Også kjønnsidentitet har fått mye fokus, og vi har fått masse midler for det. Så det blir hvert fall prioritert nå og bli sett på som viktig.»

Informant 1 svarer at det er vanskelig å svare på om skeives seksuelle helse og rettigheter blir prioritert på samme måte som heteroseksuelles på grunn av manglende statistikk. Informant 1 sier at hen jobber mest med heterofil sex, men at de siste årene har de begynt å prioritere og se på «den andre typen sex» og på kjønnsidentiteter. Det er heteronormativt at det virker som en selvfølge for informant 1 at heterofil sex alltid har blitt prioritert. Skeiv sex og fokus på kjønnsidentiteter er derimot noe som har blitt prioritert kun de siste par årene. Heteronormativitet tilsier at heterofili er menneskers utgangspunkt, og homofili er andrevalget (Svendsen et al., 2018, s. 257). Prioriteringene som informant 1 beskriver når det kommer til seksuell helse, er strukturert på samme måte, med heterofili som utgangspunkt.

Måten heteronormativitet opprettholder sin verdi, er ved å peke ut hvordan skeivhet er annerledes enn den heteronormative standarden (Annfelt et al., 2008, s. 11). Et eksempel på dette er at informant 1 referer til skeiv sex som «den andre typen sex». Det kan virke som at å snakke om skeiv sex ikke kommer naturlig for informant 1, med tanke på at hen separerer heterofil sex og «den andre typen sex» i to forskjellige kategorier. Hen antyder at de to kategoriene er helt forskjellige fra hverandre. Skeive blir en egen gruppe som har sex på en bestemt måte og har utfordringer og behov som skiller seg fra de heterofiles. Slik blir heteronormativitet opprettholdt i samfunnet som en norm som definerer menneskers utgangspunkt, ved å fremstille måten skeive har sex på som annerledes fra den heteronormative standarden til hvordan man skal ha sex. Dette gjør også at utfordringene og behovene som skeive opplever blir kompliserte og obskure, sammenlignet med de heterofiles «vanlige» utfordringer og behov. I tillegg er det en generalisering at alle skeive har sex på samme måte. Som om homofile, lesbiske, bifile og transpersoner har alle sex etter samme format, kun fordi de alle er skeive.

Et annet eksempel på hvordan skeive personer blir nedprioritert etter heterofile er hvordan informant 2 snakker om behovet for slikkelapper.

Intervjuer:

«Jeg har selv lett etter slikkelapper i veldig mange år. Og jeg skjønnte ikke helt hvorfor jeg ikke finner dem ... slikkelapper føles som myte, nesten.»

Informant 2:

«Ja, også er det noen ting med at når slikkelapper er så godt gjemt, det føles nesten som om man ikke har tillatelse, eller det å bare kjenne at det ... Man føler seg kanskje fort annerledes, eller? Det er litt spesielt når man må gå på leting. Hvor mange er det som går inn her og spør hvordan man klipper til en slikkelapp, og så få som tørr å gjøre det! Så der handler det om vår mangel av informasjon. Men det her gjør jo at vi tenker at kanskje vi skal ha hvordan man klipper en slikkelapp på skjermen inne på venteværelse og ikke bare ha kondomer utstilt.»

Her forteller jeg at jeg har lett etter slikkelapper i flere år, men at de er så vanskelige å finne at det føles som om de er en myte. Informant 2 sier seg enig og at fordi slikkelapper er så vanskelig å finne, så kan det gjøre at man føler seg annerledes, og at det er på grunn av ekspertenes mangel av informasjon. Informant 2 svarer med forståelse og empati ovenfor problemet. Likevel viser sitatet over at skeive personer blir sett på som andreprioritet etter heterofile. Informant 2 foreslår at en plakate av hvordan man klipper en kondom om til en slikkelapp vil være likeverdig tilbudet som gratis kondomer. Et likeverdig tilbud hadde vært om de hadde like mange slikkelapper og kondomer tilgjengelige til pasientene som kondomer. Som sagt er måten heteronormativitet opprettholder sin verdi, gjennom å peke ut det som avviker fra denne normen (Annfelt et al., 2008, s. 11). At kondomer er tilgjengelige blir ikke forstått som noe særegent heterofilt; det blir kun forstått som menneskers norm. Slikkelapper er ikke inkludert i denne normen, fordi de blir tolket som noe særegent skeivt. Derfor blir mangelen på slikkelapper heller ikke sett på som et avvik fra god og inkluderende praksis.

6.2.2 «Noen som trenger spesiell informasjon»

Som sagt vil heteronormativitet bekreftes som normalen når skeive personers utfordringer og behov for seksuell helsehjelp blir antatt å være kompliserte og sjeldne. Et annet eksempel på er informant 1 sitt svar på om pasientene hans har ulike behov for informasjon om sikker sex avhengig av deres kjønnsidentitet eller seksuelle orientering:

Informant 1:

«Ja, jeg tenker jo egentlig ikke det. Ja, altså det den informasjonen vi gir og sier når jo de aller fleste da»

Informant 1 sier at informasjonen arbeidsplassen hans gir når de aller fleste. Som jeg allerede har nevnt sa informant 1 tidligere i dette intervjuet at han ikke kunne svare på hvordan to personer med vulva kunne ha sikker sex, fordi det hadde han lite erfaring med. Informant 1 har også kalt sex som ikke er heterofil sex, for «den andre typen sex». Basert på helheten av dette intervjuet virker det som om gruppen «de aller fleste» er heterofile, ciskjønnete personer. Videre sier informant 1 dette:

Informant 1:

«Men så klart om det kommer noen spesielle behov og eller noen som trenger spesiell informasjon har vi jo fortsatt den muligheten til å henvise til Kunnskapssenteret for Kjønn og Seksualitet, som er litt mer eksperter.»

Informant 1 sier at pasienter har ikke ulike behov for informasjon om sikker sex basert på kjønnsidentitet og seksuell orientering, fordi informasjonen de gir når de aller fleste. Om pasientene derimot har noen «spesielle behov og noen som trenger spesiell informasjon» så kan de bli henvist til eksperter. Informant 1 har allerede sagt at informasjonen de gir ikke er relevant for personer med vulva som har sex med andre med vulva. Derfor kan man anta at «spesielle behov» beskriver at man har sex som ikke er fallosentrisk. Selv om informant 1 jobber med å rådgir unge om seksuell helse og prevensjon, har vedkommende ikke nok ekspertkompetanse innen seksuell helse og prevensjon for personer som er skeive. Skeive blir fremstilt som så annerledes enn heterofile at de trenger noen som er enda mer eksperter enn de man kan finne på arbeidsstedet til informant 1. Et annet eksempel på at lesbiske blir fremstilt som kompliserte er informant 5 sitt svar på om det er andre steder enn hos dem kan gi lesbiske tilgang til informasjon eller produkter for å best praktisere sikker sex.

