



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

***Unge transpersoners erfaringer og ønsker i møte med
helsepersonell***

HOVEDOPPGAVE
profesjonsstudiet i psykologi

Niko Olivia Linnéa Grimm

Vår 2022

Forord

Først vil jeg takke mine aller nærmeste, Alexandra og Alex, som lyttet til alle mine ideer og for gode samtaler. Et ekstra stort takk till Alexandra som også hjulpet med hverdagslige gjøremål slik at jeg kunnet fokusere på oppgaven, og med korrekturlesing.

Stort takk til de venner som oppmuntret meg, og særlig til Stein Wolff Frydenlund, Aurora Jonathan Goga, Eik Næsgaard og Atlas Johansen som lest igjennom spørsmål på forhånd og komt med inspill til skjemaet.

Takk til min veileder, Norman Anderssen, for kloke ord, god veiledning, og tiltro til mine ideer og mye frihet i hvordan jeg formulerte oppgaven.

Og til sist vil jeg takke Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens, Harry Benjamin Ressurscenter, facebookgruppene «Åpen gruppe for alle transpersoner i Skandinavia» og «Ikke-binær & Flytende Norge», og discordservern Trans Scandinavia som hjulpet med rekruttering av deltakere.

Sammendrag

Målet med denne studien er å undersøke hvordan unge transpersoner basert på egne erfaringer ønsker bli møtt av helsepersonell, for å hjelpe helsepersonell med å møte transpersoner på en god måte og dermed minske barrierene til god helsehjelp. Problemstillingen ble undersøkt ved hjelp av tekster som 13 transpersoner i alderen 18-25 selv skrev som åpent formulert svar på to spørsmål. Disse ble analysert med hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse.

Hovedfunnene består av seks temaer. I møte med helsevesenet ønsker transpersoner å få definere egen identitet, og spørsmål som støtter dette oppleves positivt. Spørsmål om kjønnsorganer, seksuell praksis og lignende opplevdes grenseoverskridende, og det å bli behandlet utifra stereotyper eller som syk eller annerledes var ubehagelig. Deltakere rapporterte også å bli møtt med tvil basert på sin identitet, og en bekymring for diskriminering. Til sist var et tema manglende kunnskap blant helsepersonell. Erfaringene som ble rapportert av deltakerene reflekterte at cisnormativitet i helsesystemet førte til ubehag som kan tenkes bidra til minoritetstress hos deltakerne. Denne oppgaven har funn som gir anbefalinger helsepersonell kan ta i bruk for å skape bedre møter og dermed minske barrierer til helsehjelp og forhindre at møte med helsepersonell er en kilde til stress.

Summary

The aim of this project was to find out how young trans people, based on their own experiences, want to be treated by health personnel. This can improve interactions between health personnel and trans people, minimizing barriers to good healthcare.

The research question was explored using texts that 13 trans people between the ages of 18-25 wrote as openly formulated answers to two questions, and these were analysed using Interpretative phenomenological analysis.

The main findings consist of six themes. In meeting with healthcare workers trans people wish to define their own identity, and questions that helps them do this are perceived as positive. Questions about genitalia, sexual practices etc. are experienced as crossing personal boundaries, and being treated based on stereotypes, assumptions or as fundamentally different or sick was described as uncomfortable. Participants described being met with doubt based on their identity and expressed a worry about the possibility of being discriminated against. Lastly, a theme was a lack of knowledge among healthcare professionals.

The experiences detailed by participants reflected that cisnormativity in the healthcare system leads to discomfort that can be assumed to add to minority stress experienced by participants. The findings from this project have contributed to some suggestions for how healthcare personnel can improve their interactions with trans people.

Innledning

Kunnskap om transpersoners behov i helsevesenet har økt de siste 20 årene, og helsetilbud har blitt endret flere ganger de siste 10 årene gjennom lovendringer og endringer av retningslinjer (Lov om endring av juridisk kjønn; 2016, Helsedirektoratet, 2020).

Kunnskap rundt hva det vil si å være trans, og hvilke helsebehov transpersoner som gruppe har, har gått fra at transseksualisme var en diagnose til en forståelse for at det å være trans ikke er en sykdom, men at inkongruens mellom kjønn tildelt ved fødsel og opplevd kjønn kan føre til dysfori som er noe man kan trenge hjelp for (Helsedirektoratet, 2020).

Helsedirektoratet og Regjeringen skriver begge i styrende dokumenter (Kulturdepartementet, 2021; Helsedirektoratet, 2020) at god kunnskap om personer som bryter med normer for kjønn er viktig for at personer som tilhører seksuelle og kjønnsminoriteter skal få likeverdig helsehjelp. Regjeringen poengterer videre at det offentlige helsetjenestene skal jobbe for kompetanseheving utenfor det som frivillige organisasjoner gjør. (Kulturdepartementet, 2021).

Studier av norske transpersoners levekår har vist at transpersoner opplever diskriminering og manglende kunnskap i helsevesenet (Anderssen, Eggebø, Stubberud, & Holmelid, 2021; van der Ros, 2013; Stokke, Lundhaug, Hammeren, Solberg, & Steinland, 2018). Målet med denne hovedoppgaven er å finne ut av hvilke erfaringer unge transpersoner har og hva unge transpersoner ønsker i møtet med helsepersonell basert på disse erfaringene, for å hjelpe helsepersonell til å skape gode møter med transpersoner og dermed minske barrierene til god helsehjelp for transpersoner.

Jeg har i hovedsak benyttet norsk empiri, da denne oppgaven omhandler det norske helsevesenets forhold til transpersoner.

Innledningen vil først gå igjennom relevante begreper, transpersoners helsebehov og eksisterende studier på transpersoners møte med helsevesenet i Norge.

Transpersoner

En transperson er en person som ikke identifiserer seg med det kjønn som ble registrert ved fødsel. For eksempel kan man identifisere seg som mann, men ha blitt registrert som kvinne ved fødselen (eller omvendt), man kan identifisere seg med en annen kjønnstilhørighet enn mann eller kvinne, man kan identifisere seg med både en mannlig og en kvinnelig kjønnstilhørighet, eller identifisere seg uten kjønnstilhørighet (så kalt agender). Transidentiteter kan videre deles inn i to kategorier, binære og ikke-binære transpersoner. Binære transpersoner er transpersoner som identifiserer seg som mann eller kvinne, mens ikke-binære transpersoner identifiserer seg som noe annet enn mann eller kvinne; de er utenfor den binære kjønnsnormen, derav navnet "ikke-binær". Personer som ikke er trans kalles cispersoner (Lescher-Nuland, & van der Ros, 2021).

Noen transpersoner ønsker å korrigere fysiologiske trekk til å samsvare med sin kjønnsidentitet gjennom såkalt kjønnskorrigerende behandling, som kan bestå av hormonbehandling, kirurgi, fjerning av hår, osv. Noen er fornøyd med å utrykke kjønnsidentitet gjennom klær eller sminke, og andre opplever at man kan være den man er samtidig som man har et kjønnsuttrykk som samsvarer med det kjønn som ble registrert ved fødsel (Lescher-Nuland & van der Ros, 2021). Anderssen et al. (2021) fant at 66% av binære transpersoner og 71% av ikke-binære transpersoner rapporterte at de ikke hadde behov for kjønnskorrigerende medisinsk behandling. Å være trans er en kjønnsidentitet som er uavhengig av seksuell orientering (Lescher-Nuland & van der Ros, 2021).

Transbegrepet kan defineres på mange måter, og avhengig av hvilke definisjoner man bruker, ender man opp med forskjellige resultater på hvor mange transpersoner som finnes i Norge. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) estimerer at hvis man bruker en snever definisjon av transpersoner (de som opplever dysfori) finnes det rundt 20 000 transpersoner i Norge, mens hvis man bruker en videre definisjon av hva en transperson er

(inkluderer alle som opplever ambivalens til den kjønnsidentitet som ble registrert ved fødsel) finnes det rundt 260 000 transpersoner i Norge (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022).

Kjønnsdysfori er et ubehag eller misnøye som kommer fra opplevelse av at kropp, sosial rolle osv ikke samstemmer med det kjønn som ble registrert ved fødsel. Dysforien er ofte knyttet til spesifikke kroppsdelene eller uttrykk som ikke samsvarer med det kjønn personen identifiserer seg med. Motivasjon for kjønnskorrigerende inngrep er ofte kjønnsdysfori (Jessen, 2022). Som en deltaker i Stokke et al. (2018) beskriver sin relasjon til egen kropp: “Nei, det var jo bare veldig absurd. Fordi, sånn objektivt sett så var det jo en fantastisk kropp, men den var liksom ikke meg. Den var merkelig. Veldig absurd, liksom.” (s.57)

Kjønnskorrigerende behandling gis i Norge på basis av diagnosene Z76.80 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder eller Z76.81 Kjønnsinkongruens i barndom som er beskrevet i ICD-11. Kjønnsinkongruens er en inkongruens mellom en persons erfarte kjønnsidentitet og det kjønn hen ble tildelt ved fødsel, som fører til et ønske om et skifte for å leve og bli akseptert som det kjønn hen opplever. Kjønnsinkongruens, særlig i barndommen, kan omfatte dysfori gjentemot kroppsdelene og sosiale roller. (Helsedirektoratet, 2020).

Frem til 2020 fikk transpersoner i Norge diagnosen «transseksualisme» som var klassifisert som en psykisk lidelse i ICD-10. Helsedirektoratet har i sine retningslinjer angående behandling av kjønnsinkongruens avgjort at det er riktig å bruke diagnosene fra ICD-11, hvilket innebærer at det å være trans ikke lenger er klassifisert som en psykisk lidelse i helsevesenet. Dette innebærer et fundamentalt skifte i hvordan transpersoner behandles i helsevesenet, fra å bli behandlet som at det å være trans er en psykisk lidelse, til at det å erfare kjønnsinkongruens er en tilstand som kan innebære at man har behov for helsehjelp. (Helsedirektoratet, 2020)

Transpersoners helsebehov

Siden denne oppgaven omhandler transpersoners behov og ønsker i møte med helsevesenet i Norge, har jeg valgt å hovedsakligen inkludere studier fra Norge. For å belyse temaet har jeg inkludert de undersøkelsene, både kvalitative og kvantitative, som omtaler transpersoners helsetilstand.

Det er vanskelig å finne studier fra Norge på transpersoners helse og erfaringer som er gjennomført før 2010, da de fleste studier av seksuelle og kjønnsminoriteter ikke inkluderte transpersoner i rekrutteringen av deltakere og ikke fokuserte på transpersoner som enkeltgrupper innenfor spekteret av seksuelle og kjønnsminoriteter. Studier der en majoritet av deltakere ikke er trans gir ofte ikke nok grunnlag til å si noe spesifikt om transpersoners helsetilstand eller erfaringer.

Studier fra Norge finner at transpersoner skårer lavere enn gjennomsnittsbefolkningen på en rekke mål på helsetilstand og daglig fungering (Anderssen et al., 2021, Stokke et al., 2018). Stokke et al. (2018) fant at 56 % av transpersoner rapporterte sin helse som god, hvilket er lavere en gjennomsnittsbefolkningen der 79% rapporterer detsamme. Anderssen et al. (2021) fant at ikke-binære transpersoner rapporterte lavere tilfredshet med egen helse sammenlignet med cispersoner. Både Stokke et al. (2018) og Anderssen et al. (2021) fant at flere transpersoner rapporterte nedsatt psykisk og fysisk funksjonsevne sammenlignet med cispersoner. Ca halvparten av transpersonerne i Anderssen et al. (2021) rapporterte nedsatt arbeidsevne og på tilsvarende spørsmål i Stokke et al. (2018) var andelen 38%. Det er påfallende at Stokke et al. (2018) fant at 51% av transpersoner rapporterte at de hadde helt eller delvis redusert arbeidsevne pga psykisk helse, og at over halvparten av transpersonene rapporterte psykiske helseplager.

Studier viser at transpersoner rapporterer mer selvmordstanker enn den øvrige befolkningen, (Anderssen et al., 2021, Stokke et al., 2018) og at rundt en tredel av ikke-

binære transpersonene og binære transpersonene rapporterte at de i løpet av sitt liv har prøvd begå selvmord (Anderssen et al., 2021, Stokke et al., 2018).

Når man ser på studier der transpersoners helsetilstand blir evaluert utifra selvrappoteringskjema ser man at transpersoner som gruppe gjennomgående skårer lavere på mål av fysisk og psykisk helse, samt at transpersoner rapporterer mer nedsatt arbeidsevne enn cispersoner. Dette betyr at transpersoner er en gruppe som har et behov for god helsehjelp, og en viktig del av å ha tilgang til god helsehjelp er gode møter med helsevesenet. Målet med denne studien er å finne ut av hvordan transpersoner ønsker å bli møtt av helsepersonell uavhengig av grunn til kontakt, for å finne kunnskap som kan hjelpe helsepersonell være bedre rustet til å møte transpersoner på en god måte og dermed minske barrierene til god helsehjelp.

Transpersoners møte med helsevesenet kan sees i kontekst av at det helsevesen transpersoner møter eksisterer i et samfunn som er preget av hetero- og cisnormativitet. Møtet med helsevesenet er dermed også en del av en helhetsopplevelse av hvordan samfunnet møter transpersoner. Hvordan samfunnet møter minoriteter og hvilken effekt dette har på minoritetspopulasjoners velfære er beskrevet i minoritetstressteori. Jeg vil dermed begynne med å beskrive minoritetstressteori, mikroagresjoner og hetero- og cisnormativitetsbegrepene for å gi kontekst til de funn som har blitt gjort om transpersoners møte med helsevesenet.

Teoretisk bakgrunn

For å belyse de temaer jeg undersøker har jeg valgt å bruke minoritetstressteori, cisnormativitet og mikroagresjoner som teoretisk utgangspunkt.

Minoritetstress. Minoritetstressteori (MST) er en teori utviklet på 90-tallet som forklarer forholdet mellom diskriminering og stigmatisering i samfunnet og dårligere psykisk helse blant minoriteter. MST ble utviklet for å forklare den høyere andelen psyksike

helseproblemer blant seksuelle minoriteter og foreslår at det å internalisere samfunnets negative holdninger, og forvente å bli møtt eller dårlig behandlet basert på disse, øker faren for stress som fører til økte psykiske helseproblemer hos seksuelle og kjønnsminoriteter. (Meyer, 1995). Kilder til stress deles opp i distale og proksimale ifølge MST. Distale stressorer er eksterne hendelser eller forhold som påvirker individet konkret, for eksempel diskriminering på arbeidsplassen. Proksimale stressorer er relatert til internalisering og tolkning av opplevelser og holdninger i samfunnet, f.eks. internalisert stigma (Meyer, 2003)

Noen av stressorene som kan bidra til dårligere psykisk helse blant transpersoner kan være erfaringer som transpersoner har i helsevesenet. Gjennom bedre kunnskap rundt hvordan transpersoner ønsker bli møtt i helsevesenet kan man dermed kanskje minske mengden minoritetstress, noe som i seg selv kan minske behovet av helsehjelp hos transpersoner.

