



NORLANDSFORSKNING  
NORLAND RESEARCH INSTITUTE

# **Likeverdlig helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens**

Fredrik Langeland, Marianne Gulli og Birgitte Rigtrup-Lindeman

---



NORLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

# **Likeverdig helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens**

*Fredrik Langeland, Marianne Gulli og Birgitte Rigrup-Lindeman*

## PUBLIKASJONSINFO

Copyright © 2023 NORDLANDSFORSKNING  
Utgitt av Nordlandsforskning AS

Nordlandsforskning AS  
Postboks 1490  
N-8049 Bodø  
Tlf. +47 754 11 810  
nf@nforsk.no  
www.nordlandsforskning .no

Tittel: Likeverdig helsehjelp for personer  
med kjønnsinkongruens  
NF-Rapport nummer: 6/2023  
ISBN (trykk): 978-82-7321-875-9  
ISBN (digital): 978-82-7321-874-2  
ISSN (trykk): 0804-1873  
ISSN (digital): 2704-033X

Forfatter(e): Fredrik Langeland, Marianne Gulli og Birgitte Rigrup-Lindeman  
Publikasjonsdato: 14.09.2023  
Prosjektansvarlig: Fredrik Langeland  
Forskningsleder: Ragnhild Holmen Waldahl  
Prosjekt: Likeverdig helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens  
Oppdragsgiver: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet  
Emneord: kjønnsinkongruens, transpersoner, kjønnsmangfold, helsehjelp, tillit  
Antall sider: 86  
Salgspris: 0 nok



# FORORD

Denne rapporten er skrevet på fra oppdrag Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Dette har vært et samarbeid mellom Nordlandsforskning og Likestillingssenteret KUN, og det har vært tverrfaglig prosjekt som har involvert ulike personer og kompetansemiljøer. Takk til alle samarbeidspartnere i dette prosjektet. En stor takk må rettes til prosjektets referansegruppe som har bidratt med råd og innspill underveis i prosjektet. Vi vil også takke alle informantene som har delt sine erfaringer med oss. Takk også til Bufdir for god dialog og nyttige innspill underveis i prosjektet.

*Bodø og Steigen, 14.06-2023*

*Fredrik Langeland, Marianne Gulli og Birgitte Rigrup-Lindemann*

# SAMMENDRAG

Denne rapporten handler om helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens. Den beskriver erfaringer med dagens helsetilbud fra perspektivet til brukere, foresatte og helsepersonell, og kommer med anbefalinger når det kommer til å styrke adgangen til helsetjenester for den aktuelle målgruppen. Det empiriske materialet i rapporten er 24 kvalitative intervjuer med 14 brukere, 5 foresatte og 5 helsepersonell, i tillegg til et fokusgruppeintervju med ulike aktører på feltet. Når det gjelder brukere har rapporten et særlig fokus på å få frem erfaringene til barn, unge og ikke-binære. Rapporten synliggjør erfaringene med dagens helsetilbud i lys av begrepet tillit. Et viktig funn er at transpersonene har lite tillit til primær- og spesialisthelsetjenestens evne til å gi god og likeverdig helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. Dette kan henge sammen med forskjellige negative møter som brukerne opplever. Det legges vekt på å få bedre tilgang til kjønnsbekreftende behandling, og til å i større grad enn i dag kunne være med på å definere egen transisjon. Brukerne er også opptatt av at det mangler kunnskap og kompetanse i helsetjenesten på alle nivåer. De foresattes perspektiver likner erfaringene til brukerne. Helsepersonell beskriver blant annet en manglende forståelse av kjønns mangfold i helsetjenesten. Rapporten viser at det er et behov for et helsetilbud som i større grad enn i dag anerkjenner kjønns mangfold. Det tyder på at myndighetene kan og bør ta en enda mer aktiv rolle når de gjelder å følge opp og implementere nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens.

# ABSTRACT

This report is about health care for people with gender incongruence. It describes experiences with current health services from the perspective of clients, parents, and health providers, and makes recommendations for improving access to health services for the target group in question. The empirical material in the report consists of 24 qualitative interviews with 14 clients, 5 parents and 5 health professionals, in addition to a focus group interview with various stakeholders in the field. Regarding clients, the report has a particular focus on highlighting the experiences of children, youth, and non-binary people. The report highlights experiences with current health services in light of the concept of trust. An important finding is that transgender people have little trust in the primary and specialist health services' ability to provide good and equal health to people with gender incongruence. This may be related to various negative encounters that the clients experience. Emphasis is placed on better access to gender-affirming care, and on being able to participate in defining their own transition to a greater extent than today. The clients are concerned that there is a lack of knowledge and expertise in the health service at all levels. Health providers describe, among other things, a lack of understanding of gender diversity in the health services. The report shows that there is a need for the health services to recognize gender diversity to a greater extent than today. This suggests that the authorities can and should take an even more active role in following up and implementing national professional guidelines for gender incongruence.

# INNHold

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 FORMÅLET MED UNDERSØKELSEN .....	6
1.2 BAKGRUNNEN FOR STUDIEN .....	6
1.3 PROBLEMSTILLING .....	8
1.4 ORD OG BEGREPER FOR KJØNN OG KJØNNSIDENTITET .....	9
1.5 INTERNASJONALE STANDARDER OG RETNINGSLINJER .....	11
1.6 NASJONALE FAGLIGE RETNINGSLINJER .....	12
1.7 LOV OM ENDRING AV JURIDISK KJØNN .....	12
1.8 SENTRALE AKTØRER .....	13
1.9 TILLIT .....	15
1.10 DISPOSISJON FOR RAPPORTEN .....	15
<b>2 METODISKE OG ETISKE REFLEKSJONER</b> .....	<b>17</b>
2.1 KVALITATIV METODE .....	17
2.2 INTERSEKSJONALITET I PROSJEKTET .....	17
2.3 PERSONVERN OG ETIKK .....	17
2.4 FORSKERGRUPPEN .....	18
2.5 REKRUTTERING OG REFERANSEGRUPPE .....	18
2.6 UTVALG .....	19
2.7 DATAINNSAMLING .....	20
2.8 ANALYSE OG KVALITETSSIKRING .....	21
<b>3 TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	<b>23</b>
3.1 FORSKNING FRA NORGE .....	23
3.2 FORSKNING FRA SVERIGE OG DANMARK .....	25
3.3 INTERNASJONAL FORSKNING OM TRANSPERSONERS MØTER MED HELSEVESENET .....	26
3.4 NOEN HOVEDTEMAER I FORSKNINGEN .....	30
<b>4 ØNSKER OG BEHOV FOR HELSEHJELP</b> .....	<b>31</b>
4.1 ULIKE ØNSKER OG BEHOV .....	31
4.2 OM TILBUDET TIL IKKE-BINÆRE .....	34
4.3 TRANSISJON SOM EN UENSARTET PROSESS .....	35
4.4 NOEN OVERORDNEDE ØNSKER FOR HELSETILBUDET .....	38
4.5 OPPSUMMERING .....	40
<b>5 ERFARINGER I MØTER MED HELSEPERSONELL</b> .....	<b>42</b>
5.1 DE GODE MØTENE .....	42
5.2 MANGELFULL KUNNSKAP OG INFORMASJON .....	44
5.3 NEGATIVE MØTER I SÅRBARE SITUASJONER .....	46
5.4 GYNEKOLOGISK UNDERSØKELSE .....	47

5.5	I MØTE(R) MED DEN NASJONALE BEHANDLINGSTJENESTEN .....	48
5.6	MØTER MED ANDRE AKTØRER .....	50
5.7	OPPSUMMERING .....	52
<b>6</b>	<b>NORMER, FORSTÅELSESRAMMER OG SOSIALE PÅVIRKNINGSFAKTORER .....</b>	<b>53</b>
6.1	ULIKE FORSTÅELSER AV KJØNN .....	53
6.2	Å IKKE VÆRE ÆRLIG .....	55
6.3	FORSKJELLSSKAPENDE DIMENSJONER .....	56
6.4	NEGATIVE MØTER UTENFOR HELSEVESENET .....	58
6.5	ØKONOMI OG BOSTED .....	59
6.6	OPPSUMMERING .....	61
<b>7</b>	<b>MULIGHETER OG BARRIERER PÅ TJENESTE- OG SYSTEMNIVÅ .....</b>	<b>63</b>
7.1	OPERASJONSSÅRET .....	63
7.2	EN ENSOM JOBB .....	64
7.3	MELLOM TO STOLER .....	66
7.4	HELSEPERSONELLS SYNSPUNKTER PÅ ORGANISERINGEN AV HELSETILBUDET .....	68
7.5	OPPSUMMERING .....	69
<b>8</b>	<b>OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....</b>	<b>70</b>
8.1	INFORMANTENES ERFARINGER .....	70
8.2	OVERORDNEDE TEMAER I RAPPORTEN .....	71
8.3	KONKLUSJON .....	76
<b>9</b>	<b>ANBEFALINGER .....</b>	<b>77</b>
9.1	ANBEFALINGER .....	77
	<b>REFERANSER .....</b>	<b>79</b>



# 1 Innledning

## 1.1 Formålet med undersøkelsen

En av helsesektorens overordnede målsettinger er å yte god og likeverdig helsehjelp. Formålet med denne rapporten er å bidra med kunnskap som kan brukes til å bedre helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens. *Kjønnsinkongruens* beskriver en vedvarende opplevelse av at kjønnnet en ble tildelt ved fødsel ikke samsvarer med kjønnnet man selv opplever å være (Bufdir, u.å.).<sup>1</sup> Det er også en medisinsk diagnose som i den siste revisjonen av WHO's diagnosemanual fra 2018 – ICD 11 – erstattet den tidligere diagnosen *transseksualisme*.<sup>2</sup>

*Helsehjelp* kan defineres som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell (Helsedirektoratet, u.å.). Slik vi forstår helsehjelp i denne sammenheng er dette et bredt begrep som kan omfatte alt fra informasjonstilbud, til samtaletilbud, hormonbehandling eller kirurgi.