Informant 5:

«Nå er det jo veldig mange senter for kjønn og seksualitet, selvfølgelig. Og så er det jo helsestasjoner for ungdom overalt. Så de burde egentlig kunne få informasjon overalt. Men du ser, vi som på en måte er ekspertene, vi er ikke gode nok KSK likevel da, synes jeg da. Men det skal jo egentlig være på alle helsestasjoner.»

Informant 5 sier at lesbiske kan finne informasjonen de trenger overalt, for eksempel på senter for kjønn og seksualitet og på helsestasjon for ungdom, men informant 5 forteller også at selv om de som jobber på slike organisasjoner skal være eksperter, så vet de ikke egentlig nok om KSK.

6.3 Sammenligning av KSK og MSM

Flere av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, bagatelliserer problemet jeg presenterer om manglende tilbud for lesbiske. De mener at lesbiske ikke trenger så mange tilbud, fordi det faktisk er homofile menn som er en risikogruppe for kjønnssykdommer. MSM og KSK blir sammenlignet med hverandre, for å vise at KSK har lite kjønnssykdommer sammenlignet med MSM. Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse sier at fordi MSM er en risikogruppe, trenger de flere tester, flere tilbud. Dette går ut over tilbudet til KSK som da får *mindre*. Mange av ekspertene nevner for eksempel HIV-epidemien som et bevis på at MSM er en viktigere risikogruppe enn KSK. Et eksempel på denne sammenligningen er hvordan informant 5 svarte på spørsmålet om vedkommende opplever at skeives seksuelle helse og rettigheter blir prioritert på samme måte som heteroseksuelle på deres arbeidsplass:

Informant 5:

«Men jeg føler nok, og det har vi snakket om mye på jobben min, at kanskje KSK ... ikke det at det ikke er prioritert, men ... går an å si at de blir glemt? Det går ikke an å si at det er glemt, for vi snakker jo mye om det. Men at det kanskje fordi det har vært mer fokus generelt på at menn som har sex med menn har. Det var de som fikk HIV. Der er det mer gonoré. Det har vært mer kjønnssykdommer da. Kanskje det er derfor. Ja, men vi er jo ikke, vi er jo en klinikk for prevensjon, og vi er jo ikke, på en måte en skeiv organisasjon. og det har vi diskutert ganske mye også i forhold til.»

Her forteller informant 5 at det ikke handler om at KSK ikke blir prioritert - det er kanskje heller at de blir glemt. Det er fordi fokuset hovedsakelig er på MSM, da de var de historisk sett var de største ofrene for HIV-epidemien. Informant 5 forteller at skeive folk blir prioritert, men først og fremst skeive menn. Tilbudene som gjelder for skeive menn handler om å forhindre smitte av HIV og gonoré. Videre sier informant 5 at hens arbeidsplass er jo en klinikk for prevensjon, ikke en skeiv organisasjon. Hen antyder at arbeidsplassen allerede gjør mye for skeive ved å inkludere prosedyrer for skeive menn med HIV, gonoré eller andre kjønnsykdommer. Dette til tross for at klinikken i utgangspunktet ikke engang var ment for skeive personer i det hele tatt. Problematisk setter informant 5 prevensjon og skeivhet opp mot hverandre som gjensidig utelukkende. Altså, fordi de er en klinikk for prevensjon, så har de ikke informasjon for skeive folk med unntak av noe for skeive menn. Prevensjon innebærer også beskyttelse mot kjønnsykdommer, så tilbudet bør også være rettet mot lesbiskes behov. Noen skeive mennesker trenger også prevensjon for å beskytte mot uønskede graviditeter, så utsagnet til informant 5 forteller om en generell fraskrivning av ansvaret for lesbiske som ønsker informasjon.

Hvorfor må KSK få dårligere tilbud for at MSM skal få det tilbudet de trenger? Er det slik at KSK og MSM må konkurrere med hverandre for å få den «skeive behandlingen» som er tilgjengelig? Da jeg transkriberte og kodet alle intervjuene mine oppdaget jeg hvor mye informasjon jeg fikk om MSM. Selv om jeg stilte spørsmål om skeive menn og tre spørsmål om lesbiske, snakket ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, nesten like mye om MSM, som de gjorde om KSK. Ekspertene snakket uoppfordret om MSM da de besvarte andre spørsmål som handlet om lesbiske eller skeivhet generelt. Det virker som at MSM er en skeiv gruppe som har fått mye fokus og mange tilbud sammenlignet med andre skeive grupper. Man kan anta at ekspertene jeg intervjuet la mye vekt på å fortelle om denne gruppen for å overkompensere for at de hadde så lite fokus på den gruppen jeg egentlig spurte om.

6.4 «Min erfaring er at det ikke er så mange skeive som jeg tester»

Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, snakker om lesbiskes behov for seksuell helsehjelp som lavere enn andres. Som sagt sier mange av ekspertene at MSM har et større behov enn KSK, fordi MSM er en risikogruppe. I tillegg opplever ekspertene at lesbiske har mindre behov, fordi ekspertene mener at lesbiske ikke kommer inn og tester seg like mye som andre seksuelle legninger. Her er det essensielt å påpeke at det kan være mørketall i den sistnevnte observasjonen. Det kan være mørketall, fordi flere av ekspertene sier at de ikke spør kvinnelige pasienter hvilket kjønn de har hatt sex med. Ekspertene bare antar at alle de kvinnelige pasientene har sex med kun menn med mindre pasientene sier i fra selv. Dermed vet de ikke hvor mange lesbiske pasienter de tester. På en annen side spør ekspertene mannlige pasienter hvilket kjønn de har hatt sex med. Derfor er det unøyaktig av ekspertene å anta at lesbiske ikke tester seg eller får kjønnsykdommer på lik linje med andre pasienter, fordi de ikke vet noe om hvem kvinner som kommer inn har sex med. Grunnlaget for å si at ekspertene kun spør mannlige pasienter om kjønn til deres sexpartner, mens kvinnelige pasienter ikke får samme spørsmålet er i et sitat fra informant 8. Dette sitatet er et svar fra informant 8 om hva som er den vanlige prosedyren for å teste pasienter for kjønnsykdommer.