Cisnormativitet og heteronormativitet. Cisnormativitet er antakelsen om at alle mennesker enten er kvinner eller menn, og heteronormativitet er antakelsen om at seksuelle eller romantiske forhold alltid er mellom kvinner og menn (Almås, Jessen, & Berteussen, 2021) I helsevesenet blir det som oftest antatt at en pasient er heterofil og ciskjønn. En illustrasjon på hvordan cisnormativitet kan påvirke transpersoner i helsevesenet beskrives i van der Ros kvalitative intervjuer fra 2013, der en deltaker rapporterte at det at helsesystemet møtte henne som mann førte til at hun helst ikke ville ha noe kontakt med dem, og at hvis hun ikke hadde trengt dem for å få hormoner hadde hun unngått all kontakt med helsevesenet. (s.68)

Mikroagresjoner. Mikroagresjoner er handlinger som ofte er ubevisste og ikke er ment å årsake skade men som kommuniserer fordommer eller nedlatende meninger om en gruppe mennesker (Sue, 2010), Et aspekt av å oppleve mikroagresjoner er at det er vanskelig å vite hvordan man bør reagere på de. En studie som omhandlet rasimerelaterte mikroagresjoner mot amerikanere av asiatisk herkomst fant at deltakerne opplevde mye indre

konflikt rundt hvorvidt de skulle reagere på mikroagresjoner, da det å ta opp hva som skjedd ofte førte til at den som f.eks. uttalt noe med en rasistisk implikasjon benektet det som skjedd og at deltakern ble sett på som paranoid eller ubalansert (Sue, Bucceri, Lin, Nadal, & Torino, 2007)

En meta-analyse om mikroagresjoner mot seksuelle og kjønnsminoriteter fant at det fanns flere typiske mikroagresjoner transpersoner kunne oppleve . En av disse var å bli behandlet som noe eksotisk og uvanlig. Dette kunne også involvere å få intime spørsmål. En annen typisk opplevelse var at personer antok at alle transpersoner har samme opplevelser på grunn av at de er trans, en type stereotypisering. I tillegg beskriver forfatterne at transpersoner kunne oppleve at andre så dem som det kjønn de ble tildelt ved fødsel istedet for opplevd kjønn, som involverte bruk at feil navn og/eller pronomen, å anta at transpersonen konformerer med normen for det kjønn hen ble tildelt ved fødsel, f.eks. at transmenn ikke er sterke nok for fysisk arbeid. Transpersoner kunne også oppleve at foreldet terminologi ble brukt om dem; f.eks. kunne et eksempel på dette være å bruke den gamle diagnosekategorien “transseksualisme” om transpersoner, som insinuerer at transidentitet er en lidelse (Nadal, Chassitty, Whitman, Davis, & Davidoff, 2016).

Resultat fra tidligere studier på transpersoners møte med helsevesenet

De siste ti årene har det blitt gjort studier i Norge som har gitt kunnskap om møtet mellom transpersoner og helsevesenet. I denne delen av teksten vil jeg kort beskrive fire av disse undersøkelsene og deres hovedfunn. Så vil jeg gå igjennom på hvilken måte disse studiene belyser temaene cisnormativitet, mangel på kunnskap og kompetanse, og møte med den nasjonale behandlingstjenesten for kjønnsinkongruens.

Janneke van der Ros skrev i 2013 den første norske studien om transpersoners levekår. Dette var en kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer med 19 transpersoner. Denne hadde som et av 6 forskningsspørsmål ”Hvilke opplevelser og erfaringer har ulike grupper i

forhold til fysisk og psykisk helse? Hvilke erfaringer gjør informantene seg i møte med helsevesenet og med andre offentlige (hjelpe)apparat?” (s.14). van der Ros skriver at deltakerne var “svært opptatt” (s.56) av å beskrive sine erfaringer med helsevesenet, noe som pekte på at dette er et tema som påvirket deltakerne i stor grad. Studien hadde to hovedfunn, der et av hovedfunnene var transpersoners møte med et helsevesen som ikke bare hadde manglende kompetanse, men også andre problemer med en begrensning av hvem som fikk tilgang til hjelp og hvilken hjelp de ble tilbudt.

I 2017 gav Likestillingscenteret ut en rapport, «Skeiv i Helse-norge» (Solberg, 2017). I denne rapporten kartla man møteplasser og helsetilbud for skeive i innlandet, samt helsetjenestenes kunnskaper om seksuelle og kjønnsminoriteter. Dette ble kartlagt med hjelp av en kvantitativ spørreundersøkelse som ble besvart av 78 ledere for BUP, DPS, psykisk helseteam og helsestasjoner. Rapporten fant blant annet manglende prioritering av kunnskap om, og tilbud til skeive i helsesystemet. I tillegg fant de at virksomhetsplaner og styringsdokumenter ikke tok opp temaer rundt kjønn og seksualitet, at det er lav prioritering for disse temaene, at det er lite tverrfaglig samarbeid i kommunene og mellom kommunene og eksterne aktører, og at en manglende bevissthet rundt disse temane gir ubevisst diskriminering av skeive. Rapporten beskriver at det er få enheter som har kompetanse på kjønn og seksualitet blant sine ansatte, men at de enheter som har dette har en økt kvalitet i tjenestene som tilbys.

Likestillingscenteret har også bidratt til rapporten «Skeives levekår i Agder. En kvantitativ og kvalitativ kartlegging» (Stokke et al., 2018) som består av en kvantitativ spørreundersøkelse samt en utfyllende kvalitativ undersøkelse basert på dybdeintervjuer. I spørreundersøkelsen deltok 154 transpersoner. Stokke et al. (2018) fant at transpersoner rapporterte mangel på kompetanse i helsetjenesten, og at over halvparten av transpersonene ikke var åpne om sin kjønnsidentitet med egen fastlege. Hovedfunnene i denne rapporten var

at skeive, særlig transpersoner, opplevde dårligere psykisk helse enn gjennomsnittsbefolkningen, at majoriteten av deltakere ikke opplevd diskriminering, men at dette fortsatt eksisterer, og at mange deltakere rapporterte manglende kunnskap i helsevesenet som fører til at skeive ikke får likeverdige helsetilbud som heterofile og cispersoner.

Anderssen et al. ga i 2021 ut en nasjonal spørreundersøkelse om skeive personers levekår i Norge. Dette er den første landsdekkende kvantitative spørreundersøkelsen om skeives levekår der transpersoner er inkludert, og det var 129 binære transpersoner og 103 ikkebinære transpersoner som deltok. Undersøkelsen kartla utvalgets bakgrunn (kjønn og kjønnsidentitet, seksuell orientering, inntekt, utdanning, m.m.), trivsel og sosialt nettverk, diskriminering og vold, helse, fritid og organisasjonsliv, og åpenhet og forholdet til egen seksuell orientering/kjønnsidentitet. Rapporten fant at transpersoner rapporterte erfaringer med diskriminering og dårligere levekår enn resten av utvalget. Rapporten fant også at transpersoner rapporterte stolthet, støtte og gode vennernettverk og deltakelse i organisasjonsliv. 35% av binære og 16% av ikke-binære transpersoner i denne studien rapporterte at de opplevd diskriminering i møte med helsetjenester.

Cisnormativitet og heteronormativitet påvirker møtet med helsevesenet.

Helsevesenet eksisterer som en del av samfunnet, og dermed er det ikke bare handlinger i det enkelte møtet mellom helsepersonell og transperson som påvirker kvaliteten av møtet, men også andre faktorer som kommer av at samfunnet er hetero- og cisnormativt. Dette kan komme frem i informasjonsoverføring mellom helsepersonell og journalsystemer, manglende rutiner for hvordan behandle transpersoner, eller de fysiske byggene møtet foregår i.

Deltakere i van der Ros studie fra 2013 rapporterte om minoritetstress i forbindelse med at kjønnsuttrykk og kjønn i juridiske papirer ikke alltid samsvarte. Det manglende samsvaret mellom identitetspapirer og uttrykk førte til at deltakere måtte forholde seg til andres reaksjoner på denne diskrepansen. Denne typen stress kan lett oppstå i møte med

helsevesenet da helsepersonell man møter baserer møtet på en henvisning og på informasjon i journal og offentlige register. Det er sjeldent at disse inkluderer pronomen eller andre navn enn det som er registrert hos folkeregistret.

Transpersoners møte med helsepersonell skjer i en kontekst av et samfunn som ikke er bygd for å tilfredsstille behovene til transpersoner. Helseinstitusjoner kan mangle rutiner eller kunnskap om hvordan man kan løse praktiske problemer relatert til å gi helsehjelp til transpersoner. Grønningsæter og Haualand gjennomførte i 2012 en studie som kartla erfaringer av å være skeiv og ha nedsatt funksjonsevne. I denne nevner en transperson denne problemstillingen i forbindelse med at det kan oppstå problemer når transpersoner med nedsatt funksjonsevne trenger hjelp til å kle seg om, eller ved ulykker.

Dette innebærer at f.eks. mangel på universell utforming på bygg kan påvirke et møte med helsepersonell, også hvis helsepersonellet gjør alt “riktig” for å skape et godt møte kan møtet likevel oppleves som diskriminerende fordi det foregår i et bygg som f.eks. ikke har toalett transpersonen kan bruke. I en kvalitativ intervjustudie fra Sverige fant man at transpersoner rapporterte at bruk av toaletter som ikke samsvarte med deres kjønnsidentitet årsaket angst og tanker rundt om det var lov for dem å være i et rom. Deltakere i denne studien hadde utviklet strategier for å håndtere å være i rom som ikke var tilpasset dem, f.eks. gjennom å gjemme noen kroppsdel, men rapporterte samtidig at den økte terskelen for å få tilgang til f.eks. gymsaler førte til at de ikke trente så ofte som de hadde lyst til. Deltakere i studien kunne velge å ikke trene, og dermed beskytte seg selv fra angsten relatert til toaletter og garderober (Linander, Goicolea, Alm, Hammarström, & Harryson, 2019).

Mangel på kunnskap og kompetanse om trantematikk i helsevesenet. Flere studier har funnet at transpersoner rapporterer at de opplever mangelfull kunnskap i helsevesenet (van der Ros 2013; Stokke et al., 2018; Grønningsæter & Haualand, 2012) . I en studie rapporterte 42 % av transpersonene i studien at helsevesenet hadde manglende kompetanse på

kjønns mangfold (Stokke et al., 2018). Studier fra andre land viser at mangel på kompetanse hos helsepersonell var noe både transpersoner og helsepersonell rapporterte på tvers av studier, og at helsepersonell opplevde at det fantes en mangel på kunnskap om helsebehovene til transpersoner (Aylagas-Crespilloa, García-Barbero, Rodríguez-Martín, 2018).

I en kvalitativ intervjuundersøkelse fortalte deltakere om spesifikke mangler på kunnskap i helsevesenet, f.eks. at leger ikke hadde nok kunnskap om hvordan hormonbehandling for transkvinner påvirket stemningsleie og vekt, eller om risiko og behandling av plager knyttet til innbinding av bryst for å oppnå en flatere brystkasse (Stokke et al., 2018).

En konsekvens av mangelen på kunnskap er at personer får rollen å lære opp helsepersonell i temaet. Deltakere i van der Ros (2013) beskriver at de opplevd at helsepersonell møter dem med fascinasjon og spørsmål, og at deltakere opplevd å lære helsepersonell om transpersoner. Dette kan oppleves som positivt, men også som en byrde.

Solberg (2017) fant at bare 1.3% av ansatte på Helsestasjoner BUP, DPS, Psykisk helseteam, eller PPT kunne vise til formell kompetanse innen seksualitet og kjønns mangfold, og disse var distribuert slik at 8.2% av enhetene hadde minst en ansatt med kompetanse innen disse temaene. Flere deltakere rapporterte dog at ansatte hadde tilegnet seg kurs eller annen informell erfaring gjennom jobben. Rapporten fant også at kunnskap om kompetansesentre for kjønns- og seksualitets mangfold ikke var godt kjent for helseetatene de undersøkte, der 31% hørt om Helsestasjon for kjønns og seksualitet i Oslo, 29% hadde hørt om Forbundet for transpersoner i Norge (FTPN). I tillegg bemerker rapporten at bare 17,7% hadde hørt om Rosa kompetanse (FRI) til tross for at det er rosa kompetanse som har oppdrag fra Helsedirektoratet om å undervise om seksualitets- og kjønns mangfold. Det var også få av deltakerne som kjente til Stensveen ressurs senter og Harry Benjamin ressurs senter som fungerer som støtteorganisasjoner for transpersoner.

Mangel på kunnskap om transpersoners behov fører også til at helsepersonell kan ha feiloppfatninger om hvordan de skal forholde seg til sine pasienters kjønnsidentitet. Rapporten (Solberg, 2017) fant også at mange helsepersonell ikke hadde tatt opp tema rundt seksualitet- og kjønn med pasienter og ikke anbefalt kontakt med andre tjenester eller organisasjoner som kunne hjelpe pasienter med disse temaene. På spørsmål om hvorfor dette ikke diskuteres med pasienter oppga mange at de opplevde kjønn og seksualitet som irrelevant for møtet med pasienter. Studier fra andre land har funnet at helsepersonell har en tendens til å se kjønns- og seksuell identitet som relevant bare når pasienten søker hjelp for seksualhelse (Stewart & O'Reilly, 2017). Solberg (2017) diskuterer at det at helsepersonell tror seksualitet og kjønn er irrelevant for møte med pasienter "indikerer også manglende forståelse for at kjønn og seksualitet påvirker hvordan brukerne og pasientene forholder seg til egen kropp og følelsesliv, noe som igjen kan føre til ubevisst diskriminering." (s.36). I Stokke et al. (2018) fortalte de fleste transpersonene i studien at de ønsket at behandlere skulle ta opp temaer relatert til kjønn- og seksualitet, og la vekt på at særlig fastleger som visste at man kunne bli henvist til sexolog hadde vært viktig for flere deltakere.

Mangel på kunnskap kan også føre til at helsepersonell reagerer på en måte som oppleves negativ. Flere deltakere i Stokke et al. (2018) fortalte også om at når de hadde tatt opp tema rundt kjønnsidentitet med helsepersonell i psykisk helsevern hadde de blitt møtt på en måte der personell ikke hadde sett sammenhengen mellom kjønnsidentitetstematikk og psykiske helseproblemer og avvist kjønnsidentitet som samtaletema. For eksempel hadde en deltaker som mottok behandling for depresjon hatt lyst å diskutere temaer rundt sin kjønnsidentitet som en av årsakene til depresjonen men fått beskjed om at den psykiatriske helsetjenesten hen var i kontakt med bare behandlet depresjon, ikke kjønnsidentitetstematikk.