Vår forståelse av god helsehjelp er også nært knyttet til begrepet likeverdige offentlige tjenester. Alle har rett på likeverdige tjenester, uavhengig av sosiale bakgrunnsfaktorer som bosted, etnisk bakgrunn, funksjonsvariasjon og sosioøkonomisk status. Det er viktig å få frem ulike typer erfaringer når det gjelder helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens, da det kan være et gap mellom formelle (pasient)rettigheter på den ene siden, og hvordan disse rettighetene igjen utøves i praksis på den andre (jfr. Hellum & Sørli, 2021, s. 18).

Det er godt dokumentert at mangel på adekvat helsehjelp og likeverdige helsetjenester er en sentral levekårsutfordring blant personer med kjønnsinkongruens (Helsedirektoratet, 2015). I denne rapporten beskriver vi helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens fra perspektivet til brukere, foresatte og helsepersonell.

## 1.2 Bakgrunnen for studien

Levekårsundersøkelsen *Seksuell orientering, kjønn og levekår* (Anderssen et al., 2021) viser at transpersoner har betydelige levekårsutfordringer og rapporterer om betydelig mer diskriminering, vold, seksuelle overgrep og psykiske helseproblemer enn cispersoner. Eggebø et al. (2019) påpeker at kunnskap, forståelse og aksept for at noen bryter med kjønnsnormene ser ut til å være økende, særlig blant unge. Likevel er nok situasjonen slik at det å bryte med cisnormen byr på flere utfordringer enn det å tilhøre en seksuell minoritet (Eggebø et al., 2019, s. 35).

---

<sup>1</sup> Se for øvrig punkt 1.4 for en bredere definisjon av de sentrale begrepene hva gjelder kjønn og seksualitet i denne rapporten.

<sup>2</sup> Se: <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsinkongruens>

Eksisterende norsk og internasjonal levekårsforskning viser at transpersoner opplever betydelige levekårsutfordringer (Anderssen et al., 2021; Bockting, et al., 2013; Helsedirektoratet, 2015, s. 19-28; Motmans et al., 2012; Motmans, et al., 2017). Transpersoner har særlige utfordringer når det gjelder psykisk helse (van der Ros, 2014). En rekke studier fra andre land underbygger dette bildet og viser blant annet at transpersoner rapporterer om betydelig høyere forekomst av psykiske helseutfordringer enn befolkningen for øvrig (Brennan et al., 2012; Clark et al., 2014; Pitts et al., 2009; Reisner et al., 2014; Su et al., 2016). Den siste levekårsundersøkelsen blant skeive i Norge (Anderssen et al., 2021), viser at transpersoner i mindre grad rapporterer om god helse, og i større grad rapporterer om selvmordstanker og selvmordsforsøk, enn i den øvrige befolkningen. En belgisk undersøkelse blant ulike grupper transpersoner, viser til samme tendens: forekomsten av selvmordsforsøk var langt høyere blant transpersoner enn i den øvrige befolkningen, og respondentene i undersøkelsen rapporterte i mindre grad om god helse enn i befolkningen for øvrig (Motmans et al., 2012).

Rapporten *Alskens folk* (van der Ros, 2014) viste at transpersoner har opplevd mangelfullt helsetilbud og møtt intoleranse, diskriminering og trakassering på en rekke samfunnsarenaer. Transpersoner erfarer dessuten ofte at helsepersonell har lite kompetanse om kjønnsmangfold og kjønnsinkongruens. I møter med helsevesenet opplever mange å føle seg usynliggjort, ikke bli tatt på alvor eller lyttet til. Generell kunnskapsmangel i samfunnet som helhet, og kunnskapsmangel blant helsepersonell spesifikt, utgjør et problem for mange (Eggebo et al., 2015; Stubberud et al., 2018; van der Ros, 2014). Negative erfaringer, opplevelse av manglende kunnskap og fordommer i helsevesenet om kjønnsinkongruens og tema knyttet til kjønnsidentitet, kan føre til manglende tillit til helsetjenesten for aktuelle brukere. Dette kan igjen føre til at enkelte vegrer seg for å oppsøke helsehjelp, og er slikt sett en betydelig helseutfordring (Reform, 2020).

Det offentlige behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens er lagt til Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK). NBTK tilbyr kirurgisk, endokrinologisk og psykiatrisk utredning og behandling av kjønnsinkongruens. Utredningen har mål om å avklare om kjønnsbekreftende behandling kan anbefales, og målet for behandlingen er at pasienten skal oppleve et samsvar mellom kropp og indre identitet.<sup>3</sup>

Det finnes ulike oppfatninger om hvordan behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens skal vært organisert i dag. De motsetningsfulle posisjonene på feltet kom blant annet til uttrykk i forbindelse med rapporten *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn* (2015), som var satt ned av Helsedirektoratet og utarbeidet av en nasjonal ekspertgruppe. Ekspertgruppa bestod av representanter fra helsetjenesten, sivilsamfunn og academia. Når det gjelder organiseringen av helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens, for eksempel relatert til den nasjonale behandlingstjenestens funksjon og et mer desentralisert helsetilbud, kan man i rapportens anbefalinger se at ekspertgruppen er delt: Flertallet ønsket å gjøre endringer i det eksisterende behandlingsregimet i retning av et mer desentralisert helsetilbud, mens et mindretall, bestående av NBTK og Harry Benjamin

---

<sup>3</sup> Se informasjon på Oslo universitetssykehus sine hjemmesider: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-behandlingstjeneste-for-kjonnsinkongruens>

ressurssenter (HBRS), mente at helsetilbudet ved NBTK skulle styrkes (Helsedirektoratet, 2015, s. 136-137).

Dagens behandlingstilbud har lenge vært gjenstand for offentlig diskusjon og NBTK har fått kritikk fra brukere, interesseorganisasjoner og andre fagmiljøer (Stillingen & Espseth, 2021). I 2021 uttalte en samling av interesseorganisasjoner for skeive at personer med kjønnsinkongruens fortjener «verdige helsetilbud nå» (Oslo Pride, 2021). Sexolog og transperson Espen Esther Pirelli Benestad har hevdet at det eksisterer et «offentlig helsetilbud som er uttalt transnegativt» (Benestad, 2021). Ansatte ved NBTK og har på sin side uttrykt bekymring overfor praksisen til sexologer og andre behandlere (Wæhre & Tønseth, 2018).

### 1.3 Problemstilling

Denne rapporten har et todelt fokus: For det første analyserer vi ulike gruppers erfaringer med helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens. For det andre presenterer vi forslag til hvordan offentlige myndigheter kan styrke helsetilbudet.

Rapporten tar utgangspunkt i to forskningsspørsmål:

- ***Hvilke erfaringer med dagens helsetilbud for personer med kjønnsinkongruens finner vi hos brukere, foresatte og helsepersonell?***
- ***Hvilke ønsker og anbefalinger har brukere, organisasjoner og fagpersoner når det kommer til å styrke adgangen til helsetjenester for personer med kjønnsinkongruens?***

Med utgangspunkt i våre analyser presenterer vi noen overordnede anbefalinger for å styrke helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens, og for å sikre likeverdige helsetjenester.