Informant 8:

«Når jeg får inn pasienter på helsestasjonen, så har jeg en samtale først hvor jeg spør "hva kan hjelpe meg i dag" og så sier som regel de fleste at de ønsker å teste seg for kjønnsykdommer. Da spør jeg som regel ... og dette vet jeg særlig at jeg ikke burde gjøre ... Men jeg spør som regel gutter, "har du sex med kvinner, har du sex med menn, har du sex med begge deler?". Da sier jo som regel de fleste at "nei, jeg har sex med kvinner". At de kommer inn som heterofile menn. Jeg har litt inntrykk av at kvinner som har sex med kvinner, er som regel flinke til å si fra. Jeg har hatt to-tre stykker som har kommet inn og sagt, "ja, men jeg har sex med kvinner, skal jeg teste meg på noen andre måter, er det noe mer jeg må teste meg for?"»

Informant 8 sier at når hen får mannlige pasienter, så spør hen mennene om hvilke kjønn de har hatt sex med. Når hen får kvinnelige pasienter spør hen dem ikke slike spørsmål, fordi hen opplever at kvinner som har sex med kvinner er flinke til å si i fra selv, da dette har skjedd to til tre ganger før. Informant 8 opplever selv at dette er noe vedkommende ikke egentlig burde gjøre. Informant 8 sier «dette vet jeg særlig at jeg ikke burde gjøre».

Informant 8 sitt svar, er preget av heteronormativitet, fordi det baserer seg på at alle er heterofile til noe annet blir bevist. Heteronormativitet er en samfunnsnorm, som har fastslått at mennesker sitt utgangspunkt er å være heterofile. Heteronormativitet påvirker hele samfunnet og er som et bakteppe til forventingene mennesker har til hverandre om å alltid oppføre seg basert på denne normen (Annfelt et al., 2008, s. 12). Som sagt tidligere vil heteronormativitet oppholde sin verdi, ved å peke ut det som skiller seg fra normene (Annfelt et al., 2008, s. 11). En annen måte heteronormativitet opprettholder sin verdi, er ved å anta at alle er heterofile, helt til de selv "kommer ut av skapet" (Annfelt et al., 2008, s. 11). Informant 8 snakker om at hen ikke spør kvinnelige pasienter om seksualiteten sin fordi hen har «litt inntrykk av at kvinner som har sex med kvinner, er som regel flinke til å si fra». Dette inntrykket som informant 8 beskriver er heteronormativitet, fordi det krever at kvinner er heterofile helt til de kommer ut av skapet.

Senere i intervjuet med informant 8 spurte jeg om vedkommende opplever at skeives seksuelle helse og rettigheter blir prioritert på samme måte som heteroseksuelles på hans arbeidsplass. Til dette spørsmålet svarer informant 8:

Informant 8:

«På min arbeidsplass? Jeg kan bare snakke utfra min egen erfaring og hvordan jeg gjør ting. Og det er at jeg bli flinkere på å spørre: "OK, er det noe du synes er viktig for meg å vite, før vi, på en måte, tester? Tester deg for kjønnsykdom, eller tester deg for noe annet?". Da kan det hende at det kommer frem mer, da. Fordi min erfaring er at det ikke er så mange skeive som jeg tester, på en måte. Så jeg kan bli flinkere på det. Ikke at jeg skal dra alle sammen under en kam nå. Så jeg snakker på mine egne vegne. Så jeg kan bli flinkere til å spørre om det er noe de ønsker at jeg skal vite om før vi tester.»

En motsigelse i dette utdraget fra informant 8 er at hen nevner at i hens erfaring har hen testet få personer som er skeive. Det er motsigende at informant 8 sier at hen har testet få skeive, fordi hen sier samtidig at hen har lite til ingen informasjon om seksualiteten til pasientene. Informant 8 forteller også at hen selv kunne gjort en mer grundig jobb i å spørre pasientene sine om de har noe informasjon de mener det er viktig for ekspertene å vite om før testen for kjønnssykdommer blir utført. Informant 8 sier at om de spør om dette kan det hende at da vil det komme frem «mer». Som er en heteronormativ antydning til at informasjon om pasientenes potensielle homoseksuelle erfaringer er *mer* enn det som var forventet av folk flest. Det antyder altså at det ikke er forventet at pasienter har noen seksuelle erfaringer som ikke er heteroseksuelle.

6.4.1 Usynliggjøring av bifile kvinner: «Det er vel mer kanskje at det har vært jenter som har sex med både gutter og jenter»

Informant 8 forteller at de kunne vært bedre til å spørre om pasientene har mer enn bare heteroseksuelle erfaringer. Informant 5 nevner at på deres arbeidssted er det vanskelig å vurdere lesbisk behov for ressurser og seksuell helsehjelp, fordi lesbiske ikke møter opp arbeidsplassen. Akkurat sånn som informant 8, nevner informant 5 at kanskje de ikke er gode nok til å spørre kvinner om hvilket kjønn de har hatt sex med.

Informant 5:

«Om jeg opplever at på min arbeidsplass så blir skeives seksuelle helse og rettigheter blir prioritert på samme måte som heteroseksuelles? Ja, jeg føler det. Jeg føler kanskje at menn som har sex med menn er mere snakket om enn KSK. Og så prøver jeg å tenke når jeg snakker med deg, hvor mange som jeg kan huske som er KSK. Så klarer jeg liksom ikke å huske noen. Det er vel mer kanskje at det har vært jenter som har sex med både gutter og jenter. Men kanskje ikke de forteller det. Kanskje ikke vi har spurt om det. Heterofile ja, selvfølgelig. Og veldig MSM, føler jeg.»

Informant 5 forteller at hen føler at på deres arbeidsplass, at det oppleves som at skeives seksuelle helse og rettigheter blir prioritert på samme måte som heteroseksuelles. Likevel blir kanskje MSM mer snakket om enn KSK. Det kan hende det er fordi KSK ikke kommer dit. Informant 5 kan ikke huske at det har vært noen pasienter som er KSK. Informant 5 sier også at det har vært pasienter som er «jenter som har sex med både jenter og gutter». Det virker som om informant 5 mener kvinner som har sex med menn og kvinner, ikke blir regnet som KSK, selv om de innenfor definisjonen tilhører KSK. KSK betyr som sagt kvinner som har sex med kvinner. Informant 5 reflekterer over om det kanskje har vært KSK pasienter som har kommet inn, men at de ikke har fortalt at de er KSK eller at informant 5 og andre på arbeidsplassen burde ha spurt om pasientene var KSK, men lot være. Pasientene som har kommet inn har vært heterofile kvinner som har sex med menn og kvinner og MSM. Man kan anta at arbeidsplassen gjør en heteronormativ antagelse om at alle kvinner som kommer inn er heterofile, med mindre de selv forteller noe annet. Dette ser ut til å også gjelde kvinnene som har sex med folk av flere kjønn. Dersom pasientene har sex med både kvinner og menn, så får deres seksuelle relasjoner med menn større betydning enn den med

kvinner. Det ser ut som at dette systemet fører til at pasientenes seksualitet blir definert basert på deres seksuelle relasjoner til menn.