Stokke et al. (2018) beskriver også at kompetansenivået hos fastlegene påvirket hvor god oppfølging pasientene fikk, og at variasjon i kompetansenivå dermed innebar variasjon i

hvor god oppfølging pasienter fikk av fastlegen. De diskuterte også om det sentraliserte tilbudet eventuelt fører til en for stor segregering av helsetilbudene der den nasjonale behandlingstjenesten sitter på det meste av kompetansen og denne ikke blir spredt til andre tjenestetilbud (Stokke et al., 2018)

Samtidig som manglende diskusjon rundt kjønn- og seksualitet kan føre til dårligere helsetilbud, beskrev deltakere i en studie fra USA at når de følte det var trygt å dele sin identitet med helsepersonell og når de hadde fått en positiv reaksjon førte dette til at de opplevde at de fikk bedre helsehjelp (Rounds, Mcgrath, & Walsh, 2013). Det kan dermed se ut som at det å gi helsepersonell kunnskap om kjønnsminoriteter og hvordan de ønsker bli møtt kan forbedre møtet mellom helsepersonell og transpersoner. At helsepersonell ikke snakker med pasientene sine om temaer relatert til kjønn og seksualitet kan delvis handle om at de ikke vet hvor viktig det er, eller om en usikkerhet eller en følelse av at man ikke kan nok til å håndtere temaet på en god måte, og mer kunnskap kan motvirke dette

van der Ros (2013) og Grønningsæter & Haualand (2012) beskriver begge at samtidig som at deltakere rapporterte om manglende kompetanse rapporterte de også om at de ofte ble møtt med helsepersonell som hjalp dem, og van der Ros understreker at “manglende kunnskap er ikke synonymt med manglende vilje og motstand.” (s.67).

Regjeringens handlingsplan for likestilling og mangfold poengterer at god kunnskap om personer som bryter med normer for kjønn er viktig for at personer som tilhører seksuelle og kjønnsminoriteter skal få likeverdig helsehjelp, og skriver at det offentlige helsetjenestene skal jobbe før kompetanseheving utenfor det som frivillige organisasjoner gjør (Kulturdepartementet, 2021).

Møte med den nasjonale behandlingstjenesten. Den delen av helsevesenet som tilbyr hjelp til kjønnskorrigerende behandling har vært igjennom forandringer gjennom hele sin virksomme periode. Dermed er det ikke sikkert at det som har blitt rapportert i forskning

fra tidligere år reflekterer situasjonen idag. Jeg har valgt å redegjøre for de erfaringer som blitt beskrevet i tidligere forskning da transpersoners møte med den nasjonale behandlingstjenesten påvirket transpersoners relasjon til helsevesenet, og tidligere forskning har funnet at disse møtene har vært viktige for levekårene til transpersoner som gruppe (van der Ros, 2013). Den nasjonale behandlingstjenesten for transpersoner, nåværende Nasjonal behandlingstjeneste for Kjønnssinkongruens (NBTK), har gjennom årene hatt mange forskjellige navn, og derfor velger jeg å kalle dem “den nasjonale behandlingstjenesten” i denne oppgaven.

I beskrivelsene av møte med helsevesenet i van der Ros (2013) forteller deltakere om hvor viktig det har vært for dem å bli trodd av helsepersonell, først og fremst helsepersonell ved den nasjonale behandlingstjenesten. Det å presentere seg selv som en “ekte” transperson for å få tilgang til behandling innebar ofte å kompromisse med den man egentlig var, å tilpasse det man rapporterte for å gi «riktig» svar eller å presentere seg selv som mer maskulin eller feminin og som mer sikker enn det man egentlig var. Når tvil ikke var lov i prosessen innebar dette at transpersoner kunde gjennomgå mer kirurgi enn de var komfortable med, fordi de var redde at det å ikke gå totalt inn i prosessen kunde innebære å bli utestengt. (van der Ros 2013).

Definisjonsmakten i helsesystemet ble lagt hos den nasjonale behandlingstjenesten og deltakere rapporterte at det å få beskjed om at man ikke var «trans nok» etter å ha blitt vurdert opplevdes som sterkt ubehagelig for deltakerne.

I Stokke et al. (2018) rapporterte mange deltakere om negative erfaringer i møte med den nasjonale behandlingstjenesten. Her ble det poengtert at det ikke fantes et behandlingstilbud for ikke-binære transpersoner. I tillegg kom den lange utredningsperioden og henvisningstiden, at man måtte ta samme tester både ved den nasjonale behandlingstjenesten og på DPS, og “Real-life”-testen (dvs at personen må leve sosialt som

det kjønn hen opplever seg som i ett år) frem som opplevelser deltakarne opplevd som vanskelige.

I 2016 endret lovverket slik at sterilisering ikke var et krav for endring av juridisk kjønn (Lov om endring av juridisk kjønn, 2016). I 2021 endret helsedirektoratet retningslinjene for medisinsk behandling av transpersoner (Helsedirektoratet, 2021).

Van der Ros poengterer at “Å tilrettelegge for god helse for personer med kjønnsidentitetstematikk, handler om hvordan samfunnet møter og anerkjenner deres behov. Det omfatter mer enn diagnostisering og merkelapper i et system.” (s.56). Dermed er det ikke bare endringer i f.eks. helsedirektoratets retningslinjer og behandlingstilbud som skal til for å forbedre tilbudet til transpersoner, men også en forandring i hvordan man definerer og anerkjenner behov i møtet med transpersoner.

Konsekvenser av møtet mellom helsevesenet og transpersoner. Transpersoner er en populasjon som har et økt behov av helsehjelp, og dermed er det et problem at de i mindre grad opplever at helsevesenet møter dem på en hjelpsom måte. Man kan tenke at det at transpersoner opplever diskriminering i møte med helsevesenet og at mange velger å ikke være åpne om egen identitet har en sammenheng. I van der Ros (2013) rapporterte en deltaker at da helsesystemet møtte henne som mann førte til at hun helst ikke ville ha noe kontakt med de, og at hvis hun ikke hadde trengt dem for å få hormoner hadde hun unngått all kontakt med helsevesenet.

Stokke et al. (2018) fant at et mindretall av transpersoner var åpne om sin egen identitet med sin fastlege, og bare 20% var åpne om dette med egen psykolog eller psykiater. Anderssen et al. (2021) fant også at 16% av transmenn, 13 % av transkvinner, 17% av ikke-binære transpersoner og 23% av de øvrige transpersonene i studien valgte å skjule sin identitet i møte med helsevesenet. Anderssen et al. (2021) fant også at 1 av 4 transpersoner rapporterte at de hadde søkt behandling i utlandet eller gjennom internett, hvilket kan indikere at de

hadde søkt behandling fra andre hold når de ikke hadde fått hjelp gjennom den offentlige helsetjenesten.

I en studie fra USA beskrev deltakere at når de hadde fått negative eller ubehagelige reaksjoner fra helsepersonell når de kom ut av skapet hadde dette ført til at de unngikk å snakke om seksualitet eller kjønn med andre helsepersonell i fremtiden. På den positive siden beskrev deltakere at når de følte det var tryggt å dele sin identitet med helsepersonell og når de hadde fått en positiv reaksjon førte dette til at de opplevde at de fikk bedre helsehjelp (Rounds, McGrath, & Walsh, 2013).

Problemstilling

På bakgrunn av ovenforstående har jeg valgt å undersøke problemstillingen «unge transpersoners erfaringer og ønsker i møte med helsevesenet i Norge». Det er interessant å finne ut av hvilke erfaringer som unge transpersoner har, da disse i mindre grad enn eldre transpersoner har opplevd de foreldede måtene å forholde seg til transpersoner i helsesystemet, og i mindre grad kan ha blitt påvirket av fordommer eller ukunnskap som eksisterte for 10-20 år siden. Begrepene cisnormativitet, minoritetstress og mikroagresjoner kan være en nyttig modell for å forstå erfaringer unge transpersoner kan ha i møte med helsesystemet og hvilken stress det kan bidra til. Gjennom å undersøke både positive og negative erfaringer håper jeg å finne ut av eksempler på hva som oppleves uhjelpsomt og årsaker stress og ubehag i møte med helsevesenet, og eksempler på gode møter som man kan bruke som forebilde for gode møter og hvordan tilrettelegge for transpersoner i helsesystemet.

Målet med denne studien er altså å finne ut av hvordan transpersoner ønsker bli møtt av helsepersonell uavhengig av grunn til kontakt, for å finne kunnskap som kan hjelpe helsepersonell være bedre rustet til å møte transpersoner på en god måte og dermed minske barrierene til god helsehjelp.

Metode

Jeg gjennomførte en kvalitativ studie der deltakerne fikk skrive egne tekster om deres erfaringer og ønsker i møte med helsevesenet. Tekstene ble samlet inn gjennom et nettbasert skjema som ble distribuert gjennom sosiale medier og pasientorganisasjoner. Deltakerne fikk skrive så mye eller så lite de ville om sine erfaringer med helsepersonell og hva de ønsket helsepersonell skulle gjøre eller ikke gjøre i møte med transpersoner. Svarene ble analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse, (FFA). Dette er en metode for analyse av kvalitativ forskningsdata. FFAs hovedfokus er hvilken betydning en erfaring har for en person, og hvordan personen gir erfaringen betydning (Smith & Osborn, 2015).

Prosjektplan ble sendt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og disse avgjorde at prosjektet ikke trengte godkjenning fra dem fordi formålet med prosjektet ikke er kunnskap om transpersoners helse som sådan, men om erfaringer og ønsker i møte med helsepersonell. REK bedømte dermed at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde (Vedlegg A).

Prosjektet fylte krav for anonym forskning satt av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og Personvernombud ved UiB leste igjennom prosjektbeskrivelse og bekreftet at prosjektet ikke trengte godkjenning fra NSD. Prosjektet er registrert i UiB sin personvernportal, RETTE.

Rekrutteringsmetode

Informasjon om prosjektet ble sendt ut til relevante interesseorganisasjoner (Vedlegg B). Disse organisasjonene ble spurt om de var villige til å sende ut en invitasjon med link til studien per mail, eller publisere invitasjonen på nettsider eller facebook-sider. Undertegnede er medlem av to facebook-grupper for transpersoner, samt en discord-server rettet mot transpersoner i skandinavia, og kunde dermed med tillatelse fra de som modererer disse forumen publisere inlegg i gruppene med invitasjon til å delta. Undertegnede hadde ikke en

liste på deltakere i facebook-grupper og discord-servern, eller medlemsliste på de organisasjoner som hjalp til med å distribuere skjemaet hvilket sikret anonymiteten til deltakere. Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) og Harry Benjamin ressurscenter (HBRS) sendte ut invitasjon til medlemmene sine, I tillegg la undertegnede ut invitasjon på facebook-gruppene Flytende og ikke-binær Norge og Åpen gruppe for transpersoner i Skandinavia samt discord-servern Trans-skandinavia. Datainnsamlingen startet 23.2 og var ferdig 24.3.

Utvalg

13 personer oppfylte inklusjonskriterier og svarte på undersøkelsen.

Utover informasjon om hvordan deltakerne beskrev sin egen kjønnsidentitet ble det bare samlet informasjon om aldersgruppe og om vedkommende vært i kontakt med helsevesenet i Norge. Alle deltakere var altså transpersoner i alderen 18-25 som vært i kontakt med helsevesenet i Norge.

I kjønnsidentitet var det stor variasjon blant deltakerne, og flere brukte flere ord om seg selv. Fem av deltakerne brukte ord som oftest er assosiert til en binær kjønnsidentitet, og seks av deltakerne brukte ord som oftest er assosiert til en ikke-binær kjønnsidentitet. 2 deltakere beskrev seg med ord (transmaskulin/transfeminin) som både kan brukes av binære og ikke-binære transpersoner. Ord som deltakerne brukte for sin egen kjønnsidentitet er følgende: ikke-binær, transmaskulin, transfeminin, kjønnskeiv, agender, transmann, transkvinne, kvinne, demiboy, mann. Flere deltakere brukte flere ord om seg selv.

Deltakerne skrev svar av varierende lengde, noen svar var et par setninger lange og andre nærmere en side. Deltakerne rapporterte opplevelser som lignet på hverandre, av de 53 temaer som ble funnet i svarene var det bare 4 temaer som bare fantes i et svar. 49 temaer fantes i to eller flere svar. Basert på dette kan man anta at å legge til flere respondenter sannsynligvis ikke hadde ført til flere nye temaer og mer relevant informasjon, og at

undersøkelsen hadde nådd en metthet. (Glaser, & Strauss, 1999). For å diskutere størrelsen på utvalget vil jeg diskutere dette utifra begrepet «informasjonsstyrke» (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016).

Datainnsamling

Skjemaet (se vedlegg C) ble distribuert på nett gjennom pasientorganisasjoner, facebook-grupper og en discord-server. Skjemaet ble distribuert ved hjelp av Surveyxact, var anonymt og registrerte ikke inn IP-adresse, navn, eller annen identifiserbar informasjon. Deltakere ble spurt om å ikke skrive inn navn eller annen identifiserbar informasjon i sine svar. Som en del av kvalitetsikring ble data gjennomgått med tanke på om de inneholdte identifiserbar informasjon. Ingen identifiserbar informasjon ble avdekket i denne prosessen.

Deltakerene fikk tre ja/nei-spørsmål. Disse var spørsmål om hvorvidt deltakeren identifiserte seg med det kjønn som ble registrert ved fødsel, om deltakeren identifiserte seg med transidentitet og om deltakeren vært hos lege/sykepleier eller annet helsepersonell i Norge. Deltakere som svarte at de ikke identifiserte seg med det kjønn de ble tildelt ved fødsel og at de vært i kontakt med helsevesenet i Norge fikk gå videre i undersøkelsen. Deltakere ble videre spurt om alder. De som var under 18 eller over 25 kunne ikke gå videre i undersøkelsen. Deltakere fikk også som fritekstsvar beskrive sin kjønnsidentitet.

De deltakere som indikert at de passet inn i inklusjonskriterien (det vil si, en transperson i alderen 18-25 som har vært i kontakt med helsevesenet i Norge) fikk to spørsmål, Først om hva deltakeren ønsket helsepersonell ikke skulle gjøre i møte med dem basert på egne erfaringer, og så hva de ønsket helsepersonell skulle gjøre i møte med dem basert på egne erfaringer. (Vedlegg C)

Etiske vurderinger

Transpersoner er en utsatt gruppe der mange opplever diskriminering og stigmatisering både i møte med helsesystemet, men også i mange andre aspekter av livet. Formålet med denne oppgaven var å løfte frem stemmene til de transpersoner som deltok. Fortolkende fenomenologisk metode (FFA) er en metode som ble valgt fordi den er fokusert på å løfte frem hvilken betydning erfaringer har for en person slik personen selv beskriver det – til forskjell fra å benytte forhåndsbaserte svarkategorier, og dette er en metode som egnet seg vel til å løfte frem erfaringer og hvilke betydninger de har for deltakere.