I dette prosjektet bruker vi kvalitative metoder, nærmere bestemt individuelle intervjuer med brukere, foresatte og helsepersonell for å belyse disse problemstillingene. Datainnsamlingen har hatt som formål å belyse erfaringer med helsehjelp og behandling fra ulike perspektiver. Det har også blitt gjennomført et fokusgruppeintervju med representanter fra prosjektets referansegruppe. Vi beskriver erfaringer med ulike helsetilbud innenfor både primær- og spesialisthelsetjenesten, men har et hovedfokus på helsehjelp som dreier seg om kjønnsbekreftende behandling. Det er et viktig poeng i undersøkelsen å utforske utfordringer og barrierer med tjenestene på den ene siden, så vel som de erfaringene som kan kaste lys over hva god helsehjelp og likeverdige helsetjenester kan innebære. Formålet med rapporten er å bidra til et bedre helsetilbud for den aktuelle gruppen ved å gi et innblikk i erfaringer og praksiser sett fra perspektivet til brukere, foresatte, fagfolk og sivilsamfunnsorganisasjoner. Det har vært en viktig målsetning i arbeidet med rapporten å løfte frem erfaringer fra personer som til nå liten grad har fått sin stemme hørt i diskusjoner om helsetilbud for personer med kjønnsinkongruens, som barn og ikke-binære.

## 1.4 Ord og begreper for kjønn og kjønnsidentitet

Det har blitt hevdet at i norsk offentlighet har det blitt skapt et nytt ordskifte og en endring i det politiske klima når det gjelder kjønn og kjønnsidentitet etter år 2000 (Johansen, 2019; van der Ros, 2021). Samtidig er kjønn- og kjønnsidentitet spørsmål som engasjerer og skaper brytninger og kontroverser. Hellum og Sørli (2021, s. 21) karakteriserer den begrepsmessige diskusjonen om kjønn for et «språklig spenningsfelt», da det er ulike syn på så vel språk og begrepsbruk, som diagnostisering brukt i en medisinsk kontekst. Mange unge bruker språket aktivt og kreativt for å utforske nye måter å gjøre kjønn på, og har ofte et svært omfattende begrepsapparat for å beskrive kjønn (Svendsen et al., 2018).

Under viser vi til de viktigste uttrykkene for kjønn og kjønnsidentitet som vi har valgt å bruke i denne rapporten.<sup>4</sup>

**Transpersoner.** Trans er et prefiks som kan bety «på den andre siden av», og viser til personer som har en kjønnsidentitet som er forskjellig fra det kjønn som ble tillagt dem ved fødsel basert på kroppslige kjennetegn, og som står i deres fødselsattest og øvrige identitetspapirer (Lescher-Nuland & van der Ros, 2020). Transperson omfatter en mangfoldig gruppe med individer som krysser eller overskrider kulturelt definerte kjønnskategorier. Dette inkluderer personer som omtaler seg selv med begreper som for eksempel «transkvinne», «transmann», «kvinne-til-mann», «mann-til-kvinne», «person som er født i feil kropp» eller «ikke-binær» (van der Ros, 2014). Blant forskere og en rekke interesseorganisasjoner benyttes begrepet transperson brukes i dag som en samlebetegnelse for alle personer som identifiserer seg som annet kjønn enn det de ble registrert som ved fødsel. Det vil si transmenn, transkvinner og ikke-binære. **Transfobi** er fordømmer og fiendtlige holdninger rettet mot transpersoner.

**Cisperson/ciskjønn.** Cis er et latinsk prefiks som betyr «på samme side». Å være cisperson eller ciskjønn innebærer å identifisere seg med kjønn man fikk tildelt ved fødsel (Grasmo & Benestad, 2020). Begrepet er tatt i bruk som en motsats til trans-begrepene, og tydeliggjør at alle har en kjønnsidentitet. Kjønnidentitet er uavhengig av seksuell orientering og variasjon i kroppslig kjønnsutvikling. **Cis-norm** refererer til strukturer som får ciskjønn til å fremstå som ønskelig, naturlig og gitt, mens alle andre former for kjønn sees på som «annenrangs».

---

<sup>4</sup> I tillegg til de løpende referansene i tekst har vi til denne delen blant annet hentet informasjon fra disse kildene: nettsidene til Oslo Universitetssykehus om kjønnsinkongruens: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/kjonninkongruens-utredning-og-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar>, transaktivist Kristine Jentofs gjennomgang av sentrale begrep og uttrykk i en artikkel i Aftenposten: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/13Me/53-ord-og-uttrykk-som-gjoer-at-du-fikser-debatten-om-trans>, hjemmesidene til PKI <https://kjonninkongruens.no/kjonninkongruens/>, Store norske leksikons oppslag om kjønnsinkongruens, skrevet av Anne Wæhre ved OUS <https://sml.sn.no/kj%C3%B8nnsinkongruens>, Store norske leksikons oppslag om kjønnsdysfori skrevet av Reidar Jessen ved UiO <https://sml.sn.no/kj%C3%B8nnsdysfori>, rapporten *Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn* (Helsedirektoratet, 2015), Bufdirs lhbtq-ordliste: <https://ny.bufdir.no/likestilling/lhbtq-ordlista/>, og en artikkel om kjønnsnormer og forventninger, hos FRI Oslo og Viken sine hjemmesider: <https://skeivkunnskap.no/1%C3%A6ringsressurser/kjonnportalen/kjonn/1-4-kjonnnormer/>

**Kjønnsinkongruens** beskriver som nevnt innledningsvis en vedvarende opplevelse av at kjønnen en ble tildelt ved fødsel ikke samsvarer med kjønnen man selv opplever å være (Bufdir, u.å.). Personer med kjønnsinkongruens kan identifisere seg som menn, kvinner eller ha en identitet som ikke entydig passer inn i én av disse to kategoriene. Kjønnsinkongruens er både en beskrivelse av en følelse, men det er også en diagnose. Det finnes en bred og en smal definisjon av kjønnsinkongruens. Den brede definisjonen er den som brukes mest i Norge hvor man definerer alle som identifiserer seg som et annet kjønn enn de ble registrert som ved fødselen som «personer med kjønnsinkongruens». Med andre ord brukes det synonymt med samlebetegnelsen «transpersoner». I tillegg finnes det en smalere definisjon hvor man kun inkluderer personer som har diagnosen kjønnsinkongruens.

I denne rapporten benytter vi begrepene «transpersoner» og «personer med kjønnsinkongruens» om hverandre som samlebetegnelser for den gruppen rapporten omhandler.

**Kjønns mangfold** handler om å anerkjenne et mangfold av kroppslige og kjønnslige identiteter, ut over *tokjønnsmodellen*, som er en vanlig forståelse av kjønn som to motsatte og gjensidig utelukkende kategorier: «mann» og «kvinne».

**Ikke-binær** representerer en kjønnsoppfatning som innebærer at en person opplever seg selv hverken som kvinne eller som mann (Benestad, 2021b). Det å definere seg som ikke-binær kan være vanskelig fordi det bryter med cis-normen og todelingen mann/kvinne, og fremstår dermed i større grad som fremmed, annerledes og uforståelig for mange. Handlingsplanen *Trygghet, mangfold og åpenhet* (Kulturdepartementet, 2021, s. 43), trekker frem at det bl.a. er behov for å utvikle kunnskap om ikke-binære. Dette prosjektet har altså da en særskilt ambisjon om å innhente erfaringsbasert kunnskap fra denne gruppen.

Når man skal snakke om helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens, forekommer det termer som er sentrale for å kunne beskrive informantenes erfaringer. Under har vi laget en kort forklaring av noen viktige begreper som forekommer i denne rapporten:

- **Transisjon** – endringer en person går igjennom for å bedre passe deres oppfattelse av eget kjønn. Man skiller gjerne mellom medisinsk transisjon på den ene siden, og sosial transisjon på den andre. Mange personer med kjønnsinkongruens ønsker å gjennomgå medisinsk behandling for å få kroppen til å samsvare så mye som det er ønsket og i så stor grad det er mulig, med sitt opplevde kjønn.
- **Kjønnsdysfori** – viser til stresset og ubehaget ved manglende samsvar mellom tildelt kjønn og hvordan man selv og andre leser kroppens kjønnsuttrykk. Ubehaget kan være knyttet til hele eller deler av kroppen. Det er stor individuell variasjon i hvordan kjønnsdysfori utspiller seg, og det er som regel de delene av kroppen som den enkelte opplever som mest kjønne som gir det største ubehaget. Kjønnsdysfori er altså en tilstand som også må sees i lys av personens omgivelser, for eksempel kjønnsnormer, kjønnsroller og grad av åpenhet for kjønnsvariasjon.