Noe av det første informant 5 sa i det forrige sitatet er at MSM blir mer snakket om enn KSK og at de ikke får inn pasienter som er KSK. Kanskje det er fordi det ikke blir lagt til rette for at pasientene som er KSK å informere om legningen sin? En grunn til at det kan være mørketall, er som sagt tidligere at kvinner som har sex med kvinner og menn, som kan defineres som bifile, ikke blir kategorisert som KSK. Menn som har sex med kvinner og menn, som også kan defineres som bifile, blir kategorisert som MSM.

6.4.2 Hvorfor tester ikke lesbiske seg for kjønnssykdommer?

Flere av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse sa til meg at lesbiske kommer til deres arbeidsplasser, verken for å få prevensjon eller for å teste seg for kjønnssykdommer. Ekspertene antyder at dette kan være fordi KSK ikke er spesielt utsatt for å få kjønnssykdommer, sånn som ekspertene beskriver at MSM er. En annen grunn som informant 5 og informant 8 nevner, er at det kan være mørketall i dette oppmøte, fordi de antar at alle kvinner som vil teste seg for kjønnssykdommer har hatt sex med menn. Dette er en heteronormativ forventning, fordi den bygger på at alle mennesker er heterofile helt til de sier noe annet selv. Innenfor mørketallene viser det seg også at definisjonen av hvem som er KSK og hvem som er MSM kan være litt forskjellige. Det kan se ut som at menn som har hatt sex med menn, blir definert som MSM, og deres potensielle seksuelle erfaring med kvinner blir regnet som uviktig. Kvinner kun blir de regnet som KSK dersom de ikke har noe seksuell erfaring med menn. For kvinner som har hatt sex med menn, blir deres potensielle seksuelle erfaring med kvinner regnet som uviktig. Pasientens status blir definert basert på deres seksuelle erfaring med menn.

Det som ekspertene som rådgir unge om seksuell helse ikke nevnte som en grunn til at lesbiske ikke oppsøker seksuell helsehjelp, er at deres arbeidsteder ikke egentlig har noen tilbud eller ressurser for lesbiske. Jeg vil anta at en av grunnene til at lesbiske ikke kommer dit, er nettopp fordi det ikke er noe for dem der. Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse sier selv at de kartlegger om de mannlige pasientene deres er heterofile eller skeive, muligens fordi det er ulik informasjon, tilbud og ressurser for de to gruppene. For kvinner blir det ikke gjort en slik kartlegging. Ekspertene antar at deres kvinnelige pasienter er seksuelt aktive med menn, muligens fordi de ikke har noe spesifikk informasjon, tilbud eller ressurser for skeive kvinner. Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse har få eller ingen ressurser ment for lesbiske. All informasjon, tilbud og ressurser som ekspertene som rådgir unge om seksuell helse har å tilby er fallosentrisk og heteronormativ. Kanskje lesbiske ikke søker seksuell helsehjelp, fordi om de gjør det vil de kun bli behandlet som heterofile kvinner? Og fordi all informasjon, tilbud og ressurser de kan motta kommer til å være fallosentrisk, fordi det er det eneste ekspertene har å tilby.

6.5 Vurderer hvem som trenger ressurser basert på forventet seksuell atferd

Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, prioriterer MSMs seksuelle helse over KSKs, fordi MSM er en risikogruppe, og fordi historisk har MSM vært de største ofrene for

HIV-epidemien. Men hva har dette med KSK å gjøre? Hva betyr det at KSK blir sett på som motsetningen til en risikogruppe? Om man ser helt bort fra MSM, kun fokuserer på KSK og spør; hvorfor er det antagelser om at KSK ikke får kjønnsykdommer? Er det fordi kvinner blir forventet å være mindre seksuelle enn menn?

Kanskje det er lite fokus på KSK, fordi det er mer samfunnsfokus generelt på ciskjønnete menns seksualitet? Begrepet homonormativitet viser at i et homotolerant samfunn blir homofile og skeive personer tolerert, med betingelser om at de er så like som heterofile som mulig (Svendsen et al., 2018, s. 259). Homonormativitet ser bort i fra skeiv kultur (Svendsen et al., 2018, s. 259), og forstår homofile og skeive personer basert i heterofiles egne kjønns og seksualitetsnormer. Dette er da for eksempel at menn skal være mer interesse i sex og å ta initiativ til det, mens kvinner har mindre interesse i sex og tar mindre initiativ til det (Bolsø, 2007, s. 565). Da jeg spurte informant 3 om hvorfor det er sånn at oralkondomer er mer tilgjengelige enn slikkelapper svarte hen at det er fordi i helsesektoren er det et hovedfokus på menns seksuelle helse.

Informant 3:

«Altså slikkelapper gjelder jo ikke heterofile folk. Eller jo det gjelder jo heterofile folk, men i ganske mange situasjoner så gjør det ikke det. Kondomer er liksom ikke for radikale, men ta det med en klype salt. Men det er jo patriarkalsk tankegang. Det er veldig mye menn først, og da er menn i den forstand at det er penis og kondom og graviditet og alt det her. Så det er en del av det hovedfokuset. Og har vært førsteprioritet i helsevesenet altfor lenge. Så det er på en måte et aspekt. Så derfor er det mer tilgjengelig og mer i fokus. Kvinners seksualitet og egentlig alle som ikke er cismenn, har blitt sett på som ikke fullt så viktig. Eller så har de blitt sett negativt på, som gjør at det ikke er et fullt så helhetlig perspektiv i helsevesenet på alle som ikke er cismenn, som det burde være. Så det er jo en annen ting og det med oralsex har ikke vært et hovedfokus i cis-heterofile relasjoner heller.»

Først sier informant 3 at slikkelapper ikke er tilgjengelige, fordi de ikke gjelder ciskjønnete, heterofile personer. Den siste setningen som blir sagt er at oralsex ikke har vært et hovedfokus i ciskjønnete, heterofile relasjoner. Det kan tolkes som at informant 3 mener at slikkelapper er noe som kan gjelde ciskjønnete, heterofile personer fysisk, men kanskje ikke i praksis, fordi oralsex ikke er en del av hovedfokuset i definisjonen av fallosentrisk normativ sex (Sciberras og Tanner, 2024, s 344). Informant 3 antyder at slikkelapper ikke er så tilgjengelige, fordi de ikke har verdi for ciskjønnete menn, da det ikke handler om deres helse eller deres seksuelle nytelse. Informant 3 sier at ciskjønnete menns seksualitet blir prioritert i helsesektoren og at alle andre kjønn blir tolket som mindre viktig.