Det var det også viktig å høre på stemmene til transpersoner i utforming av spørsmålene og planlegging av prosjektet for å minimere risikoen for at spørsmålene i seg selv inneholdt formuleringer eller spørsmål som kunne oppleves stigmatiserende for deltakerene. Spørsmålene ble gjennomlest av fire transpersoner som kom med innspill i forkant av ferdigstilling av skjemaet.

I tillegg ble spørsmål om identitet formulert så åpent som mulig, og deltakerene fikk lov til å skrive hvilke ord de selv ville brukt for sin identitet i et tekstfelt heller enn å velge fra en forhåndsbestemt liste. På denne måten fikk deltakerene definere seg selv heller enn å velge en definisjon som blitt forhåndsbestemt av undertegnede.

Spørsmålene om møter med helsevesenet var også åpent formulerte for å forebygge at undertegnede egne antakelser om hvilke opplevelser deltakerne kunde ha ikke skulle påvirke svarene og for å sikre at deltakerne kom med de erfaringer som var viktige for dem.

I fasen der organisasjoner ble kontaktet for å få henvendelsen distribuert fikk undertegnede tilbakemelding av HBRS om at de ønsket at ordet “kjønnsinkongruens” skulle bli brukt istedet for ordet “transperson”, da de opplevde flere medlemmer kunde reagere på ordet “transperson”. Undertegnede hadde lyst å respektere innspill fra HBRS men opplevde dilemma i tilknytning til å utelukkende bruke et ord som i hovedsak brukes i

diagnosesystemet og i helsesammenhenger for å definere en såpass divers gruppe som transpersoner, der ikke alle nødvendigvis vil føle at diagnosebetegnelsen er riktig måte å defnieren dem. Videre kunnet det å utelukkende bruke begrepet “kjønnsinkongruens” føre til at transpersoner som ikke ønsker kjønnskorrigerende behandling eller er ukjent med begrepet ikke vil delta. Undertegnede foreslo å endre betegnelsen til “personer med kjønnsinkongruens/transpersoner” og HBRS gikk med på dette.

Refleksivitet

Undertegnede identifiserer seg selv som ikke-binær transperson. Dette kan både være en styrke og en svakhet. Undertegnede er i en posisjon til å forstå noen av de dilemmaer og utfordringer transpersoner kan ha i møte med helsevesenet, men samtidig kan dette også farge undertegnedes syn på besvarelser fra andre transpersoner. Det kan være lett å tenke at alle opplever lignende situasjoner likt en selv. Samtidig er undertegnede også en del av det skeive lokalmiljøet og har personlig erfart den store diversiteten som eksisterer blant transpersoner og kan derfor være litt mer “beskyttet” fra utgruppebias, og kan i større grad unngå stereotyp tenkning rundt hva transpersoner og deres behov er. Undertegnede har etterstrevd å legge sitt eget perspektiv til side i analyse og fremstilling av datamateriale, men dette er selvfølgelig aldri mulig å gjøre fullstendig.

Analyse

Fortolkende fenomenologisk metode er en metode som brukes for å finne hvilken mening folk gir sine opplevelser og hvilken mening en opplevelse har for personen. Smith og Osborn (2015) beskriver i boken *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* trinnene i FFA, og det er disse jeg har tatt utgangspunkt i når jeg analyserte data. Samtidig skriver Smith og Osborn (2015) at metoden er fleksibel. Smith og Osborn anbefaler at man man gjør seg ferdig med analyse av hvert svar for seg før man går videre til neste. De anbefaler at man starter med å notere svarene gjennom å fritt parafrasere og notere ned

assosiasjoner man kan få. Så går man tilbake til starten av teksten og begynner å notere temaer, og til sist skriver man ned alle temaer fra et svar på et papir. Temaer kombineres hvis de omhandler det samme for å skape en liste med overordnede temaer. disse går man igjennom for å se om det går an å gruppere temaene i overordnede temaer.

Undertegnede begynte med å lese igjennom hele datamaterialet for å bli kjent med svarene. Det var variasjon i lengden på svarene der noen deltakere har skrevet to setninger, og noen har skrevet nesten en side med tekst.

Svarene fra hver deltaker ble lest igjennom flere ganger med fokus på hvilken mening deltakeren hadde gitt til sine interaksjoner med helsepersonell. Undertegnede noterte svarene med parafresinger og temaer. Etter hvert ble disse notatene sammenfattet i en liste med temaer. Denne listen ble så gjennomgått for å identifisere temaer som var relatert til hverandre og kunne grupperes i overordnede temaer. Noen tekster hadde et overordnet tema, de fleste hadde 3-4 overordnede temaer. Noen få tekster hadde opp til 7 overordnede temaer.

Det var viktig å ta en pause mellom å lese igjennom svarene fra de forskjellige deltakere for å forstå hver aspekt av svarene i kontekst av den enkeltes svar, heller enn å tolke temaer på tvers av svarene. Det var flere deltakere som opplevd lignende situasjoner, men tolket disse forskjellig og dermed hadde disse forskjellig mening på tvers av deltakere. For eksempel fortalte to deltakere om at det vært ubehagelig å få irrelevante spørsmål om sin transidentitet. Den ene deltakeren beskrev dette som ubehagelig i en grenseoverskridende forstand- spørsmål om kjønnsorganer og sex da dette ikke var relevant. Den andre fortalte at ubehaget også var knyttet til at deltakeren opplevde dette som en avsporing fra det som var temaet for situasjonen. Det hadde vært lett å kategorisere disse to fortellingene i samme gruppe grunnet at de fortalte om to veldig like situasjoner, men dette hadde blitt feil da betydningen var forskjellig for de to deltakerne. Dermed var det viktig med pause mellom

gjennomlesing av svarene for å i sås tor grad som mulig sikre at tolkning av svarene ikke farget hverandre.

Det var også viktig at temaene hang sammen med datasettet gjennom hele prosessen. Både når de første notatene ble oversatt til temaer og når temaene ble kokt ned til overordnede temaer ble disse jamført med teksten for å være sikker på at betydningen ikke hadde blitt forandret og fortsatt fanget essensen i det deltakeren prøvd å fortelle.

Når alle svar hadde blitt analysert hver for seg skrev undertegnede en liste med alle overordnede temaer. Listen hadde et ord eller en setning som beskrev temaet sammen med et tall som var knyttet opp til hvilken tekst temaet kom fra. Denne listen hadde totalt 53 overordnede temaer, i snitt 4 per tekst. Listen ble klippet opp og papirbitene ble arrangert i kluster utifra hvilke overordnede temaer som var de samme på tvers av svar eller nært relatert til hverandre og kunne grupperes sammen. Dette resulterte i 17 hovedtemaer, der noen av disse var reltarte til hverandre. Å kombinere de som hadde overlapp resulterte i 6 områder og det er disse som er hovedfunnene i denne undersøkelsen.

Resultater

I dette avsnittet vil jeg beskrive resultatene og deltakernes opplevelser og ønsker i møte med helsevesenet med utgangspunkt i de 6 områder som ble funnet i analysen. Disse områdene er: rett til å definere egen identitet, stereotypier og antakelser, identitet som grunn til tvil, bekymring for diskriminering, velkomne og uvelkomne spørsmål, og mangel på kunnskap i helsevesenet.

Jeg har valgt å ikke gi pseudonymer til deltakere da jeg valgt å være fenomennær i fremstilling av resultatene heller enn å gå igjennom forskjellige personers erfaringer. Dette innebærer også at lengre tekster som inneholder mer informasjon som kunde avdekke identiteten til deltakere ikke kan kobles sammen gjennom teksten, hvilket beskytter identiteten til deltakerne.

I innsamling av tekster spurte jeg om kjønnsidentiteten til deltakerne, men ikke om pronomen. Ved fremstilling av resultatene ble dette et dilemma, da jeg ikke visste hvilke pronomen som var riktig for deltakerne. Jeg har dermed valgt å ikke bruke pronomen, men heller ordet «deltakeren» på de steder det vært naturlig å bruke pronomen, utenom i de tilfeller en deltaker eksplisitt nevnt at vedkommende identifiserer seg med en binær identitet. Det er mulig at dette har ført til en mindre velflytende tekst, men jeg har gjort en etisk vurdering om at det er viktigere å ikke feilkjønne deltakerne enn at teksten flyter godt.

Jeg skiller ikke mellom møte med psykisk eller somatisk helsevern, da de fleste resultater gjelder for begge. Deltakere beskrev i tekstene sine møte med fastlege, psykolog, den nasjonale behandlingstjenesten, sykepleiere og annet helsepersonell.

Noen deltakere skrev ganske korte svar, og jeg har dermed valgt å ikke sitere hver deltaker. For å velge sitater for hvert tema har jeg istedet lest igjennom alle sitater relatert til et tema og valgt det sitatet som har representert de andre svarene best. Dette innebærer at noen deltakere er sitert mer enn andre.

Retten til å definere egen identitet

Flere deltakere forteller om helsepersonell som bruker språk som insinuerer eller eksplisitt uttrykker at deltakeren ikke tilhører det kjønn de sier de gjør. Dette kan være ting som å bruke et annet navn og/eller pronomen enn det som pasienten har bedt om, å bruke ord om pasientens kropp som er kjønnet, bruke ord som “biologisk mann” for å beskrive en transkvinne, eller beskrive noen typer pleie som kjønnet (“kvinnehelse”) i forhold til pasienten. Nesten alle deltakere uttrykker et ønske om at helsepersonell skal spørre om pronomen. En deltaker utdyper hvorfor dette er viktig: “Det vi sier er det som gjelder for oss og det burde forventes at enhver person i helsevesenet respekterer vår identitet.”

En deltaker beskriver helsepersonell som kaller pasienten kvinne til tross for at pasienten har bedt hen om å kalle han mann. Helsepersonellet argumenterer for at det er riktig

å bruke begrepet “kvinne” om pasienten på grunn av at pasienten ble registrert som kvinne ved fødsel. Helsepersonell argumenterer i dette eksemplet også at det er betegnelsen “kvinne” som er relevant i en helsekontekst der det er deltakerens kropp og dens funksjon som er tema. Helsepersonellet her definerer ikke bare hvilke ord som er riktig å bruke om pasienten, men også at det er riktig å forholde seg til pasientens kropp som en kvinnes kropp. Deltakeren skriver:

“Jeg vil at helsepersonell skal ha et reflektert forhold til at det å behandle en tran person ikke er det samme som å behandle en cis person. Jeg har ikke en kvinnekropp eller en kropp som er lik en cis kvinnes heller ei har jeg en kropp som er lik en cis manns. jeg har kroppen til en trans mann som har fått visse typer kjønnsbekreftende behandling og dette påvirker også hvordan kroppen min fungerer. Selvfølgelig er det mange likheter mellom min kropp og en cis kvinnes kropp og jeg ønsker ikke at dette skal ignoreres, men jeg vil heller svare på tusen spørsmål enn at helsepersonell tar antagelser som kan føre til dårligere behandling/utredning. “

Deltakeren her uttrykker at hans kropp har noen likheter med en ciskvinnes, men forteller samtidig at hans kropp ikke er helt lik, og dermed burde behandles som det den er: kroppen til en transmann. Her er det altså ikke bare den sosiale rollen, men også den fysiske realiteten i deltakerens kropp som helsepersonell ikke tar hensyn til. Deltakeren forteller videre at han opplevd at helsepersonell sagd:

“du er jo fortsatt kvinne i registeret så da er disse verdiene ok, hadde du fått endret kjønn hadde de vært problematiske» ikke bare oppleves dette som en unnskyldning for å feilkjønne meg men også som et tegn på at de har et ureflektert forhold til registrert kjønn. Min medisinske behandling burde ta utgangspunkt i min kropp ikke i hvordan helsepersonell mener den skal se ut basert på kjønn som står i passet mitt.”

Her forteller deltaker at helsepersonell tolket prøveresultater utifra hva som er riktig for en ciskvinne. Deltakeren er usikker på om helsepersonellet vet hvordan kroppen hans fungerer. Her har altså helsepersonellet ikke forklart hvorfor hen tolker blodprøveresultater som hen gjør, vært tydelig på at hen opplever at vedkommendes kropp fungerer likt som en ciskvinnes, og dermed vet ikke deltakeren om det er riktig å bruke referensverdiene for ciskvinner til å si hva som er innafor eller ikke. Det er viktig å poengtere at denne opplevelsen av å få blodprøveresultater tolket feil ikke nødvendigvis er ubegrunnet- personer som gjennomgår behandling med hormoner har kropp som fungerer annerledes enn det kjønn de ble registrert med ved fødsel, og tolking av prøveresultater fungerer dermed ofte annerledes for transpersoner som gjennomgått kjønnskorrigerende behandling enn for cispersoner (SoRelle et al., 2018). Det er selvfølgelig umulig å vite hvorvidt det skjedd en feiltolking av prøveresultater i dette eksempelet, men det belyser at da man ikke anerkjenner transpersoners kjønnsidentitet og har en god dialog om hvilke forandringer vedkommendes kropp vært igjennom kan det føre til i beste fall usikkerhet hos pasienten om hvorvidt vedkommende får riktig behandling, og i verste fall en faktisk feiltolking av prøveresultater.

Flere deltakere forteller at de har opplevd det som komfortabelt og godt å få lov til å definere seg selv og få avklart hvilke ord og begreper som er riktige for dem. En deltaker beskriver hvordan hen ønsker å bli møtt i helsevesenet:

“Lite kjønnede ord er positivt. Ting som "kvinnelige kjønnsorgan" og lignende er ekstremt ubehagelig når det snakkes om min kropp. Man trenger ikke danse rundt det, ord som vagina og penis er helt ok! Å bytte ut "kvinner" med "personer med [kroppsdel]" er foretrukket. Disse er selvfølgelig relevante for meg, og de som identifiserer seg annerledes foretrekker andre ord. En villighet til å spørre direkte om hvilke ord som foretrekkes er en god start, og kan lede til et ærligere og mer presis prat for begge parter.”

Dette forteller at deltakeren opplever at det er en diversitet innad i gruppen angående hvilke ord som personer er komfortable med eller ser som støtende og inkorrekte, der det viktigste er å vite hva individet selv ønsker, i stedet for å anta hvilke ord som er riktig å bruke. Å ikke bruke kjønne ord for kroppsdeler er også positivt for denne deltakeren, og dette er noe som flere deltakere nevner i sine svar.

Flere deltakere beskriver at de blitt møtt med tvil om sin identitet, ord og pronomen som invaliderer identiteten deres, eller til og med opplevd at helsepersonell ignorerer realiteten i deres fysiske kropp. Ønsket om å få definere egen identitet kommer også til uttrykk i møte med helsepersonell som prøver sitt beste for å tilpasse seg til transpersoners behov, men gjør dette uten å stille spørsmål og dermed bruker stereotypier og egne antakelser når de møter pasientene sine.