- **Kjønnsbekreftende behandling** – refererer til behandling som bidrar til å bekrefte kjønnsidentiteten til en person. Behandlingen kan blant annet bestå av hjelpemidler (som parykk eller stemmetrening), tilskudd av kjønnshormoner eller kirurgiske inngrep (som brystoperasjon eller genitalieplastikk). For personer som opplever ubehag med manglende samsvar mellom tildelt kjønn ved fødsel og kjønnsidentitet, kan denne helsehjelpen være viktig for å øke livskvaliteten deres.
- **Pubertetsblokkere/blokkere** – pubertetsstoppende hormonbehandling, behandling med GnRH analoger som stopper puberteten.
- **Hormonbehandling** – medisinsk behandling der transmaskuline tilbys testosteronbehandling, og transfeminine tilbys østrogen- og ofte antiandrogenbehandling (testosteronblokkere).
- **Toppkirurgi/brystoperasjon** – ulike begreper som omhandler kirurgi i brystområdet, enten i form av å forstørre bryster, eller å fjerne brystvev. Toppkirurgi er et mindre kjønnnet begrep enn brystkirurgi som brukes av mange transmaskuline om fjerning eller reduksjon av brystvev. Mange transfeminine bruker til gjengjeld brystoperasjon for forstørring av bryster.
- **Genitalieplastikk** – refererer til kirurgiske inngrep på ytre og, noen ganger, indre genitalier for å endre deres utsende og funksjon. For personer med testikler kan motivasjonen også være å fjerne disse for å slippe å ha testosteronproduksjon eller gå på pubertetsblokkere. Andre begreper for dette er **genitalkirurgi** eller **nedre kirurgi/bottom surgery**. En del transmaskuline personer ønsker å fjerne sin livmor og/eller eggstokker.

## 1.5 Internasjonale standarder og retningslinjer

Mange av de helsefaglige diskusjonene knyttet til helsehjelpen for personer med kjønnsinkongruens er i dag relatert til diagnosekodene i ICD-11, Verdens helseorganisasjon (WHO) sin internasjonale klassifikasjon av diagnoser. ICD-11 ble vedtatt av WHO i 2019. Den erstatter den forrige revisjonen (ICD-10) og trådte i kraft 1. januar 2022.

I den nye diagnosemanualen ble kjønnsidentitetstematikk flyttet fra kapitlet om mental helse til kapitlet om seksuell helse. Den tidligere diagnosen *transseksualisme* ble erstattet av *kjønnsinkongruens*. Paradigmeskiftet innebærer at transpersoner ikke lenger defineres som psykisk syke, og er et uttrykk for en endring i internasjonal faglige konsensus. ICD-11 representerer en endring i medisinsk kjønnsforståelse fra en tokjønnsmodell til en mer «flytende» forståelse av kjønn, ettersom den legger seg tett opp til en faglig forståelse av kjønns mangfold (Slagstad, 2021, s. 196).

Standards of Care (SOC) er internasjonale kliniske retningslinjer for behandling av personer med kjønnsinkongruens. Retningslinjene retter seg mot behandling i primærhelsetjenesten, gynekologisk og urologisk behandling, reproduktiv helse, stemmebehandling (logoped), psykiske helsetjenester, endokrinologisk og kirurgisk behandling. Retningslinjene ble siste gang revidert i 2022 (versjon 8). Retningslinjene er utviklet av et tverrfaglig team nedsatt av the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (se Coleman et al., 2022).

## 1.6 Nasjonale faglige retningslinjer

I 2020 utarbeidet Helsedirektoratets en nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens. Den kom i kjølvannet av endringene i ICD-11 og skulle sørge for at norsk praksis var i tråd med den nye diagnosemanualen (Helsedirektoratet, 2020). I retningslinjen står det at «anerkjennelse av kjønns mangfold både i samfunnet, i helsetjenesten og hos helsepersonell er et premiss [...] for å gi forsvarlig helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens» (Helsedirektoratet, 2020, s. 4). Den legger også vekt på at man skal ivareta individuelle behov og ønsker (Helsedirektoratet, 2020, s. 24). Retningslinjene legger dessuten grunnlag for en desentralisert, differensiert, koordinert og helhetlig helsehjelp på lavest mulig omsorgsnivå. Ifølge denne nye retningslinjen er ikke psykiatrisk/psykologisk utredning en betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 24). Det slås også fast at både binære og ikke-binære skal få tilgang til behandling i tråd med individuelle behov (2020, s. 27). Retningslinjen har også en tydelig anbefaling om at kompetansen til personer som yter helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens bør styrkes på alle nivåer (Helsedirektoratet, 2020, s. 36).

Den nasjonale faglige retningslinjen anbefaler at regionale sentre for kjønnsinkongruens opprettes i hver helseregion med tilbud om utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2020, s. 18).<sup>5</sup> Aktuelle behandlingstilbud i disse sentrene er ifølge retningslinjen blant annet hormonbehandling og kirurgi på bryst, i tillegg til psykososial støtte og andre hjelpemidler. Kirurgi ved de regionale sentrene omfatter imidlertid ikke «kirurgisk behandling med konstruksjon av kjønnsorgan» (Helsedirektoratet, 2020, s. 21). Retningslinjene åpner for at hormonell behandling av voksne i hovedsak skjer i spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra fastlege, men at det kan vurderes oppstart hos f.eks. fastlege. Ifølge retningslinjene forutsetter dette kompetanse på feltet, og skal skje i samarbeid/faglig nettverk med regionale sentre (Helsedirektoratet, 2020, s. 26). Slik sett kan man si at retningslinjene åpner for at deler av det monopoliserte behandlingstilbudet som til nå har ligget til den nasjonale behandlingstjenesten skal desentraliseres (jfr. Slagstad 2021, s. 197).

## 1.7 Lov om endring av juridisk kjønn

I Norge har det vært mulig å endre juridisk kjønn siden 1979. Fram til 2016 var det et vilkår at man hadde gjennomgått kirurgisk sterilisering for å kunne endre det juridiske kjønn. Man måtte ha fått diagnosen F64.0 av den nasjonale behandlingstjenesten, da det kun var denne gruppen som fikk tilgang til steriliseringsinngrepet (Sørli, 2018). Norge var ett av flere land som hadde fått internasjonal kritikk for at vilkåret om kastrasjon for å endre juridisk kjønn (Helsedirektoratet, 2015, s. 66). I 2016 trådte Lov om endring av juridisk kjønn i kraft. Loven slår fast at alle som opplever å tilhøre det andre kjønn enn det vedkommende er registrert med i folkeregisteret har rett til å endre juridisk kjønn (§ 1). Loven stiller ingen vilkår om verken diagnose, behandling eller sterilisering. Det finnes i dag ingen andre juridiske kjønnskategorier enn mann og kvinne. Anslagsvis 500 personer endret

---

<sup>5</sup> Retningslinjene følger dermed opp anbefalingene til ekspertutvalgets flertall om organisering av helsetilbudet i *Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn* (Helsedirektoratet, 2015; se van der Ros, 2021, s. 293).

juridisk kjønn mellom 1979 og 2016. Etter at loven trådte i kraft har over 2000 personer endret juridisk kjønn (Elnæs, 2023).

## 1.8 Sentrale aktører

Under vil vi gi en kort presentasjon av NBTK, andre sentrale helseaktører og viktige interesseorganisasjoner når det gjelder helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens.

### 1.8.1 Den nasjonale behandlingstjenesten

I Norge har det eksistert et offentlig tilbud for kjønnsbekreftende behandling siden 1950-tallet. I 1979 ble det etablert et nasjonalt tilbud ved Rikshospitalet i Oslo, som i dag er en del av Oslo Universitetssykehus (OUS). Det som da het Gender Identity Disorder-klinikken (GID-klinikken) hadde siden 1950-tallet et nasjonalt ansvar for behandling for diagnosen som på den tiden ble kalt transseksualisme eller kjønnsidentitetsforstyrrelse.<sup>6</sup> Institusjonen har gjennomgått flere navneendringer og mandatet har også endret seg, men de har hele tiden hatt ansvar for utredning og behandling knyttet til to diagnoser: tidligere F64.0 transseksualisme og i dag HA60 kjønnsinkongruens. I 2017 ble det som da het Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) delt mellom Barne- og ungdomsklinikken og Nevroklinikken ved OUS. Pasienter under 18 år, både med nye henvisninger og de som allerede er under utredning og eller behandling, skal behandles av det såkalte «Teamet for kjønnsidentitetsutredninger av barn og unge» (KID-teamet).<sup>7</sup>

Pasienter som skal til behandling ved NBTK henvises først av fastlege til psykiatrisk utredning ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) eller Distriktpsikiatrisk senter (DPS). Disse henviser pasienten videre til NBTK for videre utredning. For voksne gjennomføres utredningen ved NBTK av psykologer, leger og sykepleiere. Utredningen varer gjerne et år og består av samtaler, intervjuer og at pasienten selv fyller ut spørreskjema. I utredningsperioden gjøres en såkalt «virkelighetserfaring», som innebærer at brukeren lever i tråd med sin kjønnsidentitet og endrer sosial rolle i alle livets sammenhenger. Dersom utredningen resulterer i diagnosen kjønnsinkongruens, kan man henvises videre til endokrinolog for hormonbehandling. Etter minimum ett år med hormonbehandling, kan man vurderes for kirurgisk behandling. De siste årene har behandlingen hos NBTK inkludert pubertetsblokkere, feminiserende eller maskuliserende hormonbehandling, testosteronblokkere, brystfjerning eller brystforstørring, fjerning av eggstokker og livmor, konstruksjon av neopenis og konstruksjon av neovagina. Personer med ikke-binær kjønnsidentitet får ikke tilbud om kjønnsbekreftende behandling ved NBTK.<sup>8</sup> Dersom NBTK

---

<sup>6</sup> Se Sandhal (2021) for en historisk gjennomgang av etableringen av praksis for kjønnsbekreftende behandling i Norge i perioden 1952-1979. Se også Johansen (2019, s. 192-195) for en oversikt over det transpolitiske feltet i samme periode.