Det kan diskuteres om det blir gjort homonormative antagelser om at lesbiske og KSK er lite seksuelle på grunnlag av heteronormative forventninger om hvordan heterofile kvinner er utøver seksualitet. Simone De Beauvoir mente at det er forskjellige måter kvinner og menn har lært å fremstille sin seksualitet (De Beauvoir, 1949/2000, s. 391). Samfunnsnormer tilsier at menn må være seksuelt dominante, og de må være den som alltid oppsøker, forfører og tar initiativ med potensielle kvinnelige partnere. De Beauvoir

mente at dette ikke har grunnlag i biologi, men at menn blir sosialisert til å tro at det er det (De Beauvoir, 1949/2000, s. 391).

I sin kjønnsteori sier Butler at kjønn er en sosial konstruksjon, fordi mennesker presenterer kjønn sitt basert på sosiale normer, men later som om det er på grunn av biologi (Butler, 1990/2020, s. 32). Noe av det som er samfunnsbestemt å være biologiske faktorer hos menn er at de er mer dominante enn kvinner, at de i større grad enn kvinner er interessert i å ha mye sex med mange ulike partnere og at de har penis. Det gir mening at den seksuelle helsehjelpen som er ment for menn er sentrert rundt denne definisjonen av mannlig seksualitet. Hva som defineres som sex, har blitt definert basert på de påståtte biologiske behovene menn har. Hva som har blitt definert som sex, er basert på ciskjønnete menns seksuelle nytelse, fordi historisk har menn ønsket dette, da det bekrefter deres stilling som overlegne i verden (De Beauvoir, 1949/2000, s. 318). Om sex kun defineres som det som seksuelt tilfredsstillende for mannen, er det åpenbart at de vil være mer interessert i det enn kvinner. Dette har skapt en samfunnsforventning om at biologisk sett har kvinner mindre interesse i sex enn menn. Kvinners seksuelle nytelse blir ikke prioritert i denne definisjonen av sex. Det handler om å tilfredsstille mannen og beskytte ham fra kjønnssykdommer. Dette påvirker hvordan sex mellom to kvinner blir forstått når det blir antatt at kvinner biologisk er mindre seksuelle enn menn og eksklusivt passive i seksuelle relasjoner.

6.6 Oppsummering

Dette analysekapittelet besvarer forskningsspørsmålet:

«Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om lesbisk behov for seksuell helsehjelp?»

Jeg argumenterer for at måten ekspertene snakker om lesbisk behov for seksuell helsehjelp er ved å bagatellisere lesbisk behov for å rettferdiggjøre forskjellsbehandlingen mellom ciskjønnete, heterofile pasienter og skeive pasienter. En måte dette blir gjort på er ved å snakke om problemene lesbiske har som kompliserte og sjeldne. En annen måte de bagatelliserer lesbisk behov for seksuell helsehjelp er ved å fraskrive seg ansvaret for manglende tilbud. For eksempel forteller de at lesbiske ikke kommer dit likevel som en unnskyldning for å ikke ha noen tilbud for de som gjør det. Slik snakker noen av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse om lesbisk behov for seksuell helsehjelp som mindre seriøs enn andre grupper. Ved å beskrive lesbiske som sjeldne og kompliserte forsøker ekspertene å rettferdiggjøre at skeive er andreprioritet etter ciskjønnete, heterofile personer. I tillegg mener ekspertene at MSM er mer utsatt for å få kjønnssykdommer, fordi de er en risikogruppe, og derfor er det mindre tilbud til KSK. Jeg vil påstå at måten ekspertene som rådgir unge om seksuell helse snakker om lesbisk behov for seksuell helsehjelp bagatelliserer behovene deres og får det til å fremstå som om det ikke finnes behov.

7 Konklusjon

7.1 Oppsummering av hovedfunn

I kapittel fire besvarer jeg forskningsspørsmålet: «Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om tilgjengeligheten av ressursene lesbiske trenger for å ha sikker sex?» For å svare på hvordan eksperter som rådgir unge om seksuell helse snakker om tilgjengeligheten av ressurser lesbiske trenger for å ha sikker sex, prøvde jeg først å finne ut hvilke ressurser som var tilgjengelige. Ressursene ekspertene nevnte som relevante ressurser for lesbiske til å praktisere sikker sex var kondom, slikkelapp, kjønnssykdomstest, kunnskap, HPV-vaksine, hansker og latekstruser. Det som viste seg var at de ressursene som tilgjengelige, i hovedsak var ressurser som egentlig var ment for ciskjønnete, heterofile personer, for eksempel kondomer. Syv av åtte av arbeidsplassene hadde kondomer lett tilgjengelig. Ressursene som er mer relevante for lesbiske, slik som slikkelapper, hansker og latekstruser, var det ingen som hadde tilgjengelig. Ekspertene som rådgir unge om seksuell helse mente at grunnen til at det er lite tilgjengelige ressurser er fordi måten samfunnet forstår hva sex er på er heteronormativt og fallosentrisk. Denne måten å forstå sex på blir opprettholdt gjennom seksualundervisningen som gis til ungdom.

Videre i kapittel fire argumenterer jeg for at den heteronormative og fallosentriske forestillingen om hva sex er også danner bakteppet for hvordan ekspertene forstår hva sex er. Det er fordi de ikke legger til rette for at lesbiske skal ha tilgang til ressursene de trenger for å ha sikker sex, men også fordi de har forventninger om at lesbiske ikke får kjønnssykdommer på grunn av antagelser de har om hvordan lesbiske har sex. De antar at når de lesbiske har sex, så har de ikke direkte slimhinnekontakt. Direkte slimhinnekontakt er den viktigste smitteåten for kjønnssykdommer. Antagelsene de har om hvordan lesbiske har sex er preget av en fallosentrisk forestillingen om hva sex er. Noen av ekspertenes snakker om hva som kan skje innen en marginalisert gruppe når de seksuelle helse ressursene de trenger ikke blir gjort tilgjengelig, og det er at gruppen føler seg annerledes og mister tillitt til helsevesenet.

I kapittel fem besvarer jeg forskningsspørsmålet: «Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om det å veilede lesbiske om sikker sex?» Jeg mener at eksperter snakker om veiledningen som en situasjon som er preget av inkludering og åpenhet, men at i virkeligheten er praksisen deres verken inkluderende eller åpen. Veiledningen og ressursene de tilbyr er i hovedsak er ment for ciskjønnete, heterofile personer. Jeg argumenterer for at veiledningen er performativ fordi flere av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse forklarer at de behandler alle likt. Når de sier at de behandler alle likt betyr det i praksis at de behandler alle som om de er heterofile. Mange av ekspertene beskriver seksualitet som flytende. Jeg vil påstå at dette er performativt, fordi ekspertene kun snakket om dette i sammenheng av at deres lesbiske pasienter, kan potensielt slutte å være skeive. Seksualitet som flytende ble aldri beskrevet som å gå fra å være heterofil til å bli skeiv. Til slutt beskriver jeg at mange av ekspertene beskrev det å inkludere lesbiske og andre skeive personer som noe som var moderne. Dette gav inntrykk av at de hadde mye fokus på hvordan de selv så ut, i stedet for hva dette betydde for skeive personer. Måten ekspertene som rådgir unge om seksuell helse snakker om å veilede lesbiske om sikker sex er preget av at de ikke har ressurser å tilby

lesbiske. Det eneste de tilbyr er homotoleranse og ressurser ment for ciskjønnede, heterofile personer.