Stereotypier og antakelser

Mange deltakere tok opp at det er frustrerende når helsepersonell gjør antakelser om deltakernes behov, ønsker, eller hvilke navn eller ord vedkommende bruker om seg selv. Dette delvis fordi at det fører til at personen selv ikke får definere seg, men også fordi at disse antakelsene kan oppleves fremmedgjørende og insinuere noe om hvordan personen “burde” oppleve en situasjon, eller at transpersoner er grunnleggende annerledes enn cispersoner.

“Jeg ønsker ikke å bli annerledesgjort i møte med helsepersonell. I henhold til en urinveisinfeksjon måtte jeg ta litt forskjellige prøver hos lege i underlivet. Jeg ser på det som ukomfortabelt fordi jeg ikke liker å være kliss naken nedentil foran noen, men selv om legen var grei, var det litt ukomfortabelt å få spørsmål etterpå om jeg synes det var veldig ubehagelig, som om jeg burde ha synes det.”

Her beskrives en lege som kanskje vet at mange transpersoner kan synes det er ekstra ukomfortabelt å få medisinsk hjelp tilknyttet kroppsdeler som kan gi personen dysfori, men der legens antakelse om at dette har forårsaket dysfori opplevdes som mer ubehagelig enn

nyttig. Hva legen sa opplevdes av deltakeren som at deltakeren “burde” følge samme norm som andre transpersoner. Antakelsen her er at mange transpersoner føler et sterkt ubehag knyttet til egne kjønnsorganer, og vedkommende burde føle detsamme siden vedkommende er trans. Stereotypier kan inneholde nyttig informasjon, men når et individ opplever å bli bedømt utifra en stereotyp kan dette oppleves ubehagelig.

En deltaker beskriver ønsker til helsevesenet i lys av hvordan hen blitt møtt i behandling ved den nasjonale behandlingstjenesten.

“ Eg vil at dei skal kunne ta diskusjonar utan å prøve å vinne den før den har starta. Dette har skjedd fleire gongar anngående diskusjon om operasjoner. Kor av dei eg berre ynskjer ein, men det tar det som enten så vil eg ha alle eller ingen. Det er ingenting over kva eg er komfortabel med heller. Det er: Du skal gjere dette. Men i staden ynskjer eg meir å bli møtt med: Kva av dette ynskjer du?”

Denne deltakeren beskriver at hen opplevd at den nasjonale behandlingstjenesten ikke åpnet for en diskusjon om hva deltakeren ønsker i forhold til kirurgi, men heller gjort antakelser om hva deltakeren trenger av behandling. Deltakeren forteller videre i et annet sitat at hen opplevd frykt for å ikke få tilgang til behandling på grunn av at hen ikke passer definisjonen av trans som den nasjonale behandlingstjenesten gir helsehjelp til.

En annen deltaker skriver om hva som passet best for dem:

“Basert på egne erfaringer så har jeg hatt mye bedre erfaringer med helsepersonell når alt bare er helt «vanlig», og jeg kan ha de utfordringene som kommer med å være trans (dvs å fortsatt ha behov for gynekologisk hjelp, å sjekke nivåene på hormoner, å kunne få fertilitetsutredning etter hormonbehandling) uten å bli patologisert og annerledesgjort.”

Denne deltakeren uttrykker et ganske enkelt ønske om å bli behandlet likt som alle andre, med respekt for at deltakeren har behov for helsetilbud som er spesifikt rettet mot transpersoner.

Denne deltakeren uttrykker at transpersoners behov kan være annerledes enn andres, men at deltakeren ikke ønsker bli behandlet som at hen er “annerledes” eller syk fordi at en er trans.

Flere deltakere beskriver også å oppleve at de blir redusert til sin transidentitet. Dette kommer frem da helsepersonell fokuserer på transidentiteten da den ikke er relevant, eller behandler problem utifra at vedkommende er trans. Deltakere beskriver dette: “Jeg vil at dem skal se meg som pasient og menneske. «trans» blir fokus hele tiden.”. “Jeg ønsker å bli sett på som en person med helserettigheter og verdighet istedenfor å bli redusert basert på min transhet og kroppen.”. “Jeg vil at de prøver å behandle problemene mine ut ifra problemets natur først, og ikke ut ifra at jeg er trans. F.eks. leddproblemer relaterer sannsynligvis ikke til at jeg går på hormoner.”

“Som noen som sannsynligvis alltid kommer til å opere meg i underlivet og derfor ha behov for gynekologiske tjenester hadde vært fint å ikke bli gjort til en kuriositet eller bli sett rart på. Jeg er bare en person som ønsker å ivareta min helse på lik linje med cis personer.”

Her uttrykker deltakerne at deltakeren vil bli sett på som menneske, og få hjelp på samme linje som alle andre mennesker. Å bli sett på som noe annerledes der transidentiteten er det som definerer hvem deltakeren er, noe interessant eller eksotisk oppleves ubehagelig.

Å ha en erfaring av å bli redusert til transidentitet og et ønske om å bli møtt som et menneske blir også beskrevet av en deltaker i møte med den nasjonale behandlingstjenesten. “Fyrst eg ynskjer å bli møtt med respekt. For den eg er, for mine tidligere erfaring og berre som ein menneske.” En annen deltaker beskrev fremmedgjøring i møte med den nasjonale behandlingstjenesten:

“Sist, som kanskje spiller litt inn, ønsker jeg ikke å bli sykeliggjøre på grunn av min kjønnsidentitet. Jeg har opplevd inne på Rikshospitalet å bli kalt «svært oppegående i

forhold til alle de andre her» fordi jeg ikke gråt, og fordi jeg holdt på med en bachelor og nå en master — som om å være trans ikke gjør at du kan fullføre disse tingene. “

Denne fortellingen beskriver at deltakeren opplevd at behandler ved den nasjonale behandlingstjenesten hadde en antakelse om at transpersoner sjeldent fullfører høyere utdanning, og gråter mye.

En deltaker beskriver at det å bli sett på som “transperson” også har en annen dimensjon: outing. “Outing” er å dele en persons kjønnsidentitet eller seksuelle identitet med andre da denne personen ikke selv valgt dette, og kanskje ikke ønsker dette (Harrison, 2012). Det at noen er trans er som beskrevet ikke relevant i alle situasjoner og denne deltakeren ønsket ikke å bli introdusert som transperson hvis ikke det var relevant for situasjonen.

Samtidig som mange deltakere uttrykte ubehag knyttet til å oppleve at helsepersonell gjør antakelser om hva de ønsket, uttrykte også flere at det er situasjoner der transpersoner kan ha andre behov enn cispersoner, da spesifikt i forbindelse med gynekologiske og urologiske undersøkelser. En deltaker beskriver for eksempel at undersøkelser av bryst og underliv er ubehagelige, og at deltakeren dermed vil at færrest mulig helsepersonell skal se de kroppsdelene.

At det finnes deltakere som vil at man skal ta hensyn i gynekologiske undersøkelser og deltakere som synes at det er ukomfortabelt når man antar at vedkommende vil at man skal ta hensyn i de situasjonene understreker en ting som kan være viktig å huske i møte med pasienter fra en spesifikk gruppe- at man ikke kan generalisere at noe som gjelder for mange i en gruppe gjelder for alle i den gruppen.

En deltaker skriver: “Se oss som hele personer, alle transpersoner er ulike og vi er mer en "bare trans", vi har hobbyer, jobber, problemer osv som ikke nødvendigvis er knyttet til vår identitet som transperson.”

Transidentitet som grunn til tvil

Flere deltakere fortalte at de opplevde at da helsepersonell fått vite at de var trans hadde dette påvirket hvorvidt helsepersonellet trudde på deltakerens erfaringer. Dette kom til uttrykk på flere måter. En deltakere fortalte: «Jeg har også opplevd å bli spurt om å avlegge en rusprøve/urinprøve da jeg forklarte fastlegen min om ønsket å få tilgang på kjønnsbekreftende behandling.», det vil si at da deltakeren kom ut som trans og spurte om henvisning til kjønnskorrigerende behandling fra fastlegen bad fastlegen vedkommende avlegge en rusprøve. Andre deltakere fortalte at symptomer urelaterte til kjønnsbekreftende behandling ble forklart utifra behandlingen.

En deltaker beskrev at hen opplevde å “bli møtt med tvil om mine andre helseproblem pga. min kjønnsidentitet, som om jeg ikke kjenner min egen kropp pga det de anser som "unormal" oppførsel og utseende.” Disse fortellingene reflekterer at deltakere opplevd å bli møtt med grunnleggende tvil fra helsepersonell- som har blitt erfart som tvil ikke bare om hvem deltakeren er og hvorvidt deltakeren kan vite hvem hen er, men også om deltakeren i det hele tatt kan kjenne sin egen kropp.

Bekymring for diskriminering

Noen deltakere fortalte om en uro for å bli diskriminert. Dette var redsel for at helsepersonell skulle bruke feil navn og pronomen, eller redsel for at helsepersonell skulle reagere på en viss måte da de blitt konfrontert med en kropp som fungerer annerledes enn det de forventet. En deltaker beskriver: «Jeg vil at de skal være åpne for nye erfaringer og nye slags kropp. Som transmann ønsker jeg å bli gravid en gang, og det stresser meg å tenke på at jeg kan få negative reaksjoner fra helsepersonell.»

Dette temaet kom frem både i svar der deltakeren beskrev å ha opplevd ubehagelige situasjoner med helsepersonell før, men også av en deltaker som beskriver å ikke ha møtt på diskriminering eller ubehagelige situasjoner i helsevesenet. Dette illustrerer at stress i møte

med helsesystemet kan oppstå fra en forventning om at diskriminering kan skje, uten at vedkommende nødvendigvis må oppleve dette direkte selv.

Stress i møte med helsesystemet kan også oppstå når pasienten må finne frem måter å avverge eller beskytte seg mot diskriminering. En deltaker beskriver: “Det er veldig kjipt at jeg må verge meg og informere på forhånd om at jeg er trans for å føle meg trygg hos en ny lege, gynekolog etc og min helsehjelp er basert på om de «aksepterer» det eller ikke.”

Her beskriver deltakeren å ikke kunne forvente at helsepersonell vil akseptere vedkommende, men heller å måtte informere de om sin transidentitet og så se hvordan de reagerer.

Velkomne og uvelkomne spørsmål

Mange deltakere forteller om helsepersonell som viser interesse for deltakernes kjønnsidentitet og kommer med spørsmål. I de neste avsnittene skal jeg redegjøre for hvordan disse situasjonene blir beskrevet og hvilken betydning de hatt for deltakere. Samtidig som mange deltakere betoner at det er viktig å stille spørsmål heller enn anta hvilke pronomen, navn, behov og ønsker transpersoner har er det noen typer spørsmål som oppleves ubehagelig.

Velkomne spørsmål. Noen typer spørsmål ble beskrevet som velkomne og de fleste deltakere skrev at de ønsket helsepersonell skulle komme med denne typen spørsmål. En deltaker skriver:

“jeg setter pris på å bli spurt om hvilke pronomen jeg bruker. Jeg husker at fastlege rett ut spurte meg hvilke han skulle bruke i journalen min da jeg kom til han for henvendelse for kjønnsbekreftende behandling ved NBTS og dette fikk meg til å føle meg veldig trygg og sett.spør gjerne også om hvordan pasienten er komfortabel å bli omtalt om dette er relevant”

Detter er en ganske god oppsummering på de ønsker som kom frem i datamaterialet. Å få spørsmål som anerkjente at personen selv skulle få definere seg, og hvilke navn og

pronomen som er riktig for hen blir beskrevet som trygt, respektfullt og som en god mulighet for pasient og helsepersonell å diskutere hva som er riktig måte å definere pasient i diskusjon og dokumenter.

Uvelkomne og grenseoverskridende spørsmål. Mange deltakere forteller om helsepersonell som i flere situasjoner har stilt spørsmål om deltakarens kjønnsidentitet, kjønnsorganer, transisjon og seksuell praksis når temaet for kontakten med helsevesenet ikke er relatert til disse, og det ikke har vært relevant informasjon for å gi deltakeren god helsehjelp. Deltakarene brukte ord som “ubehagelig”, “påtrengende” og “urelevant” for å beskrive disse situasjonene hvilket reflekterer at deltakarene opplevd dette som en unødvendig inntrenging i deres private sfære. “Jeg har opplevd spørsmål om kjønnsorgan og sexlivet mitt i møte med helsepersonell i kontekster som matallergi, vaksine, og psykiske helseproblem som ikke har noe med det å gjøre.”

Deltakere beskrev også ubehag knyttet til hvordan helsepersonell forholdt seg til deltakarenes kropp. En deltakere beskriver møte med gynekolog: “Jeg ønsker ikke kommentarer på hvordan jeg er annerledes. Jeg fikk kommentarer på hårvekst, som jeg opplevde som veldig ukomfortabel. Jobben hans var jo ikke å påpeke det, men å teste meg for noe i en allerede sårbar situasjon.”

Her beskriver deltakeren to aspekter som opplevds ubehagelig- å få kommentarer om sin kropp av helsepersonell, men også at denne kommentaren omhandlet på hvilken måte vedkommendes kropp avviker fra cispersoners, og er fremmedgjørende som også beskrevet tidligere.

I tillegg forteller flere deltakere at måten disse spørsmålene blir formulert på tydeliggjør at de som spør vet lite om kjønnsbekreftende behandling, hvilket betyr at svarene deltakarene hadde gitt ikke gir særlig mye relevant informasjon. En deltakere beskriver at hen ønsker helsepersonell ikke skal “spørre om jeg har «endret kjønn helt» «tatt operasjonen» ol.

Spør meg heller om jeg har fått noe kjønnsbekreftende behandling eller om hva jeg tar av medisiner og om jeg evt har tatt noen større operasjoner og hvilke de er. “ Her forteller deltakaren først om spørsmål om å ha “endret kjønn helt, tatt operasjonen” som reflekterer at den som spurt ikke vet hva behandlingen faktisk innebærer- det finnes ikke en operasjon som dekker alt uansett hvilken vei man transisjonerer. “endret kjønn helt” er også et uttrykk som ikke gir særlig mye informasjon om hva den som spør vil vite. Transisjon er kompleks og kan involvere alt fra laserhårfjerning og kirurgi i ansiktet til hormoner og flere typer kirurgi både rundt brystkassen og underlivet. Neste del av svaret tydeliggjør at deltakaren er åpen for spørsmål- når de er formulert på en måte som gir mening for deltakaren og spør om relevant informasjon.