<sup>7</sup> Se informasjon på NBTK sine nettsider: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-behandlingstjeneste-for-kjonninkongruens>.

<sup>8</sup> Se informasjon på NBTK sine nettsider: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/documents/utrednings-%20og-%20behandlingstilbud%20i%20norge%20for%20pasienter%20over%2018%20%C3%A5r%20med%20kj%C3%B8nnsinkongruens.pdf>. tilbys ikke kjønnsbekreftende behandling til personer med ikke- binær kjønnsidentitet v. Se også intervju med ansatt ved NBTK på nrk.no: <https://www.nrk.no/trondelag/mina-far-ikke-kjonninkongruens-behandling-pa-oslo-universitetssykehus-1.15807893>



ikke stiller diagnosen kjønnsinkongruens eller av andre grunner ikke tilbyr hormonell og/eller kirurgisk behandling, avbrytes behandlingsløpet. Pasienter kan likevel henvises på ny ved en senere anledning. For barn består utredningsteamet ved NBTK av barne- og ungdomspsykiatri, psykologspesialister, og barnelege. Også for barn består utredningen av samtaler, intervjuer og utfylling av spørreskjema. Her kan utredningen ta lengre tid enn et år. Diagnosen kjønnsinkongruens stilles ikke før fylte 16 år, og først da kan man starte på hormonbehandling.<sup>9</sup>

## 1.8.2 Regionale sentre

Regionalt senter for kjønnsinkongruens (RSKi) ble etablert ved Sykehuset i Vestfold i 2020. Det skal være et utrednings-, behandlings-, og oppfølgingstilbud for personer over 18 år som opplever kjønnsinkongruens, og retter seg også mot personer som definerer seg som ikke-binære.<sup>10</sup> Det regionale tiltaket tilbyr i dag støttesamtaler og bistår i å skaffe hjelpemidler. De har ikke mulighet til å tilby medisinsk behandling. RSKi tilbyr regional lavterskel helsehjelp nær pasienten med mulighet for tettere oppfølging enn ved NBTK. Fra 2022 er RSKi en permanent del av behandlingstilbudet ved Helse Sør-Øst (Hansen et al., 2022). Det regionale senteret gir ikke-binære samtaler og hjelpemidler. I løpet av 2023 skal tilsvarende sentre opprettes i RHF Midt, Nord og Vest.

## 1.8.3 Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo (HKS)

Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS) i Oslo er et tilbud for alle mennesker i Oslo mellom 0 og 30 år. Helsestasjonen har eksistert i 20 år og består av et tverrfaglig team hvor alle faggrupper har en formalisert videreutdanning i sexologi fra Universitetet i Agder. Teamet har spesialkompetanse på kjønn og seksualitetsmangfold, herunder helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. De tilbyr kjønnsbekreftende støtte og behandling til både binære og ikke-binære, og kan ved behov henvise videre. De administrerer den nasjonale chattetjenesten [ichatten.no](https://ichatten.no) og driver kompetanseheving ut mot 1. og 2. linjetjenesten. De har i samarbeid med Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) og FRI Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold utarbeidet et undervisningsopplegg for fastleger på den digitale plattformen til SKIL.<sup>11</sup> Helsestasjonen har også markert seg i det offentlige ordskiftet for eksempel ved å påpeke at kravet om psykiatrisk kartlegging før medisinsk behandling som praktiseres av den nasjonale behandlingstjenesten er i strid med WHO's ICD-11 og den nasjonale faglige retningslinjen (Lilleeng, 2022).

## 1.8.4 Interesseorganisasjonene

Transpersoner har organisert seg på ulike måter og med ulike samarbeidspartnere (se Johansen 2019, s. 196). På den ene siden har transpersoner vært organisert i skive

---

<sup>9</sup> <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/kjonnsinkongruens-utredning-og-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar>

<sup>10</sup> <https://www.siv.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/dps-vestfold/regionalt-senter-for-kjonnsinkongruens#les-mer-om-regionalt-senter-for-kjonnsinkongruens>

<sup>11</sup> Se informasjon på helsestasjonens egne nettsider: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/helsestasjon-og-vaksine/helsestasjon-for-ungdom-hfu/helsestasjon-for-kjonn-og-seksualitet-hks/#gref>

organisasjoner som FRI – foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold og Skeiv Ungdom. På den andre siden har man rene transorganisasjoner som Foreningen for transpersoner i Norge (FTPN). FTPN ble grunnlagt i 1966, og er i dag en interesseorganisasjon for transpersoner uavhengig av seksuell orientering og kjønnsidentitet.<sup>12</sup> I tillegg har man Harry Benjamin ressurscenter (HBRS) og Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) som er bruker- og pasientorganisasjoner for personer med kjønnsinkongruens.

HBRS ble etablert i 2000 og definerer seg i dag som en landsdekkende pasient- og brukerorganisasjon for personer og pårørende til personer som opplever kjønnsdysfori, kjønnsinkongruens og kjønnsidentitetsutfordringer.<sup>13</sup> Støtten til behandlingstilbudet ved NBTK fra HBRS sin side, har eksistert i en årrekke og har gjort seg gjeldende helt frem til i dag (se f.eks. Bjerkeli & Hansen, 2021).<sup>14</sup> PKI ble opprettet i 2018 og er i dag den største pasientorganisasjonen. PKI skriver i sin politiske plattform at de ønsker en «omorganisering av det nåværende helsetilbudet» for personer med kjønnsinkongruens.<sup>15</sup> Det er skillelinjer og brytninger blant organisasjonene som handler om politiske mål og språk, så vel som forståelser av kjønn og av kjønnsidentitet (se van der Ros, 2021).

## 1.9 Tillit

Et sentralt begrep for denne rapporten er tillit. Sosialmedisineren Per Fugelli (2011) har karakterisert tillitt som selve helsetjenestens «grunnstoff». Tillit kan defineres som «det å overlate noe av verdi til en annen person eller institusjon». Tillit kan også forstås som «noe mer udefinert og emosjonelt, en opplevelse av at andre mennesker eller institusjoner er betryggende å ha med å gjøre eller ikke».<sup>16</sup> Helsepersonell er avhengig av andres tillit for å utøve sitt yrke. Tillit kan slik sett også forstås som det å handle overfor noen med få, eller et fravær av, forholdsregler. Samtidig kan tillit forstås som en holdning, oppfatning eller forventning som dannes før en aktør setter i gang i tillitsbasert handling (Gulbrandsen, 2019). Når man snakker om tillitsbaserte handlinger refereres det gjerne til en *tillitsgiver* – den som gir tilliten til noen (her: pasient) og en *tillitsmottaker* – den som tar imot den andres tillit (her: helsepersonell). Tillitt henger sammen med makt og sårbarhet fordi vi ofte befinner oss i «andres varetekt», uten at vi selv har bestemt dette (Grimen, 2009, s. 20). En tillitsgiver er objektivt sårbar for «én persons tillit kan potensielt bli en annens maktbase» (Kjølsrød, 2010). Tillit er et relasjonelt fenomen der det forekommer usikkerhet om fremtiden, men også risiko for tap, og sårbarhet (Gulbrandsen, 2019).

## 1.10 Disposisjon for rapporten

I kapittel 2 vil vi ta for oss metodiske og etiske problemstillinger i prosjektet, i tillegg til å beskrive rekrutteringsprosessen og sammensetningen av forsker- og prosjektgruppen.

---

<sup>12</sup> <https://ftpn.forening247.no/Historie/>

<sup>13</sup> <https://www.hbrs.no/om-hbrs/>

<sup>14</sup> HBRS ble grunnlagt i forbindelse med en annonsert nedleggelse av GID-klinikken i 1999, som skapte engasjement blant pasientgruppen og alliert helsepersonell, og organiserte seg for å beholde behandlingstilbudet. Se: [https://sml.snl.no/Harry\\_Benjamin\\_Ressurscenter](https://sml.snl.no/Harry_Benjamin_Ressurscenter)

<sup>15</sup> <https://kjonnsinkongruens.no/om-oss/politisk-plattform/>

<sup>16</sup> Se <https://snl.no/tillit>

Kapittel 3 tar for seg tidligere forskning og viser til norsk og svensk levkårsforskning på transpersoner, og særlig også til nordiske og internasjonale kvalitative studier som gir relevante perspektiver når det gjelder helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens. Kapittel 4 løfter frem ulike ønsker og behov for helsehjelp og kjønnsbekreftende behandling med utgangspunkt i brukeres erfaringer. I kapittel 5 går vi inn i erfaringene som brukere og foresatte har i møter med helsepersonell. Kapittel 6 beskriver normer, forståelsesrammer og sosiale faktorer som kan påvirke brukeres og foresattes møter med helsepersonell, og tilgangen til helsetjenester. I kapittel 7 undersøker vi muligheter og barrierer på tjeneste- og systemnivå, og ser på strukturelle og organisatoriske rammer når det gjelder helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens. Kapittel 8 kommer med avsluttende betraktninger og konklusjon, mens kapittel 9 inneholder rapportens anbefalinger.