Kapittel seks, står i kontrast med det kapittel fire, da sistnevnte fastslo at lesbiske trenger ressurser til sikker sex, men få har tilgang til gjeldende ressursene. I kapittel seks blir problemene som ble presentert i kapittel fire bagatellisert. Kapittel seks besvarer altså forskningsspørsmålet: «Hvordan snakker eksperter som rådgir unge om seksuell helse om lesbiskenes behov for seksuell helsehjelp?». For å besvare dette spørsmålet drøfter jeg hvordan ekspertene beskriver lesbiske pasienter. De beskriver lesbiske som spesielle og kompliserte. Det viser til at lesbiske (og andre skeive) er nedprioritert etter heterofile personer. Jeg påstår at måten eksperter snakket om lesbiskenes behov for ressurser når det kommer til seksuell helse var preget av denne forståelsen av lesbiske som spesielle og kompliserte og at de brukte den til å fraskrive seg ansvaret for å veilede lesbiske basert på deres faktiske behov. Mange av ekspertene hadde en praksis som gjorde at de kvinnelige pasientene deres alle ble ansett som heterofile, selv om de hadde hatt seksuelle relasjoner med andre kvinner. Praksisen fører til at de kvinnelige pasientene som ikke blir regnet som heterofile kun var de som sa i fra selv at de var skeive. Måten ekspertene snakket om lesbiskenes behov for ressurser når det kommer til seksuell helse var ved å bagatellisere lesbiskenes behov og med et bakteppe av ansvarsfraskrivelse.

7.2 Oppgavens overordnede bidrag

Problemstillingen til hele denne masteroppgaven er:

«Hvordan forstår eksperter som rådgir unge om seksuell helse, spørsmålet: "Hvordan kan to lesbiske personer med vulva ha sex uten å få kjønnssykdommer?"»

Basert på funnene i de tre analysekapitlene vil jeg påstå at ekspertene som rådgir unge om seksuell helse, forstår spørsmål "Hvordan kan to lesbiske personer med vulva ha sex uten å få kjønnssykdommer?" på den samme måte som de ville forstått spørsmålet om det handlet om ciskjønnede, heterofile personer. Med dette mener jeg at de tilbyr lesbiske pasienter en veiledning som inkluderer å behandle dem som om, anta at de er, eller oppfordre dem til å bli ciskjønnede og heterofile. Den seksuelle helsehjelpen som var tilgjengelig for lesbiske var homonormativ, fordi den la kun til rette for at sexen mellom de lesbiske skulle være så fallosentriske som mulig og fordi den aldri la til rette for at to personer med vulva skulle kunne ha sex med kun sine egne kroppar uten penis eller erstatning for penis. Jeg opplevde at ekspertene som rådgir unge om seksuell helse ikke forsto at lesbiske er en egen gruppe som har en egen kultur rundt sex og individuelle behov for seksuell helsehjelp som er annerledes enn ciskjønnede, heterofiles.

Jeg har beskrevet hvilke ressurser ekspertene nevnte som to lesbiske personer med vulva kan bruke for å ha sex uten å få kjønnssykdommer. Ressursene som var tilgjengelige var de som egentlig var fallosentriske og ment for ciskjønnede, heterofile personer. Funnene mine forsterker påstanden min om at veiledningen som eksisterer er homonormativ da det var forventet at ressursene ment for ciskjønnede, heterofile personer kom til å dekke lesbiskenes behov. Jeg konkluderer med at å finne ut hvordan lesbiske med vulva kan unngå å få kjønnssykdommer er vanskelig å svare på for

ekspertene som rådgir unge om seksuell helse. Kanskje fordi mange av ekspertene forsto «sex mellom to personer med vulva» som noe vanskelig å definere, i motsetning til sex mellom to ciskjønnete, heterofile personer som ble definert basert på fallosentrisk ideer. Jeg forstår det som at ekspertene i hovedsak forstår sex som fallosentrisk og at derfor kan de kun definere seksuelle handlingene «mellom to personer med vulva» som sex om de er fallosentrisk. Som for eksempel å bruke dildo. Sex som ikke er fallosentrisk, ble vanskelig å definere, og derfor vanskelig å beskytte. Om de to personene med vulva hadde sex som kun inkluderte deres egne kropp, så hadde ekspertenes arbeidsplasser ingen ressurser som kunne bli brukt under denne sexen, for at de skulle unngå å få kjønnssykdommer.

Flere av ekspertene antydte at lesbiske var kompliserte og sjeldne, sammenlignet med ciskjønnete, heterofile personer. Mange av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse forstår kanskje derfor spørsmål om hvordan to lesbiske personer med vulva ha sex uten å få kjønnssykdommer som noe de ikke trengte å vite svaret på. Både fordi lesbiske er så kompliserte og fordi de sjeldent opplever å møte på lesbiske. Likevel var det mange av ekspertene som forsto spørsmål: «hvordan kan to lesbiske personer med vulva ha sex uten å få kjønnssykdommer» som en mulighet til å vise arbeidsplassen sin frem som moderne og aksepterende. Denne moderne og aksepterende veiledningen som de tilbydde de lesbiske er farget av homotoleranse. Homotoleranse manifesteres ved at ekspertene forteller lesbiske eller bifile pasienter at de støtter dem, og samtidig behandlet dem som om de var ciskjønnete, heterofile personer.

I denne masteroppgaven har jeg reflektert over om ekspertene som rådgir unge om seksuell helse har forståelse for hva det egentlig betyr å være lesbisk. Ekspertene har hovedsakelig vist at de har forstått hva det betyr å være lesbisk og hvordan de skal møte lesbiske personer fra et homotolerant perspektiv. Formatet av den seksuelle helsehjelpen tilgjengelig for lesbiske er formet av heteronormativitet. Den er basert på en heteronormativ og fallosentrisk idé om hva lesbisk sex er. Jeg konkluderer med at den seksuelle helsehjelpen tilgjengelig for lesbiske er ikke egentlig for lesbiske i det hele tatt. Mange av ekspertene som rådgir unge om seksuell helse har ikke innsikt i hva det betyr å være lesbisk eller for lesbiske å ha sex, og derfor vet de ikke hvilke ressurser for seksuell helsehjelp lesbiske trenger. Jeg tror at måten ekspertene forstår spørsmålet om hvordan to lesbiske personer med vulva kan ha sex uten å få kjønnssykdommer er ved å rett og slett misforstå hele spørsmålet.