Flere deltakere beskriver også spørsmålene de får som ubehagelige fordi deltakeren ikke ønsker lære opp helsepersonell i hva transpersoner er, og flere uttrykker at de ikke ønsker bli behandlet som “leksikon” eller læringsmuligheter for helsepersonell. En deltakere skriver “Spør kun om kjønnsbekreftene behandling om det er relevant for behandling eller diagnose, Jeg eksisterer ikke for å tilfredsstille din nysgjerrighet.” En annen deltaker uttrykker frustrasjon over at transpersoner blir spurt om å lære opp helsepersonell “Det er jo heller ikke transfolks jobb å lære helsepersonell transkunnskap.”

At deltakerne har opplevd å få spørsmål som er formulert på en måte som viser at helsepersonell kanskje ikke vet så mye om transpersoner og at de opplevd å bli behandlet som leksikon kan peke på at helsepersonell kanskje ikke har så mye informasjon om transpersoner. I neste avsnitt vil jeg gå igjennom det som deltakerne har fortalt om opplevelser av manglende kunnskap i helsevesenet.

Manglende kunnskap

Flere deltakere beskriver at hvis man mangler kunnskap om transpersoner er det bra å være ærlig om dette. En deltaker beskriver en opplevelse der helsepersonell har

prøvd å vise hvor mye de kunne om transpersoner gjennom å snakke om andre pasienter de har hatt som er trans, noe som deltakeren har opplevd mest som et forsøk på å dekke over hvor lite de vet og dermed har gjort situasjonen enda mer ubehagelig for deltakeren. I tillegg opplevdes dette som et tillitsbrudd.

“Jeg er også ikke interessert i å høre om andre pasienter de har/har hatt kontakt med som er trans/ikkebinær. Dette har jeg opplevd som et forsøk på å virke tryggere og mer erfaren med behandling av transpersoner enn de er. Jeg opplever dette som et brudd på tillit mellom behandler og pasient, som gjør meg veldig ubekvem.”

En deltaker forteller om en lege som ikke har så mye kunnskap om transpersoner, og der personen selv var forventet å informere legen om hvordan hen kunne få tilgang til kjønnskorrigerende behandling. Det blir beskrevet som problematisk at det forventes at pasienten skal finne frem hvilken behandling som er riktig og hvordan få tak i denne, og at deltakeren understreket at dette ikke er pasientens oppgave.

Flere deltakere uttrykker et ønske om en økt kompetanse i helsevesenet, og betoner at en åpenhet for å lære om kjønnsidentitetstematikk og behovene til transpersoner er positivt.

Diskusjon

Hensikten med studien var å finne ut av unge transpersoners erfaringer og ønsker i møte med helsepersonell for å hjelpe helsepersonell til å ha et bedre utgangspunkt i møte med transpersoner, og dermed fremme gode møter mellom helsepersonell og transpersoner.

Hovedfunnene er at i møte med helsevesenet ønsker transpersoner å få definere egen identitet gjennom å få definere eget pronomen, navn, og ord som blir brukt om kroppene deres.

Spørsmål som åpnet opp for en diskusjon om pronomen og hvordan pasienten ville definere seg opplevdes positivt, mens spørsmål om kjønnsorganer, seksuell praksis og lignende opplevdes grenseoverskridende og ubehagelig. I tillegg opplevde deltakerne at det å bli behandlet som syk eller annerledes enn andre mennesker var ubehagelig, og at de ikke ville bli

vurdert utifra stereotyper om transpersoner. Deltakere uttrykte også bekymring for diskriminering. Et eksempel på en type diskriminering som flere deltakere rapporterte var opplevelser av at helsepersonell ikke trudde på deres erfaringer, eller vurderte at en urelatert helsetilstand hadde sammenheng med vedkommendes kjønnsidentitet eller kjønnsbekreftende behandling. Til sist var et tema manglende kunnskap blant helsepersonell.

Cisnormativitet i helsesystemet

Flere deltakere beskriver helsepersonell som bruker andre navn, pronomen eller ord enn det deltakerne bruker om seg selv. Det å bruke et navn og pronomen som samsvarer med opplevd kjønnsidentitet er ofte et tiltak som reduserer dysforien transpersoner kan oppleve. Når man bruker et navn og pronomen som samsvarer med ens kjønnsidentitet unngår man å bli konfrontert med manglende samsvar mellom den identitet man ble tildelt ved fødsel og opplevd identitet. Deltakerne beskriver å bli konfrontert med at helsepersonells cisnormative blikk på deltakerne fører til at helsepersonellet pålegger de definisjoner såsom pronomen, navn og ord som ikke stemmer sammen med deres kjønnsidentitet, noe som man kan forvente forverrer dysforien transpersoner opplever. Helsepersonells cisnormative blikk er dermed ikke bare noe ubehagelig for transpersoner, men den kan bidra til forverring av et helseproblem. Dette understreker at økt informasjon om hvordan møte transpersoner i helsevesenet er et viktig forebyggende tiltak, både for å sikre at transpersoner får en likeverdig tilgang til helsetjenester, men også for å forebygge at møte med helsevesenet forverrer dysforien pasienten kan ha.

Når cis-kjønnethet blir antatt å være normen blir trans også sett på som noe avvikende, eller unormalt. Flere deltakere beskriver at de ikke ønsker å bli sett på som annerledes. Å gjøre helsepersonell bevisst på cisnormativitet og å utvide normen til å inkludere alle former for kjønnsuttrykk kan være et tiltak for å redusere denne erfaringen av å bli annerledesgjort i helsesystemet.

Møte med helsevesenet som kilde til minoritetstress

Deltakere rapporterte flere typer ubehagelige opplevelser i møte med helsevesenet, blant annet ubehagelige spørsmål om kjønnsorganer og seksualitet og bekymring for å bli diskriminert f.eks. i forbindelse med gynekologisk behandling eller graviditet.

Minoritetstressteori beskriver at det ikke bare er internaliseringen av samfunnets normer som forårsaker et økt stressnivå for minoriteter, men også forventninger om å bli dårlig behandlet (Meyer, 1995). At bekymring for diskriminering var et hovedfunn indikerer at transpersoner er bevisst på at de kan møte på diskriminering, og en deltaker rapporterte å avverge diskriminering gjennom å ta kontakt med helseinstanser i forkant av timer for å informere om egen identitet, som kan være et eksempel på at vedkommende brukte energi på å avverge diskriminering, noe som kan bidra til minoritetstress.

Deltakere beskriver redsel for å bli “outet”, det vil si for at helsepersonell skal kommunisere vedkommendes kjønnsidentitet til andre og dermed “komme ut av skapet” på deltakernes vegner. Her kan det være relevant å huske hvilken informasjon som blir kommunisert i begrepet “trans”- at vedkommende har en annen identitet enn det kjønn som ble registrert ved fødsel. Hvis ikke dette er relevant for situasjonen kan man unngå å kommunisere dette, og la personen selv velge hvilken informasjon om sin kjønnsidentitet de vil dele med de de møter. For de fleste formål er transpersoner identiske med cispersoner med unntak for enkelte aspekter (som ofte er private) for eksempel, kjønnsorganer. Hvis ikke helsepersonellet trenger informasjon om disse private tingene (eksempelvis vedkommendes kjønnsorganer) bør man vurdere om det kanskje er mest riktig at informasjon om transidentitet ikke bli kommunisert. Man kan tenke at det å forholde seg til at andre kan synes at denne typen privat informasjon regnes som relevant i mange settinger der den ikke er det kan være en kilde til stress.

En økt kunnskap om hvordan møte transpersoner i helsevesenet handler altså ikke bare om å gjøre helsevesenet til en mer inkluderende plass, men også om å forhindre at helsevesenet er en kilde til stress og dysfori som forverrer helsetilstanden til de pasienter som helsevesenet skal behandle.

Beskrivelser av mikroagresjoner

Mange deltakere uttrykte et ønske om å ikke bli sett på som syk eller annerledes. Det er mulig at disse resultatene reflekterer det at transidentitet frem til innføringen av bruket av kategoriene i ICD-11 ble kategorisert som psykiske lidelser, og at helsepersonell dermed har sett på diagnosen som et tegn på psykiske problemer.

En deltaker forteller at helsepersonell har blitt overrasket da deltakeren fortalt om høyere utdanning, hvilket insinuerer at helsepersonellet kanskje ikke forventet dette fra en transperson. Denne implikasjonen om at transpersoner ikke tar høyere utdanning kan også være en mikroagresjon.

En annen mikroagresjon som deltakere beskriver er at de har opplevd at transidentiteten forårsaket en mistenkeligjøring av deltakeren og hens symptomer, og fått møte utsagn fra helsepersonell som insinuerer at de ikke er pålitelige på grunn av den de er.

Ubehagelige spørsmål om kjønnsorganer, og seksuell praksis som deltakerne beskriver kan også representere mikroagresjoner. Spørsmål kan ofte være ofte motivert av nysjerrighet eller interesse for en person og deres erfaringer. Det er sannsynlig at helsepersonellene som stillt disse spørsmålene har hatt gode intensjoner, og ikke ville se på seg selv som fordomsfulle, også når disse spørsmålene har reflektert misforståelser angående eksempelvis transpersoners seksuelle praksis eller kjønnskorrigerende behandling. Transpersoner i denne situasjoner kan møte på det dilemma som beskrives andre studier (Sue, et al., 2007) der man kan bli redd for å bli oppfattet som hårsår eller paranoid av andre hvis man påpeker at det de sa ikke var greit.

Generaliseringer og tilrettelegging

Mange deltakere skrev at de ønsket å bli behandlet som mer enn bare “trans” og at det var ubehagelig når de ble redusert til sin transidentitet eller det ble gjort antakelser om dem basert på deres kjønnsidentitet. Dette kom godt frem i eksempelet fra en deltaker som hadde blitt ukomfortabel av et helsepersonell som antok at hun skulle føle ubehag knyttet til undersøkelse av kjønnsorganer. Å bli møtt utifra generaliseringen om at alle transpersoner er ukomfortable med egne kjønnsorganer ble dermed beskrevet som ubehagelig. I møte med grupper man ikke selv tilhører kan det være nyttig å huske prosessene knyttet til utgruppebias, tendensen til å se medlemmer av den gruppe man selv tilhører (her, cispersoner) som mer forskjellige fra hverandre enn medlemmer fra grupper man ikke tilhører (her, transpersoner). (Ostrom & Sedikides, 1992). Utgruppebias kan føre til at man tolker generelle anbefalinger om at behandling knyttet til kjønnsorganer kan være noe ubehagelig for mange transpersoner til å bety at dette gjelder for alle som tilhører gruppen, og dermed glemmer at det innad i en så divers populasjon som transpersoner finnes stor variasjon og at man ikke kan redusere deres erfaringer til prinsipper som gjelder alle innad i gruppen. Samtidig peker mange anbefalinger fra rettighetsorganisasjoner på at det finnes situasjoner der det er vanligere for transpersoner å føle på et ubehag, og dermed kan det være relevant å snakke om disse situasjonene på forhånd for å finne ut om dette er tilfellet for den enkelte. Det er samtidig viktig å gjøre dette med en forståelse for at alle er forskjellige og at man ikke er mindre trans bare fordi man ikke følger normen for hva en transperson er. Det er en utfordring å gi anbefalinger om hvordan man skal møte en gruppe i samfunnet, samtidig som man tar hensyn til diversiteten innad i gruppen, da inngruppebias kan bidra til at anbefalinger blir tolket til å gjelde alle i en gruppe. Transpersoner er i tillegg en veldig divers gruppe; de kan oppleve seg selv som kvinner, menn, begge deler, maskuline, feminine, akjønnet, eller ha en fast eller flytende

kjønnsidentitet. Noen transpersoner opplever sterk dysfori knyttet til sin kropp, noen opplever ikke dysfori i det hele tatt, og mange ligger et sted mellom disse to punktene.

Dette viser at det er viktig å implementere tilrettelegging med respekt for at det er forskjeller innad i gruppen, da et tiltak som kan minske på ubehag hos en pasient kan føre til ubehag hos en annen. Anbefalinger for å tilpasse helsehjelp til transpersoners behov bør fokusere på å identifisere situasjoner som kan føre til ubehag, og så på dialog rundt disse situasjonene der pasienten får mulighet til å fortelle om hvorvidt de trenger tilpasning. Hvis tilpasning trengs er neste steg å identifisere hva som er ubehagelig for pasienten og hvordan dette best kan håndteres. Eksempler på hvordan dette kan gjennomføres kan være nyttig, men disse bør brukes med forståelse for at de ikke representerer en oppskrift som vil fungere for alle. I denne dialogen er det viktig å tørre stille spørsmål, og i neste avsnitt vil jeg diskutere hvilken type spørsmål som oppleves nyttige.

Hvilke spørsmål kan helsepersonell stille?

Et av hovedfunnene, og et av de temaer flest deltakere skrev om, var å bli møtt med grenseoverskridende spørsmål. Som helsepersonell kan man bli redd for å si eller gjøre feil ting og dermed utsette pasienter for krenkelser. Dette kan resultere i at man unngår å snakke om temaer som kan være relevante for å gi helsehjelp. Alternativt kan man i et ønske om å forstå pasienten stille for mange spørsmål og dermed overskride grenser for hva pasienten er komfortabel å snakke om. For å hjelpe helsepersonell finne ut av når og hvordan man kan stille spørsmål har jeg sammenfattet de anbefalinger deltakere kom med i dette avsnittet. Denne guiden er ikke uttømmende, men kan gi et startpunkt for helsepersonell som vil bli bedre på å skape gode møter med transpersoner.

Det kan fremstå som selvmotsigende at mange deltakere kritiserer at helsepersonell stiller spørsmål om kjønn eller seksualitet, men samtidig sier at antakelser er ubehagelige og ber helsepersonell stille spørsmål. Hvis man ser mer nøye på de eksempler deltakerne gir kan

man dog se at det finnes en type spørsmål som oppleves ubehagelige og påtrengende, og en type spørsmål som oppleves hjelpsomme. Dette kan oppsummeres i prinsippet: “Spør om hvordan transpersoner vil bli møtt, ikke om hva de er”.

Spørsmål om kjønnsorganer, operasjoner og andre private temaer der dette ikke er relevant eller spørsmål om hvordan transpersoner “fungerer” (seksuelt eller mtp kjønnsorganer) oppleves unyttig og påtrengende, mens spørsmål om hvordan man ønsker å bli møtt, slik som spørsmål om navn og pronomen, eller hvilke ord en skal bruke om pasientens kropp oppleves nyttig fordi det åpnet opp for en diskusjon rundt hvordan tilpasse en helsesituasjon til pasientens behov.