## 2 Metodiske og etiske refleksjoner

### 2.1 Kvalitativ metode

Et kvalitativt design som vi anvender i denne rapporten, egner seg godt til å innhente erfaringsbasert kunnskap. Sentralt i en kvalitativ tilnærming er forskerens nærhet til individet og feltet man studerer, men det handler også om å finne en balanse mellom nærhet og distanse til den aktuelle empirien, som blir etablert gjennom en systematisk analytisk prosess. En kvalitativ undersøkelse er hensiktsmessig om man ønsker å få frem brukernes stemmer og erfaringer, og gi en utfyllende forståelse av en bestemt situasjon, noe som er sentralt i dette prosjektet. Kvalitative data kan også være nyttige for å beskrive utfordringer til undersøkelsens målgruppe (Alver & Øyen; Tyldum, 2018).

### 2.2 Interseksjonalitet i prosjektet

Interseksjonalitet er en teoretisk-metodologisk inngang, og et analytisk verktøy som hjelper oss å se hvordan forskjellige maktrelasjoner spiller sammen i bestemte kontekster. Interseksjonalitetsperspektiver oppfordrer oss til å utforske forskjellige sosiale kategorier, og måten disse virker på, både i den enkeltes liv og strukturelt. Når vi ser nærmere på disse virkningene kan vi si noe om hvordan privilegier og undertrykking tar form, og hvordan maktstrukturer spiller inn på forskjellige måter i folk sine liv (Stubberud, 2015). Interseksjonalitet kan hjelpe oss å se sosial marginalisering som en kontekstualisert prosess. Ved å analysere hvilke sosiale kategorier som til enhver tid er eller blir viktige, kan vi si noe om hvordan marginalisering skjer, uten at vi trenger å låse fast den eller de som rammes i identitetspolitiske kategorier. I dette prosjektet har interseksjonalitet som teoretisk-metodologisk perspektiv først og fremst betydning når det kommer til det å være bevisst på en mangfoldig rekruttering av informanter i prosjektet. Interseksjonell teori er også et viktig bakteppe og perspektiv når det gjelder spørsmål om forskjellsskapende dimensjoner som vi viser til i kapittel 6.

### 2.3 Personvern og etikk

Prosjektet er godkjent av Sikt, prosjektnummer 105247. Vi vurderte om prosjektet krevde godkjenning fra REK - Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, men formålet med prosjektet utløser ikke slik meldeplikt.

Etttersom vi har samlet inn personidentifiserende informasjon og sensitive opplysninger, har forsvarlig datalagring og anonymisering vært viktig i forskningsprosessen. Av forskningsetiske hensyn har det vært nødvendig å gi relativt lite informasjon om utvalget, ettersom tematikken som beskrives i denne rapporten, ville kunne medføre at enkeltpersoner kan identifiseres.

Alle historiene og sitatene som gjengis i rapporten er anonymisert. I en del tilfeller har vi fjernet bakgrunnsopplysninger. Av anonymitetsgrunner oppgir vi ikke informantens alder

eller bosted. Vi oppgir heller ikke hvilket intervjunummer det siteres fra, for å unngå at man kan identifisere en deltaker ved å sette sammen flere sitater fra samme person. Mer sammenhengende gjengivelser av informantenes fortellinger kunne gitt leseren et bedre innblikk i dere erfaringer. For denne rapportens formål er det imidlertid deres erfaringer med helsetilbudet som står sentralt. Når det gjelder intervjuene med helsepersonell har vi etter samtykke fra de aktuelle informantene i to tilfeller angitt hvilken institusjon de representerer.

I dette prosjektet har vi intervjuet barn, noe som byr på særskilte etiske utfordringer. For det første kan det handle om å være seg bevisst hvordan maktasymmetrier kan aktiveres på særskilte måter mellom voksne forskere og unge informanter. For det andre er det en utfordring å utforme forskningsdesign som gir god tilgang til og kvalitet på data om barn og ungdoms erfaringer og perspektiver (Hagen & Lyng, 2019). I dette prosjektet har det vært viktig for oss å bygge tillit og trygget gjennom disse intervjuene. Vi har også vært særlig opptatt av å møte disse informantene med respekt, kunnskap og forståelse for deres situasjon, lytte til dem og å forsøke å skape en tillitsfull relasjon. I de tilfellene der vi har intervjuet barn under 16 år, har vi innhentet samtykke fra foresatte.

## 2.4 Forskergruppen

Forskergruppen i dette prosjektet representerer ulike faglige ståsteder, posisjoner og institusjoner. Rapportens hovedforfattere er Fredrik Langeland (Nordlandsforskning), Marianne Gulli (likestillingssenteret KUN), og Birgitte Rigrup-Lindeman (Nordlandsforskning). Rapportens hovedforfattere har vært med på alle stadier av prosjektprosessen. Kjønnsviter og transaktivist Luca Dalen Espseth har også bidratt inn i prosjektet med utgangspunkt i sin faglige erfaring på feltet.<sup>17</sup> Gjennom prosjektperioden har vi også vært i dialog med en utvidet faggruppe som på forskjellig vis har bidratt faglig i prosessen, her har Helga Eggebø (Nordlandsforskning), Elisabeth Stubberud (NTNU), Tilde Østborg (UiS) og Bjørg Eva Skogøy (Nordlandsforskning), bidratt med analyse, nettverksbygging og kvalitetssikring. At prosjektet har forankring i en bredt sammensatt faggruppe har vært viktig både for å sikre tillit og legitimitet i feltet med hensyn til rekruttering, i tillegg til å legge til rette for faglige diskusjoner og meningsbrytninger innad i prosjektet. I forskningsprosjekter som innebærer samarbeid med forskjellige typer aktører, blir det også spesielt viktig å praktisere godt forskningsetisk skjønn underveis som en integrert del av forskningsprosessen (jfr. Askheim et al., 2019). Derfor har vi i dette prosjektet vært særlig opptatt av å forankre arbeidet i forskergruppen gjennom alle stadier i dette prosjektet.

## 2.5 Rekruttering og referansegruppe

Informantene er rekruttert via interesseorganisasjoner/pasientorganisasjoner og kompetansemiljøer. Vi har henvendt oss til følgende aktører i rekrutteringsprosessen: FRI

---

<sup>17</sup> Fredrik Langeland har gjennomført 11 av de individuelle intervjuene i dette prosjektet samt fokusgruppeintervjuet, Luca Espseth har gjennomført 8 av de individuelle intervjuene, mens Birgitte Rigrup-Lindeman har gjennomført 5 av de individuelle intervjuene. Marianne Gulli har ikke gjennomført noen av de individuelle intervjuene, men deltok på fokusgruppeintervjuet.

foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Skeiv ungdom, Skeiv verden, Salam, PKI, FTPN, Garmeres, HBRS, NBTK, HKS og Sex og samfunn. Forskergruppen og prosjektgruppen har også en bred kontaktflate inn mot sentrale organisasjoner på feltet, noe som har gitt oss god hjelp og støtte i rekrutteringsarbeidet. I rekrutteringsprosessen ble informasjonskriv om prosjektet viderefremmet av de ulike aktørene for å nå ut til potensielle informanter. Det ble også formidlet informasjon om prosjektet via sosiale medier.

Bredden blant aktører som har bistått i rekrutteringen har sikret oss en tilgang til informanter med tilknytning til forskjellige miljøer på feltet. Samtidig har kanskje prosjektets profil og sammensetning av forsker- og faggruppe, også påvirket hvilke informanter som har tatt kontakt med oss.

At vi har rekruttert på denne måten, og fått tilgang til informanter som representerer forskjellige erfaringer og ståsteder, anser vi som en styrke og gir en inngang til å beskrive feltet fra ulike vinkler og ståsteder.

I prosjektet valgte vi å rekruttere helsepersonell som har direkte erfaring med helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens. Helsepersonellet som er intervjuet er rekruttert via referansegruppen og forskergruppens eget nettverk. Vi har intervjuet helsepersonell både fra primærhelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet har involvert en referansegruppe som har bestått av FRI foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Skeiv ungdom, Skeiv verden, Salam, PKI, FTPN, Garmeres, HKS og Sex og samfunn.<sup>18</sup>

## 2.6 Utvalg

Resultatene vi presenterer i rapporten er basert på analyser av 24 dybdeintervjuer.<sup>19</sup> Vi har intervjuet 14 brukere, 5 foresatte, og 5 helsepersonell. Ettersom vi har intervjuet flest brukere, er det også intervjuene med brukerne som vi har viet mest plass i rapporten. Brukerne er bosatt på det sentrale østlandsområdet, i Trøndelag og på Vestlandet. Tre av brukerne har innvandrerbakgrunn. Fire av brukerne har ADHD eller bipolare lidelser. En har rusproblematikk. De har et aldersspenn fra 14-49 år. 4 av brukerne vi har intervjuet er under 18 år, en er 18 år, og 4 er i tyveårene. 5 av brukerne definerer seg som enten ikke-binære, gender-queer eller genderfluid. De har også ulike seksuelle orienteringer: heterofil, lesbisk, biseksuell, panfil, og skeiv.