Referanseliste

- Adam, B.D. (1998). Theorizing Homophobia. *Sexualities*, 1(4), 387- 404.
<https://doi.org/10.1177/136346098001004001>
- Almås, E., Jessen, R. S., & Berteussen, L.M. (2021, 25.mars). Heteronormativitet. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 2. april 2024 fra
<https://sml.snl.no/heteronormativitet>
- Annfelt, T., Andersen, B., & Bolsø, A. (2008). *Når heteroseksualiteten må forklare seg*. Tapir Akademisk.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1991). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Penguin Books.
- Bolander, E. (2015). The condom works in all situations? Paradoxical messages in mainstream sex education in Sweden. *Sex Education*, 15(3), 289-302.
- Bolsø, A. (2007). Approaches to Penetration - Theoretical Difference in Practice. *Sexualities*, 10(5), 559-638. <https://doi.org/10.1177/1363460707083169>
- Bolsø, A. (2010). *Folk flest er skeive: Queer teori og politikk*. Forlaget Manifest.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Chapter 4: Thematic analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Red.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 57–71). American Psychological Association.
- Britton, D.M. (1990). Homophobia and Homosociality: An Analysis of Boundary Maintenance. *The Sociological Quarterly*, 31(3), 423-439.

<https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1990.tb00337.x>

Bufdir. (u.å.). LHBTIQ-ordlista. <https://www.bufdir.no/likestilling/lhbtqi-ordlista/>

Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.

Butler, J. (2020). *Kjønn, performativitet og sårbarhet* (L. Holm-Hansen, Overs.). Cappelen Damm Akademisk. (Originalt utgitt 1990).

De Beauvoir, S. (2000). *Det Annet Kjønn* (B. Christensen, Overs.) Den Norske Bokklubben. (Opprinnelig utgitt 1949).

Fallosentrisk. (u.å.). I *Det Norske Akademis Ordbok*. Hentet 04.mai 2024 fra <https://naob.no/ordbok/fallosentrisk>

Holmlund, C. (1991). The Lesbian, the Mother, the Heterosexual Lover: Irigaray's Recodings of Difference. *Feminist Studies*, 17(2), 283-308.
<https://doi.org/10.2307/3178336>

Hudson, W. W., & Ricketts, W. A. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*, 5(4), 357-372.
https://doi.org/10.1300/J082v05n04_02

Manning, E. (2009). F*cking with the Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: A Queer Disruption to Homonormativity. *thirdspace: a journal of feminist theory & culture*, 8(2).
<https://journals.lib.sfu.ca/index.php/thirdspace/article/view/manning>

Mellingen, H. I. (2013). *Fra smerte til lykkenormativitet. Kjønn seksualitet og religiøs identitet i et performativetsperspektiv* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Agder.

NESH. (2023). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (5.utg). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.

- Neugebauer, L. (Regissør) & Tapscott, S. (Manusforfatter). (2022). The Short King (Sesong 2, Episode 3) [Episode i TV-serie]. I Kaling, M. & Noble, J. (Showrunners), *Sex Life of College Girls*. HBO.
<https://play.hbomax.com/page/urn:hbo:page:GYXBzKw3n5aJmOwEAAAAE:type:s eries>
- Ringrose, J., Whitehead, S., Regehr, K., & Jenkinson, A. (2019). Play-Doh Vulvas and Felt Tip Dick Pics: Disrupting phallogocentric matter(s) in Sex Education. *Reconceptualizing Educational Research Methodology*, 10(2-3), 259–291.
<https://doi.org/10.7577/term.3679>
- Rodwell, C. (1971). The Tarnished Golden Rule. *QQ Magazine*, 3(1).
- Røthing, Å. & Svendsen, S.H.B. (2010). Homotolerance and Heterosexuality as Norwegian Values. *Journal of LGBT Youth*, 7(2), 147-166.
<https://doi.org/10.1080/19361651003799932>
- Sciberras, R. & Tanner, C. (2024). 'Sex is so much more than penis in vagina': sex education, pleasure and ethical erotics on Instagram. *Sex Education*, 24(3), 344-357. <https://doi.org/10.1080/14681811.2023.2199976>
- Skilbrei, M. (2019). *Kvalitative Metoder: Planlegging, gjennomføring og Etisk Refleksjon*. Fagbokforlaget.
- Svendsen, S.H.B., Stubberud, E., Djupedal, E.F. (2018). Skeive ungdommers identitetsarbeid: SKAM etter homotoleransen. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 42(3), 162-183. <https://doi.org/10.18261/issn.1890-7008-2018-03-03>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget
- Tredway, K. (2014). Judith Butler Redux - the Heterosexual Matrix and the Out Lesbian Athlete: Amélie Mauresmo, Gender Performance, and Women's Professional Tennis. *Journal of the Philosophy of Sport*, 41(2), 163-176.
<https://doi.org/10.1080/00948705.2013.785420>

Træen, B., Fischer, N. & Grøndahl, P. (2023). Norwegian Data on Prevalence, Sexual Risk Behaviors, Sexual Problems, and Sexual Satisfaction in Women Who Have Sex Exclusively with Women, Women Who Have Sex Exclusively with Men, and Women Who Have Sex with Men and Women. *International Journal of Sexual Health*, 35(1), 152-166. <https://doi.org/10.1080/19317611.2022.2137267>

Weinberg, G. (1972). *Society and the Healthy Homosexual*. St. Martin's Press.

Vedlegg

Vedlegg 1

Samtykkeskjema Vil du delta i forskningsprosjektet: "Prevensjon, lesbiske og kjønnssykdommer"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hva slags informasjon og produkter som er tilgjengelige for lesbiske personer til å best mulig praktisere sikker sex? I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet å finne ut hva slags informasjon og produkter norsk offentlig helsesektor tilbyr til lesbiske for å best mulig praktisere sikker sex. Dette skal jeg gjøre ved å intervju ansatte på helsestasjoner om hva slags informasjon og produkter som er tilgjengelige. Det norske samfunnet kan være veldig heteronormativt og mange norske lover eller helsetilbud reflekterer dette. For eksempel er det veldig vanskelig for lesbiske å finne gratis prevensjonsmiddel for å unngå smitte av kjønnssykdommer, eksempelvis slikkelapper. Disse intervjuene vil bli en del av min masteroppgave. Intervjuene skal ikke bli brukt til noen andre formål enn til dette.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for tverrfaglige kulturstudier ved NTNU er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Kriteriene for intervjupersonen i dette forskningsprosjektet er at de er ansatte ved helsestasjoner eller andre institusjoner som spesialisere seg i rådgiving innenfor seksuell helse, prevensjon og kjønnssykdommer. Grunnen til at det er denne gruppen som blir oppsøkt er fordi de har ekspert-kunnskap om seksuell helse.