- Spør om navn og pronomen. La personen definere seg selv. Dette gjelder også for brev og journal.
- Vær bevisst på at transpersoner kan oppleve noen situasjoner knyttet til kjønnsorganer eller pleie i fhld til kroppsdeler som kan gi dysfori som ubehagelige.
- Vær bevisst på at transpersoner har samme behov for privatliv knyttet til kjønnsorganer og exliv som andre mennesker. Ikke spør om dette hvis det ikke er relevant for situasjonen.
- Hvis det blir behov for en diskusjon rundt kjønnsorganer, spør pasienten om hvilke ord som er ok å bruke for vedkommendes kroppsdeler.
- Behov for privatliv gjelder også for å dele informasjon om vedkommendes kjønnsidentitet. Ikke kom ut av skapet på vegne av noen uten å vite at dette er ok for vedkommende først. Informasjon om kjønnsidentitet er ofte urelevant for andre helsepersonell.
- Vær bevisst på at transpersoner er en gruppe med store forskjeller. Å ha behov som er annerledes enn normen betyr ikke at man har lyst å bli behandlet som at man er annerledes.

- Ikke forvent at transpersoner skal lære deg opp i hvordan de fungerer.

Finn gode ressurser for å lære om dette på egen hånd.

- Hvis du ikke kan så mye om transpersoner ennå, vurder å være ærlig om dette med pasienten.

Det er spesifikt to områder der deltakerne har gitt konkrete anbefalinger om hvordan man kan gjøre møtet bedre for dem. Dette er å stille spørsmål som lar personen definere seg selv, og å tilpasse undersøkelser av transpersonens kropp for å minimere dysfori. Her gir jeg eksempler på hvordan man kan stille spørsmål for å diskutere tema med pasienten:

- Hvilket navn og pronomen bruker du?
- Ønsker du at disse skal brukes i brev og journal?
- Er det noen deler av helsesystemet der du ikke er ute av skapet, og der du ønsker at jeg skal bruke juridisk navn?

Når det gjelder undersøkelser som krever kroppskontakt eller at vedkommende er naken:

- Er det noen typer undersøkelse, f.eks. i forhold til kjønnsorganer eller andre kroppsdeler som er ukomfortable for deg på grunn av dysfori, og finnes det noe vi kan gjøre for å minske ubehag i disse situasjonene?
- Hvilke ord ønsker du at jeg skal bruke om de kroppsdeler som skal undersøkes?

Styrker og svakheter ved undersøkelsen

Dette er en kvalitativ studie med 13 deltakere. Sampestørrelsen er ikke stor nok til å si noe om forekomst av de opplevelser som blir beskrevet i datamaterialet. Samtidig gir kvalitative studier en mulighet til mer rik informasjon om deltakernes opplevelser og hva disse betyr for deltakerne. På tvers av svar ble lignende opplevelser gjentatt, noen temaer ble

nevnt av nesten alle deltakere, og noen var mer sjeldne. Det at temaer gikk igjen peker på at disse kan være relevante for transpersoner som gruppe.

Denne studien er fokusert på unge transpersoner og dermed er det usannsynlig at dataen beskriver hendelser som har intruffet for mer enn 10 år siden. Det er en styrke at dette prosjektet gir et bilde av hvilken type opplevelser som transpersoner har i møte med helsesystemet i dagens Norge. Transpersoner har blitt en mer synlig gruppe i samfunnet de siste 10 årene, og dette viser at utfordringer fortsatt eksisterer til tross for økt oppmerksomhet og fremgang.

For å videre diskutere størrelsen på utvalget i denne undersøkelsen vil jeg bruke Malterud, Siersma, & Guassoras begrep “informasjonsstyrke” (2016). Informasjonsstyrke vurderes med hjelp av fem faktorer: studiens mål, utvalgspesifisitet, hvorvidt studien er basert på teori, styrken av dialogen i data, og analysemetode.

Studiens mål er å finne ut av hvilke erfaringer transpersoner i Norge har i møte med helsevesenet, og hva de ønsker i møte med helsevesenet. Brede spørsmål taler for større utvalg en smalare spørsmål. Målet med studien er ganske bredt, men utvalget er en spesifikk gruppe i samfunnet, transpersoner i alderen 18-25. Rekrutteringen var rettet mot denne gruppen, og dermed var det ikke behov for en stor sampelstørrelse for å få tak i specifikt unge transpersoners erfaringer blant deltakerne

Dette prosjektet brukte begrepene cisnormativitet, minoritetstress, samt FFA for som teoretisk bakgrunn for å analysere svarene. Med dette som veileder fant undertegnede noen ganske tydelige temaer, og bare fire temaer som kun ble nevnt i et svar. De 13 deltakere som fantes fremstår dermed som nok på dette punktet.

Det var stor variasjon i hvor lange og detaljrike svarene var, og i hvor stor grad deltakerne forklarte hvilken betydning en opplevelse hadde hatt for dem. I denne forstand var det viktig med flere deltakere for å få tilstrekkelig mengde informasjon i dataen for å si noe

om temaet. Svarene gav en tilstrekkelig mengde informasjon for å få en bilde av erfaringer i møte med helsevesenet og dermed fremstår det som at utvalget vært stort nok på denne punkten.

Temaer som kom frem på tvers av svar var relevant for problemstillingen, og dermed trengtes nok svar til at man kunde finne temaer som gikk igjen mellom svarene. Temaer ble fant på tvers av svar, noe som indikerer at utvalget var stort nok.

Reliabilitet

Med reliabilitet i kvalitative studier mener vi i hvilken grad måleinstrumentene er egnede til å studere det fenomenet undersøkelsen tar for seg. Svarene ble samlet inn ved hjelp av online-skjema der deltakerne kunde skrive så mye eller lite de ville. Denne metoden for å samle inn data egnet seg for undersøkelsen da den innebar at undertegnede kunde nå flere deltakere i forskjellige deler av landet enn undertegnede hadde nådd f.eks. gjennom å holde fysiske intervjuer. At skjemaet ikke samlet inn identifiserbar informasjon gjorde det også enklere å sikre anonymiteten til deltakerne. Et skjema på internett krever mindre innsats å skrive inn svar i, enn å delta på et langt intervju. Dermed senket dette terskelen for deltakelse. Samtidig fantes det noen svakheter ved innsamlingsmetoden. Det hende at noen valgte å ikke delta fordi at svarene i ettertid skulle sendes videre til Skeivt akriv. En annen svakhet er at undertegnede ikke kunne stille spørsmål direkte til dektakerne. I en intervjusituasjon kunne undertegnede stilt oppklarende spørsmål når deltakeren hadde gitt et svar som var utydelig, og dette var ikke mulig når deltakerne selve skrev sine svar. Samtidig som analysen noen ganger kunne blitt styrket av mer detaljerte svar, gav deltakerne gjennomgående svar som var relevante for forskningsspørsmålet, noe som tyder på at formuleringen av spørsmålene var egnet til å undersøke temaet.

Validitet

I kvalitativ metode er validitet hvorvidt studien har blitt gjennomført på en måte som gjør at vi kan stole på resultatene og at disse representerer nyttig informasjon om det fenomenet som studien omhandler. Undertegnede har gjort sitt beste for å få gode svar på spørsmålet «hva er unge transpersoners erfaringer og ønsker i møte med helsevesenet?». Det er likevel mulig at aspekter av prosjektet påvirket formulering av spørsmål, innhenting og analyse av data på en måte som påvirker validiteten i resultatene og jeg vil nå kort reflektere rundt dette.

Det finnes ikke en stor mengde forskning om transpersoners møte med helsevesenet i Norge. Undertegnede har gjort seg kjent med den forskning som finnes, og også med de pågående politiske diskusjonene rundt transpersoner og deres helsetilbud i Norge. Undertegnede er selv transperson, og dette kan være en styrke i å bedre forstå den kontekst som deltakere er i. Samtidig kan det representere en kilde til bias, da undertegnede ikke er utenforstående og har egne meninger angående transpersoners posisjon i samfundet. Undertegnede har hele tiden forsøkt å legge egne perspektiver til side i formulering av spørsmål og analyse av data, men det bør tas i betraktning at dette ikke er fulstendig mulig. Samtidig er undertegnedes blikk for cisnormativitet noe som vært nyttig i utføringen av prosjektet.

Undertegnede valgte å skrive i invitasjonsposten eller mailet som ble sendt ut til potensielle deltakere at undertegnede selv er transperson, noe som muligvis kunde være betryggende for deltakere. De to hovedspørsmålene ble formulert så åpent som mulig for å la deltakerne definere hva som var relevant for temaet selv. Dette muliggjorde at deltakerne kom med innspill undertegnede ikke hadde tenkt på selv, hvilket er en fordel da dette innebar en lavere sannsynlighet for at undertegnedes egne bias påvirket hvilken informasjon deltakerne gav. Samtidig kunne så åpne spørsmål føre til at alle deltakere rapporterer om forskjellige

ting, der man ikke kan se temaer på tvers av dataen. Dette var ikke tilfelle, og svarene gav temaer som ble rapportert på tvers av svarene. Deltakerne rapporterte opplevelser som lignet på hverandre, av de 53 temaer som ble funnet i svarene var det bare 4 temaer som bare fantes i et svar. 49 temaer fantes i to eller flere svar. Spørsmål om hvordan deltakeren beskrev egen kjønnsidentitet var også åpent slik at deltakerene kunne formulere dette selv heller enn å velge fra en liste som undertegnede hadde definert, hvilket sikret at alle kunne definere sin kjønnsidentitet på den måte som var riktigst for dem, heller enn å velge fra en forhåndsdefinert liste.

Deltakelse var også anonymt, hvilket kunne gi deltakerene mulighet til å svare fritt uten å tenke på at svarene kunne bli sporet tilbake til dem.

Samtidig kan anonymiteten og at annen identifiserbar informasjon om deltakerne ikke ble samlet inn bidra til at utvalget på en eller annen måte ikke er representativ for unge transpersoner som gruppe. Det vi vet om deltakerne er at de er transpersoner i alderen 18-25 som vært i kontakt med det norske helsevesenet. Andre aspekter ved deltakerne som kan påvirke møte med helsevesenet har ikke blitt tatt i betraktning som f.eks. hvor i landet de bor, etnisitet, sosial status osv. Rekrutteringen foregikk gjennom flere forum, som mail fra HBRS, PKI, facebook-grupper og en discord-server. Disse gruppene var rettet mot forskjellige subgrupper innen trans-spekteret, ikke-binære og binære transpersoner samt forskjellige fagpolitiske perspektiver på hvordan kjønnskorrigerende behandling bør foregå. Dette støtter representativiteten til utvalget, men det er mulig at utvalget ikke representerer en tilstrekkelig bredde i perspektiv på temaet.

I analysen har undertegnede gjort sitt beste for å finne frem eksempler som brøt med de temaer som kom frem i data, det som Lucy Yardley (2015) kaller avvikende eller negative kasus. Det viste seg at dette både var nødvendig og nyttig da dette førte til at eksempel på

forskjeller i hvordan deltakerne opplevd og tenker rundt gynekologiske undersøkelser kom frem, noe som ledde undertegnede til diskusjon rundt generalisering.

Tekstene som ble samlet inn ga gode svar på forskningsspørsmålet, og det fremstår som at tekstene gir resultater man kan stole på som eksempler på hvordan transpersoner blir møtt i helsevesenet. Overlapp mellom svarene tyder på at mengden deltakere vært tilstrekkelig for å si noe om temaet, og med tanke på dette fremstår resultatene som valide.

Konklusjon

Flere av temaene som kom frem i deltakernes svar peker på problemer som kommer fra helsepersonells ukunnskap om transpersoner og deres behov. I denne undersøkelsen har deltakere rapportert at helsepersonell har kommunisert stereotyper som fremmedgjør, sykeliggjør eller på andre måter antar at transpersoner er annerledes enn cispersoner. Ubehagelige opplevelser som stammer fra cisnormativitet og mikroagresjoner kan bidra til minoritetstress som delvis kan forklare at transpersoner skårer dårligere på mål av psykisk helse.

En mangel på kunnskap og generaliseringer kan også føre til en oppfatning om at alle transpersoner er like og har like behov. Å stille ubehagelige spørsmål eller behandle transpersoner som “leksikon” er heller ikke nødvendig hvis man får tilstrekkelig opplæring i temaet på andre arenaer enn gjennom møte med pasienter som er trans.

Deltakerne i denne undersøkelsen har også gitt eksempler på gode møter og gitt verdifull innsikt i hvordan de ønsker bli møtt, og hvilke spørsmål som kan åpne opp for gode diskusjoner. Hvis man har nok kunnskap om transpersoners helsebehov kan helsepersonell også formulere spørsmål om kirurgi og annen behandling på en mer nøytral måte, og vite i hvilke settinger spørsmål som disse er relevante. Hvis helsepersonell har gode verktøy for å skape et godt møte og opplever større mestring i møte med transpersoner og vet hva som er ok spørsmål å spørre er det også mulig at de tør å spørre spørsmål om navn, pronomen og andre

ting som kan gjøre møtet bedre. Kunnskap om hvordan en kan skape et godt møte er viktig da møtet mellom helsepersonell og transpersoner kan bidra til dysfori og minoritetsstress, og å fremme et mer inkluderende helsevesen er dermed også et tiltak for å redusere stressen som møtet med helsevesenet kan påføre transpersoner.