Vi har rekruttert flere brukere enn det som ble med i det endelige utvalget, her har vi blant annet prioritert på bakgrunn av kjønn, bosted, alder, etnisitet og organisasjonstilknytning

---

<sup>18</sup> HBRS var med i referansegruppen, frem til de trakk seg våren 2023.

<sup>19</sup> Vi har gjennomført i alt 25 intervjuer. Ett av telefonintervjuene vi gjennomførte med en av brukerne på telefon ble kort, og at vi valgte da å ikke inkludere det i det endelige utvalget.

der det er relevant, for å sikre at vi skulle få inn personer med ulik bakgrunn og forskjellige erfaringer.

Når det gjelder barn og foresatte har vi i enkelte tilfeller både intervjuet barn og foresatte fra samme familie, og i andre tilfeller har vi intervjuet barn uten foresatte, og foresatte uten å intervjuet barn. Helsepersonell representerer ulike deler av helsetjenesten: både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Alle vi har intervjuet har bred erfaring med behandling av pasienter som har kjønnsinkongruens.

## 2.7 Datainnsamling

### 2.7.1 Individuelle intervjuer

Hovedkilden til dataene i prosjektet er de kvalitative intervjuene, og i dette prosjektet har vi brukt kvalitative halvstrukturerte intervjuer som metode. De fleste intervjuene ble gjennomført digitalt. Det har blant annet sammenheng med at de ble gjennomført i en periode med koronarestriksjoner. Tre av medlemmene i forskergruppen har deltatt i datainnsamlingen og underveis har vi delt erfaringer og problemstillinger som har oppstått i intervjusituasjonen. Vi har gjennom flere anledninger satt ord på hvordan de ulike intervjusituasjonene ble opplevd av intervjuerne, og hvilke utfordringer den enkelte har hatt i de konkrete intervjusituasjonene. Det kunne handle om en usikkerhet rundt maktposisjoner som forskere, kunnskap om språk og begreper knyttet til dette feltet, og balansen mellom tillitt og analytisk distanse. Det har vært viktig å få frem disse refleksjonene som en del det å jobbe med materialet som en aktiv prosess gjennom hele prosjektperioden.

Intervjuene varte mellom 1 og 2 timer. Alle intervjuene er transkribert i sin helhet. Sitatene som gjengis i rapporten, er redigert for å få fram meningsinnhold og øke lesbarheten. For å sikre at informantene blir gjengitt korrekt, har vi innhentet sitatgodkjenning på de lange uthevede sitatene i rapporten i de tilfellene der informantene ønsket dette.

I de kvalitative intervjuene fokuserte vi på fire hovedtemaer som vi bygde intervjuguidene rundt: *a) forståelser av kjønn og av kjønnsmangfold, b) erfaringer fra helsehjelp og behandling, c) erfaringer fra og/eller synspunkter på implementeringen av ICD-11, d) anbefalinger for å styrke helsetilbudet.* Intervjuguidene starter med et åpent innledende spørsmål med oppfølgingsspørsmål. Vår tilnærming til intervjuguidene har visse fellestrekk med Asklöv et al. (2021), som i en studie av transmaskulines opplevelser med helsevesenet i en svensk kontekst også har et åpent hovedspørsmål, og et oppfølgingsspørsmål der informantene gis anledning til å utdype sine erfaringer.<sup>20</sup> Når det gjelder intervjuene med helsepersonell la vi i tillegg inn spørsmål om kunnskap og kompetanse.

---

<sup>20</sup> Slik lyder spørsmålene i den svenske studien: «Please, tell us about your experiences of health care encounters. Follow-up questions were formulated on answers-narratives given, for example, Could you describe that situation? What happened then?» (Asklöv et al., 2021, s. 327).

## 2.7.2 Fokusgruppe (Workshop)

Vi har også gjennomført ett fokusgruppeintervju der 6 aktører fra prosjektets referansegruppe deltok. Fokusgruppeintervjuer er godt egnet til å få fram komplekse fenomen som diskusjoner og ulike synspunkter på identitetskategorier, så vel som utfordringer og ressurser knyttet til det å tilhøre en eller flere minoriteter. Fokusgruppen var organisert som en workshop i tre deler ledet av Fredrik Langeland og Marianne Gulli. Først ble deltakerne bedt om å skrive ned alle ord de kunne komme på for kjønn og seksuell orientering på post-it lapper og henge dem opp på veggen. Deretter valgte hver deltaker ut 2-3 lapper som de ønsket å diskutere nærmere.<sup>21</sup> Denne måten å organisere workshopen på, har forskergruppen tidligere prøvd ut i arbeidet med rapportene *Interkjønn og variasjon i kroppslig kjønnsutvikling* (Langeland, 2021), og *Skeive livsløp* (Eggebo et al., 2019). I neste sesjon ble det gjennomført en gruppesamtale om organiseringen av helsetilbudet i Norge, mens tredje sesjon omhandlet råd og innspill til tjenester og politikere. I denne siste delen ble deltakerne bedt om å skrive et brev til en tenkt person, om hva det er mest sentralt å fokusere på når det gjelder helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens. Fokusgruppeintervjuene ble ikke transkribert, men det ble gjort detaljerte notater av de ulike sesjonene.

## 2.8 Analyse og kvalitetssikring

Etter at alt datamaterialet var samlet inn arrangerte vi en analyseworkshop hvor vi benyttet «Kollektiv kvalitativ analyse» (Eggebo, 2020). Metoden har fire trinn: 1) Felles gjennomgang av datamaterialet, 2) temakartlegging 3) temagruppering, og 4) disposisjon og arbeidsplan. Første steg i prosessen var å gå gjennom et sammendrag av hvert av disse intervjuene. Da vi hadde gått gjennom disse, var neste trinn en tematisk analyse på tvers av materialet. Først kartla vi alle de ulike temaene vi kunne lese ut av materialet og skrev ned tema og underpunkt på store ark. Neste trinn i prosessen var å gruppere disse temaarkene etter hvilke temaer som var mest relatert til hverandre. Videre diskuterte vi hvordan de kartlagte temaene belyser problemstillingene som vi i samarbeid med oppdragsgiver har valgt å vektlegge i dette prosjektet. Til slutt i prosessen utarbeidet vi en disposisjon og diskuterte oss fram til aktuelle tema og innretninger på rapporten. Som Tjora (2017, s. 251) har pekt på, kan det å analysere i fellesskap styrke kvaliteten i analysearbeidet. De ulike delene som vi presenterer i analysekapitlene 4-7 representerer hovedtemaer som ble utledet fra dette analysearbeidet.

Det videre arbeidet med analyse er gjort som en del av skriveprosessen. Førsteforfatter og andreforfatter har skrevet mesteparten av rapporten. Det er førsteforfatter som har tatt de endelige avgjørelsene i prosjektet med utgangspunkt i de ulike innspillene vi har fått underveis. Tredjeforfatter har i stor grad deltatt i analysearbeidet i form av tekstbidrag, jevnlig faglige samtaler og kommentarer til teksten. Forsker- og prosjektgruppen har kvalitetssikret arbeidet med rapporten underveis i flere faser, og har hatt løpende diskusjoner om etiske spørsmål og andre problemstillinger med betydning for rapporten.

---

<sup>21</sup> Stine H. Bang Svendsen, Elisabeth Stubberud og Elise F. Djupedal utviklet metoden i forbindelse med en workshop hvor formålet var å legge til rette for diskusjoner og refleksjoner rundt kjønn og seksualitet, med plass til både teoretisk, aktivistisk og erfaringsbasert kunnskap. Se også Svendsen et al. (2018)



Forskernes blikk på datamaterialet har vært rettet mot informantenes gjengivelser av personlige og faglige erfaringer. Informantenes tilbakemelding på sitatbruken og referansegruppas tilbakemeldinger på rapporten har også vært en del av kvalitetssikringsarbeidet. Vi har også lagt til rette for å få innspill fra referansegruppen på rapportutkast som en del av arbeidet med kvalitetssikring av rapporten. I tillegg har Nordlandsforskning – som ansvarlig utgiver av publikasjonen – foretatt en kvalitetsvurdering i tråd med organisasjonens interne rutiner. Når dette er sagt, det er forfatterne som står ansvarlig for fremgangsmåter, analyser, vurderinger og konklusjoner.