Deltakerne i forskningen blir valgt basert på hvor de jobber og kommer til å representere sitt arbeidssted. Det er ingen andre kriterier for deltakelse enn dette.

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektdeltakelse innebærer å svare på ca. 12 spørsmål i et intervju. Intervjuene vil vare rundt 30 minutter. Kun en informant vil bli intervjuet av gangen. Spørsmålene som blir stilt vil handle om hvordan kjønnssykdommer smitter og hva man kan gjøre for å forhindre dem.

Jeg kommer til å ta opptak av intervjuene. Mulig at jeg også kommer til å ta notater under selve intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Eventuelle andre personopplysninger som kommer frem i forskningen vil bli holdt private.

Deltakerne av forskningen vil ikke kunne gjenkjennes som privatpersoner, men arbeidsplassen de jobber på vil bli nevnt med navn.

Ved publisasjon vil deltakerne kun være en representasjon av yrket sitt. Vedkommende vil for eksempel bli referert til som "helsesykepleier på en stor skole i en stor norsk by", eller "ansatt i en interesseorganisasjon". Men deltakeren vil kunne bli gjenkjent.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes våren 2024. Innen den tid vil opptakene og alle personopplysninger bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Institutt for tverrfaglige kulturstudier ved NTNU* har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- *Student: Audur Helga Reynisdottir*, audurhr@stud.ntnu.no
- *Hovedveileder for prosjektet: Elisabeth Stubberud*, elisabeth.stubberud@ntnu.no
- ~~*Medveileder for prosjektet: Sofia Moratti*~~ sofia.moratti@ntnu.no
- *Personvernombud ved NTNU: Thomas Helgesen*, thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personvertjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personvertjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Vedlegg 2

Intervjuguide

Jeg heter Audur Reynisdottir og jeg går andre året på en master i likestilling og mangfold. Min masteroppgave handler om hvor tilgjengelig produkter og informasjon om sikker sex er for lesbiske personer. Målet med dette intervjuet er å samle ekspert informasjon om dette temaet.

Det jeg prøver å finne ut av i dette intervjuet er hvordan to personer med vulva kan best mulig ha beskyttet sex med hverandre. For enkelhetsskyld vil jeg bruke begrepet «lesbiske» for disse personene. Begrepet lesbisk inkluderer en stor gruppe mennesker, hovedsakelig, men ikke kun *kvinner som har sex med kvinner*. Også inkludert i denne gruppen er lesbiske kvinner, ikke- binære lesbiske, transkvinner som er lesbiske eller bifile personer med som har lesbisk sex.

1. Bakgrunnsspørsmål

- Hvor gammel er du?
- Hvilken utdanning har du som kvalifiserer deg til å jobbe her?
- Hva er din stillingstittel?
- Hvor lenge har du jobbet her?
- Hvor mange andre jobber her? Hvor mange andre har samme stillingstittel som du?
- Hva gjør dere som jobber her? Hvordan er en vanlig dag på denne arbeidsplassen?
- Hva slags personer kommer hit? Alder på dem? Hvorfor kommer de hit?

2. Hvordan ville du definert hva sex er?

- Er oral sex og anal sex *ekte sex*?
- Må det være penetrering?
- Hva tror du andre folk definerer som sex?
- Hvorfor er noen seksuelle handlinger definert som sex mens andre ikke nødvendigvis blir det?

3. Se for deg at det kommer inn en ung lesbisk person som lurte på hvordan hen best mulig kan praktisere sikker sex, hvordan ville dere tatt imot denne personen? (Hva kunne dere gjort for denne personen?)

- Hvordan vil de bli behandlet annerledes med tanke på legning enn andre?
- Vil de bli testet for kjønnssykdommer vaginalt, oralt og analt?
- Hvilken produkter kan dere anbefale til dem?

4. Hvorfor er det slik at kun menn som har sex med menn (og de som har hatt sex uten for Norden) får ta kjønnssykdom test i halsen?
 - Er det basert på biologisk kjønn eller basert på seksualitet.
 - Hvorfor får ikke jenter som har hatt sex på samme måten ta den sammen testen? Hva er bakgrunnen for denne praksisen?
 - Tar dere i betraktning at det kan være overlapp mellom gruppene?

5. Tenker dere at personer har ulike behov for informasjon om sikker sex basert på kjønnsidentitet og seksuell orientering?
 - Hvis ja, spør dere folk som kommer hit om kjønnsidentitet og seksuell orientering?
 - Hvis ja, hva slags ulik informasjon og råd om sikker sex får de ulike gruppene?

6. Når en person kommer inn og ønsker å bli testet for kjønnssykdommer, er vanlig prosedyre å teste basert på biologisk kjønn eller basert på seksuell legning?
 - Får heterofile og lesbiske jenter like mye informasjon om slikkelapper?
 - Blir seksuell aktivitet forventet basert på legning, eller spør dere om hvordan personen har hatt sex?
 - Hvorfor får ikke de personen som har hatt samme type sex tilgang til de samme type testene?

7. Hvilken produkter tilbyr dere for beskyttelse av kjønnssykdommer?
 - Kondomer?
 - Oral kondomer?
 - Slikkelapper?
 - Annet?

8. Rent fysisk, er det større risiko for å få en kjønnssykdom om en person utfører oral sex med en penis enn en vulva?
 - Med tanke på at oral kondomer er mer tilgjengelige enn slikkelapper? Er grunnen til dette på grunn av medisinsk/ biologisk grunnlag?

9. Hvorfor er oral kondomer mer tilgjengelige enn slikkelapper?
 - Hvorfor er kondomer ofte gratis mens slikkelapper må man kjøpe?

10. Hvordan kan to personer med vagina praktisere sikker sex?
 - Beskyttelse?

11. Med utgangspunkt i din erfaring på din arbeidsplass, tenker du at skeive sin seksuelle helse og rettigheter blir prioritert på samme måte som heteroseksuelle?
 - Hvordan jobber dere faglig og i kollegiet med skeives seksuelle helse og rettigheter?
 - Hvor kommer deres kunnskap fra, og er det evt. noe dere savner?

12. Tror dere at ung får like god informasjon om seksuell helse for lesbiske og homofile som de får om heterofile?
 - På skolen?
 - På nett?
 - Hos legen?
 - Av foresatte?

13. Hvilken andre steder enn her kan gi lesbiske tilgang til informasjon eller produkter for å best praktisere sikker sex?