Kilder

- Almås, E., Jessen, R. S., & Berteussen, L. M. (2021). Heteronormativitet. *Store medisinske Leksikon*. Hentet 20. februar 2022 fra:
<https://sml.snl.no/heteronormativitet>
- Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud E., & Holmelid Ø. (2021) *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.
- Aylagas-Crespillo, M., García-Barbero, Ó., & Rodríguez-Martín, B. (2018). Barriers in the social and healthcare assistance for transgender persons: A systematic review of qualitative studies. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 28 (4), 247-259. DOI: 10.1016/j.enfcle.2017.09.005
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2022). Hvor mange er lhbtqi? Hentet 25.2 2022 fra:
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Hvor_mange/
- Glaser B., & Strauss A. (1999). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter
- Grønningsæter, A. B., & Hauland, H. (2012). *Usynlig og selvlysende : å være lesbisk, homofil, bifil eller transperson med nedsatt funksjonsevne*. Oslo: Fafo
- Harrison, K. (2012) *Passing/Out : Sexual Identity Veiled and Revealed*, D. R. Cooley (Ed.), Taylor & Francis Group. Hentet fra:<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bergen-ebooks/detail.action?docID=932434..>
- Helsedirektoratet (2020). Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens. Hentet 15. februar 2022 fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens>
- Jessen, R. S., (2022). Kjønnsdysfori. *Store medisinske leksikon*. Hentet 17. februar 2022 fra
<https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsdysfori>

Kulturdepartementet. (2021). Trygghet, mangfold og åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021–2024. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/trygghet-mangfold-og-apenhet/id2863720/>

Lescher-Nuland, B., van der Ros, J. (2021). Transperson. *Store medisinske leksikon*. Hentet 18. februar 2022 fra <https://sml.snl.no/transperson>

Linander, I., Goicolea, I., Alm, E., Hammarström, A., & Harryson, L. (2019) (Un)safe spaces, affective labour and perceived health among people with trans experiences living in Sweden. *Culture, Health and Sexuality*, 21 (8), 914-928. DOI: 10.1080/13691058.2018.1527038

Lov om endring av juridisk kjønn. (2016). LOV-2016-06-17-46. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-46>

Malterud, K., Siersma, V. D., Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*. 26 (13). 1753-176

Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. DOI: 10.2307/2137286

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5). DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674

Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016) Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature- *The Journal of Sex Research*, 53:4-5, 488-508, DOI: 10.1080/00224499.2016.1142495

- Ostrom, T. M., & Sedikides, C. (1992). Out-Group Homogeneity Effects in Natural and Minimal Groups. *Psychological bulletin*, 112 (3).536-552 DOI: 10.1037/0033-2909.112.3.536
- Rounds, K., Mcgrath, B. B., Walsh, E. (2013). Perspectives on provider behaviors: A qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care. *Contemporary nurse : a journal for the Australian nursing profession*. 44 (1), 99-110. DOI: 10.5172/conu.2013.2440
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative Phenomenological Analysis. I Smith, J. A. (Red.). (2015). *Qualitative psychology : A practical guide to research methods*. (s.25). Los Angeles: Sage.
- Solberg, A. (2017) *Skeiv i Helse-Norge. Kartlegging av tilbud for skeive i Innlandet og helsepersonells kompetanse om seksuell orientering, kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet*. Hamar: Likestillingssenteret.
- SoRelle, J., Gao, E., Jiao, R., Jaso, J., Day, P., Pagels, P., . . . Patel, K. (2018). Impact of Cross-Sex Hormone Therapy on Laboratory Values: A Study of Transgender Men. *American Journal of Clinical Pathology*. 150 (1), 144-145.
DOI:10.1093/ajcp/aqy112.344
- Stewart, K., & O'Reilly, P. (2017). Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse education today*, 53, 67-77. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.04.008
- Stokke, M., Lundhaug, K., Hammeren, G., Solberg., & Steinland, V. (2018) Skeives levekår i Agder. En kvantitativ og kvalitativ kartlegging. Hentet fra:
https://www.ostforsk.no/wp-content/uploads/2018/09/201810_Skeives_levek%C3%A5r_i_Agder-1.pdf

- Sue, D. W., Bucceri, J., Lin, A. I., Nadal, K. L., & Torino, G. C. (2007). Racial microaggressions and the Asian American experience. *Asian American Journal of Psychology*, S(1), 88-101. doi:10.1037/1948-1985.S.1.88
- Sue, D. W. (Red.). (2010). *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact*. New York: Wiley.
- van der Ros, J. (2013). Allskens Folk: Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. Hentet fra: <https://likestillingscenteret.no/wp-content/uploads/2016/02/Alskens-folk.pdf>
- Yardley, L. (2015). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. I Smith, J. A. (Red.). (2015). *Qualitative psychology : A practical guide to research methods*. (s.257) Los Angeles: Sage.

Vedlegg A

Svar fra REK

**Region:**

REK sør-øst B

Saksbehandler: Ingrid Dønåsen**Telefon:** 22845523**Vår dato:** 21.12.2021**Vår referanse:** 374880

Norman Anderssen

Prosjektsøknad: Unge transpersoners ønsker til helsepersonell**Søknadsnummer:** 374880**Forskningsansvarlig institusjon:** Universitetet i Bergen

Prosjektsøknad vurderes som utenfor helseforskningslovens virkeområde

Søkers beskrivelse

Hensikten er å finne ut av hvordan unge transpersoner i Norge ønsker bli møtt av helsepersonell. Vi inviterer transpersoner i alderen 18-25 år i Norge til å delta i studien.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet 01.12.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 10.

REKs vurdering

Dette er et hovedoppgaveprosjekt innen profesjonsstudiet i psykologi, der man gjennom en nettbasert spørreundersøkelse vil undersøke hvordan unge transpersoner ønsker å bli møtt av helsepersonell, uavhengig av årsaken til kontakt med helsevesenet. Deltakerne vil stilles to åpne spørsmål om hva de ønsker og ikke ønsker at helsepersonell skal gjøre eller si, og hvilke erfaringer deltakerne har knyttet til dette. Det skal ikke samles inn direkte identifiserende opplysninger. Besvarelsene vil gjennomgå med henblikk på identifiserbarhet og eventuell identifiserende informasjon i fritekstsvarene vil bli fjernet

Slik prosjektet er fremlagt for REK fremstår ikke hovedformålet å være ny kunnskap om transpersoners helse som sådan, men om deres erfaringer og ønsker i møte med helsepersonell. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§ 2 og 4 bokstav a.

Komiteen gjør oppmerksom på at det faktisk er et faktum at et prosjekt blir vurdert av REK til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde ikke er til hinder for at resultater fra prosjektet kan publiseres.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§ 2 og 4 bokstav a. Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vi gjør oppmerksom på at det etter personopplysningsloven av 2018 må foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem
Professor, dr. med.
leder REK sør-øst B

Ingrid Dønåsen
Seniorrådgiver

Kopi til:

Universitetet i Bergen

Vedlegg B

Forespørsel om hjelp til å rekruttere deltakere, sendt per email

Hei,

Hensikten med dette mailet er å spørre om det hadde vært mulig for dere å hjelpe med å distribuere et spørreskjema.

Jeg er en ikke-binær student på profesjonsstudiet i psykologi fra UiB som skal skrive avsluttende hovedoppgave dette semesteret om møtet mellom helsepersonell og unge transpersoner. Det er viktig å lytte til stemmene til erfaringer som unge transpersoner har, og målet med prosjektet er å få frem hvordan unge transpersoner ønsker å bli møtt av helsepersonell basert på egne erfaringer. Dette gjelder uavhengig av hensikten med kontakten (bruket bein/ørebetennelse/kjønnsbekreftende behandling). Mitt håp for prosjektet er at jeg kan få frem kunnskap og eksempler som kan brukes til å hjelpe helsepersonell til å vite hva de bør og ikke bør gjøre eller si i møte med transpersoner.

Jeg har skrevet skjemaet på både engelsk og norsk, så det vil være mulig å svare på disse to språkene.

Deltakerne vil bli invitert til å svare på to åpne spørsmål samt tre lukkede spørsmål for å sikre at deltakerne tilfredsstillter inklusjonskriteriene (identifiserer seg som trans/alder/har hatt kontakt med helsevesenet)

1. Basert på egne erfaringer med helsevesenet, hva ønsker du at helsepersonell skal si eller gjøre i møtet med deg? Kom gjerne med eksempler fra egne erfaringer. Du kan skrive opp til 1000 ord
2. Basert på egne erfaringer, hva ønsker du at helsepersonell ikke skal si eller gjøre i møtet med deg. Kom gjerne med eksempler fra egne erfaringer. Du kan skrive opp til 1000 ord.

Dere vil kunne se igjennom hele spørreskjemaet før jeg åpner spørreskjemaet for deltakere.

Jeg vet at dere sikkert ikke har lyst å sende ut invitasjoner til studier til medlemmer uten god grunn, men jeg trur denne studien kan bidra til å samle inn viktig kunnskap om transpersoners behov. Studien kommer til å være i et web-basert skjema, det hadde vært til stor hjelp hvis jeg kunde få hjelp til rekruttering av deltakere, f.eks. ved at dere publiserte link til invitasjonsbrev til studien på deres facebook-sider. De som deltar vil være anonyme. Vi registrerer hverken navn, adresse, og IP-adressen blir ikke registrert. Alle personvern hensyn er tatt, se invitasjonsbrevet.

Dersom dere sier ja til å hjelpe så kan vi bli enig om oppstartsdato, det web-baserte skjemaet er fortsatt under arbeid, jeg håper å kunne åpne lenken 14.1. Det web-baserte skjemaet vil bli lukket da 50 svar blitt samlet inn. Det vil være mulig å svare på engelsk eller norsk.

Planen er å levere ferdig hovedoppgave i mai 2022, og da kan jeg gjerne også sende denne til dere.

Hvis dere ønsker få mer informasjon om prosjektet eller har spørsmål, svarer jeg gjerne på disse! Min kontaktinformasjon er: niko.grimm@outlook.com +47 40 59 73 94

Min veileder er Professor Norman Anderssen ved UiB, han kan kontaktes på: +47 55 58 20

55/ +47 976 79 501 norman.anderssen@uib.no

Vedlegg C

Skjema for innsamling av svar

Side 1

Vil du delta i prosjektet “Unge personer med kjønnsinkongruens og transpersoners ønsker til helsepersonell”?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et hovedoppgaveprosjekt ved Univeristett i Bergen der hensikten er å finne ut av hvordan unge personer med kjønnsinkongruens/transpersoner i Norge ønsker bli møtt av helsepersonell. Vi inviterer personer med kjønnsinkongruens/transpersoner i alderen 18-25 år i Norge til å delta i studien. Invitasjonen blir gitt på hjemmesidene til aktuelle organisasjoner i Norge, på email til medlemmer i disse gruppene og på aktuelle facebook-sider.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

I prosjektet vil vi innhente dine svar på to åpne spørsmål der du kan skrive så kort eller langt som du vil. Både korte og lange svar er velkomne. Vi antar at det tar 5-20 minutter å svare avhengig av hvor mye du har lyst å skrive. Vi spør deg også om aldersgruppe, om du har hatt kontakt med helsevesenet i Norge og hvordan du beskriver din kjønnsidentitet. Vi vil ikke be om andre opplysninger fra deg. Ingen må **skrive navn eller annen informasjon i sine åpne svar som gjør at man kan identifisere den som svarer**. Svarene blir lest og gjennomgått med tanke på om noen er identifiserbare, og slik informasjon blir i så fall tatt ut.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Mulig fordel ved å delta i prosjektet er at du får fortelle om dine erfaringer og ønsker, og bidra til kunnskap om et viktig tema for helsepersonell og for transpersoner.

Mulige ulemper med å delta kan være at du gjennom å svare blir minnet om ubehagelige opplevelser du har hatt i møte med helsepersonell.

FRIVILLIG DELTAKELSE

Det er frivillig å delta. Ved å trykke på Avslutt på siste side av undersøkelsen gir du ditt samtykke til å delta. Informasjon blir lagret underveis når du skriver, men hvis du har lyst å trekke deg mens du skriver, gjør du dette ved å gå ut av skjemaet uten å trykke på «Avslutt» på siste side. Alle svar som ikke er fullført da innsamling av svar er avsluttet blir slettet. Når du har trykket på Avslutt-knappen vil hverken ip-adresse eller personinformasjon registreres, og vi vil ikke lenger kunne vite hvem som har svart, du kan derfor heller ikke da trekke ditt samtykke.

Dersom du senere har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder eller prosjektmedarbeider (se kontaktinformasjon lengst ned).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE?

Vi vil ikke registrere informasjon som kan identifisere deg som person eller identifisere datamaskinen du bruker når du svarer. Svarene blir lest og gjennomgått med tanke på om noen er identifiserbare, og slik informasjon blir i så fall tatt ut. Når hovedoppgaven er ferdig, ifølge planen i mai 2022, vil vi overføre datamaterialet til det nasjonale arkivsenteret “Skeivt arkiv” ved Universitetet i Bergen, og svarene vil da kunne bli åpent tilgjengelig for alle til bruk for analyser, forskning, undervisning, eksempler og annet. Du har rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine

opplysninger til Datatilsynet og Universitetet i Bergen sitt personvernombud (se kontaktinformasjon lengst ned på siden).

Jeg håper å få svar fra minst 30 personer. For å være sikker på at jeg kan behandle datamaterialet godt stoppes undersøkelsen (lenken gjøres inaktiv og invitasjonen tas vekk fra de aktuelle stedene den blitt postet) når jeg mottatt 50 svar.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en vurdering basert på prosjektplan og konkludert med at prosjektet ikke trenger godkjenning fra dem.

Spørreskjemaet fyller kriterier for anonymitet definert av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og trenger derfor ikke vurdering fra dem. Universitetet i Bergen og prosjektleder Norman Anderssen er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene i henhold til personvernerklæringen ved Universitetet i Bergen, <https://www.uib.no/personvern/118933/personvernerkl%C3%A6ring-universitetet-i-bergen> Personvernombudet ved Universitetet i Bergen har vurdert og godkjent prosjektet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Norman Anderssen (telefon 97 67 95 01, epost: norman.anderssen@uib.no) eller prosjektmedarbeider Niko Olivia Linnéa Grimm, telefon 40597394, epost: niko.grimm@outlook.com)

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte prosjektleder eller personvernombudet ved Universitetet i Bergen: personvernombud@uib.no

Side 2

Stemmer et av følgende påstander?

- Jeg identifiserer meg **helt** som det kjønn som ble registrert ved min fødsel
- Jeg identifiserer meg som cisperson

Hvis du svarer ja på dette spørsmålet vil du ikke bli tatt videre til neste side i undersøkelsen

(ja)
(nei)

Stemmer et av følgende påstander?

- Jeg identifiserer meg ikke som det kjønn som ble registrert ved min fødsel
- Jeg identifiserer meg som transperson
- Jeg identifiserer meg en kjønnsidentitet som ikke er cisperson
- Jeg opplever kjønnsinkongruens

(ja)
(nei)

Jeg beskriver min egen identitet som: (f.eks. agender, kvinne, transmaskulin)

(fritekstsvar)

Jeg har vært hos lege/sykepleier/psykolog/annet helsepersonell i Norge (gjelder uansett grunn, kan for eksempel være på grunn av ørebetennelse, kjønnsbekreftende behandling eller brukket bein)

(Ja)

(Nei)

Alder

(Under 18 år)

(18-25 år)

(26 -100 år)

Side 3

På de neste to sidene vil det komme to spørsmål:

Side 1. Basert på egne erfaringer, hva ønsker du at helsepersonell **ikke skal** si eller gjøre i møte med deg

Side 2. Basert på egne erfaringer med helsevesenet, hva ønsker du at helsepersonell **skal** si eller gjøre i møte med deg?

Vi vet at det kan være vanskelig å holde disse to spørsmålene separat, og det er okei hvis ditt svar ikke er perfekt. All informasjon du kan gi er nyttig kunnskap for oss.

Side 4

Basert på egne erfaringer med helsevesenet, hva ønsker du at helsepersonell **ikke skal** si eller gjøre i møte med deg? **Kom gjerne med eksempler fra egne erfaringer.** Her kan du skrive kort eller langt, men gjerne under 1000 ord (1000 ord er ca to A4 sider i times new roman font 12 linjeavstand 1).

Side 5

Basert på egne erfaringer med helsevesenet, hva ønsker du at helsepersonell **skal** si eller gjøre i møte med deg? **Kom gjerne med eksempler fra egne erfaringer.** Her kan du skrive kort eller langt, men gjerne under 1000 ord (1000 ord er ca to A4 sider i times new roman font 12 linjeavstand 1).

Side 6

Svaret ditt blir sendt inn da du trykker på "Avslutt"

Takk for deltakelse!