## 3 Tidligere forskning

I dette kapitlet redegjør vi for relevant tidligere forskning og kunnskap når det gjelder helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens. Vi skal trekke på norsk og svensk levekårsdata om transpersoners helse, samt norsk, nordisk og internasjonal forskning omkring brukere, foresatte og helsepersonells erfaringer med helsetjenester for personer med kjønnsinkongruens.

### 3.1 Forskning fra Norge

Levekårsundersøkelsen *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår* fra 2020 (Anderssen et al., 2021), viser at transpersoner skårer lavere enn andre når det gjelder blant annet psykisk helse og tilfredshet med livet.<sup>22</sup> Over halvparten av transpersonene er vesentlig plaget av angst og depresjon. Halvparten rapporterte om redusert arbeidsevne på grunn av psykiske helseplager. 1 av 3 har forsøkt å ta livet sitt. Transpersoner rapporterte om lavere tilfredshet med livet og mer ensomhet enn cispersoner. Flere opplever ensomhet og har tenkt på eller forsøkt selvmord. 1 av 4 transpersoner sier at de har blitt utsatt for trusler om vold, og rundt 1 av 3 har opplevd seksuelle overgrep. Mange forteller at det å ikke kunne leve i tråd med kjønnsidentitet, fører til dårlig livskvalitet og at det går ut over den psykiske helsen. Samtidig som binære og ikke-binære transpersoner rapporterte om tydelige levekårsutfordringer, viser levekårsundersøkelsen også uttrykk for både stolthet, støtte og høy grad av deltakelse i organisasjonsliv. Flertallet var fornøyd med sin grad av åpenhet, og over 60% opplevde sin kjønnsidentitet som berikende. Over 70% hadde opplevd å bli personlig støttet eller forsvart som transperson på arbeidsplass eller studiested. Det var også vanligere for trans- enn cispersoner å ha funksjonsnedsettelse. En stor andel ikke-binære transpersoner rapporterte om nedsatt funksjonsevne av psykisk art. Både blant binære og ikke-binære transpersoner hadde flere vært sykmeldt enn cispersoner, og binære transpersoner skiller seg ut som gruppen hvor størst andel har hatt langvarig sykemelding.

Rapporten *Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn* (Helsedirektoratet, 2015), som ble skrevet av en ekspertgruppe nedsatt av Helse og omsorgsdepartementet, legger vekt på at det er en rekke mangler og utfordringer i dagens helsetilbud til transpersoner, og at mange ikke får den hjelpen de har behov for og ønsker seg. Rapporten har også et fokus på at det er et stort behov for økt kompetanse i alle deler av helsetjenesten for å sikre at transpersoner får faglig forsvarlig helsehjelp, og at gruppen blir møtt med forståelse og respekt.

I en norsk kontekst er gjort kvalitative studier som viser hvilke utfordringer transpersoner opplever, både i og utenfor helsevesenet. I artikkelen «Norske kvinners opplevelser av kjønnsbekreftende behandling», viser Vigdis Moen (2019) hvordan personer med kjønnsinkongruens opplever å bli møtt av helsepersonell i Norge. Artikkelen baserer seg på kvalitative intervjuer seks norske voksne transkvinner. Fire av informantene var eller hadde vært til behandling hos NBTK. Et fellestrekk er opplevelsen av manglende kunnskap,

---

<sup>22</sup> I gjengivelsen av informasjon omkring norsk og svensk levekårsdata omkring transpersoner og helse, har vi blant sett til kunnskapsgjennomgangen på Bufdir sine nettsider: [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/lhbtq/Helse/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtq/Helse/)

interesse og forståelse hos fastleger og terapeuter. Blant informantene som har hatt kontakt med NBTk, er utredningsfasen den mest belastende. Artikkelen viser at deltakerne på ulike måter har følt avmakt både knyttet til kjønnsidentitetsutfordringer og behandling.

Rapporten *Alskens folk* (2014) bygger på tre fokusgruppesamtaler med i alt 19 transpersoner. Den legger blant annet vekt på at kompetansen blant helsepersonell er utilstrekkelig, og at brukere har manglende tillit til helsetilbudet for transpersoner. Behovene varierer fra veiledning for å håndtere kjønnsidentitetstematikk, til ulike typer kjønnsbekreftende behandling, som kirurgiske inngrep og/eller hormonbehandling. Mange ønsker å passere i sin kjønnsidentitet uten omfattende inngrep, behovene kan handle om proteser, hårfjerning, stemmetrening mm. En viktig tilbakemelding fra informantene er kravet om transrelaterte helsetilbud som er differensierte og tilfredsstillende for de mange ulike personer med kjønnsidentitetstematikk.

Rapporten *Maskulinitetsnormer – en trussel for transmenns helse?* (Reform, 2020), viser at transmenn har negative erfaringer i møte med helsevesenet, og derfor mangler tillit til helsepersonell. Med utgangspunkt i to fokusgruppeintervjuer med 10 transmenn trekker rapporten frem at begrenset tillit er tett forbundet med at flere hadde opplevd manglende kunnskap hos helsepersonell når det gjaldt kjønn og kjønnsidentitet. I rapporten *Levekår blant skeive med innvandrerbakgrunn* (Eggebo et al., 2018) kommer det frem at de som opplevde å ha bruk for kjønnsbekreftende behandling fortalte om manglende eller utilfredsstillende tilbud. Rapporten *Åpne rom, lukkede rom* (Elgvin et al., 2014) viser at transpersoner med innvandrerbakgrunn opplever større problemer med åpenhet, og sterkere negative sanksjoner enn lhb-personer.

I avhandlingen *Inside out and outside in: Towards a clinical and dialectical model of gender dysphoria amongst transgender and gender non-conforming youth* (Jessen, 2021), analyserer psykolog Reidar Jessen subjektive opplevelser av kjønnsdysfori ved å syntetisere 12 kvalitative studier, og gjennomføre dybdeintervjuer med 15 ungdommer som er henvist til kjønnsbekreftende behandling. Resultatene indikerer at kjønnsdysfori er relatert til seksualitet, kroppslige fornemmelser, relasjoner til andre mennesker og sosiale normer, prosessen med å komme ut og en pågående forhandling om kjønn i hverdagen. Resultatene tyder på at deltakerne sliter med å forene motstridende blikk på seg selv utenfra med blikkene på seg selv fra innsiden. Avhandlingen legger vekt på å forstå kjønnsdysfori som et sammensatt og individuelt fenomen som må forhandles i ulike sammenhenger.

Den tverrfaglige antologien *Frihet, likhet og mangfold. Kjønnsidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst* (Hellum & Sørli, 2021), trekker på forskning med et helseperspektiv, et juridisk perspektiv, og et samfunnsvitenskapelig perspektiv. Den undersøker blant annet etableringen av praksis for kjønnsbekreftende behandling i Norge, diagnoser som viktige kamparenaer i moderne samfunn, det medisinske helsetilbudet for barn og unge som opplever kjønnsinkongruens og organiseringen av og innholdet i behandlingstilbudet til transpersoner.

Flere aktuelle masteroppgaver har også blitt skrevet de siste årene, deriblant en kvalitativ studie av transkjønnede barn og unge mellom 12-22 år, hvor fokuset lå på deres møte med helsevesenet og tilgang på kjønnsbekreftende behandling i Norge (Jentoft, 2019), en kvalitativ studie av det kjønnede rammeverket knyttet til transmaskuline individers graviditet (Jacobsen, 2022), og en kvantitativ studie av unge transpersoners erfaringer og ønsker i møte med helsepersonell (Grimm, 2022).

## 3.2 Forskning fra Sverige og Danmark

I Sverige har Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2015) gjennomført en undersøkelse om helse blant transpersoner. Undersøkelsen fant at halvparten oppga å ha god helse, mens rundt 20 % oppga å ha dårlig helse. 36 % svarte at de minst en gang i løpet av de siste 12 måneder har vurdert å ta sitt eget liv. Annen forskning fra Sverige viser også at transpersoner har betydelig høyere risiko for dødelighet, selvmordsatferd og psykiatrisk sykkelighet enn befolkningen for øvrig. En svensk studie har gjennomgått de som har gjennomført kjønnsbekreftende behandling i perioden 1960-2010. Her fant man at 15 personer (5 menn og 10 kvinner) av 681 som hadde gjennomført kjønnsbekreftende behandling, søkte om å gå tilbake til det kjønn de ble tildelt ved fødsel. Dette utgjør ca. 2% av de som hadde gjennomført kjønnsbekreftende behandling (Dhejne et al., 2014). Samtidig blir det lagt vekt på at det er viktig med omsorg og støtte i etterkant av kjønnsbekreftende behandling (Dhejne et al., 2011).

En kvalitativ studie fra 2021 (Carlström et al., 2021), som tar utgangspunkt i skriftlige egenrapporteringer av binære og ikke-binære over 18 år, setter søkelys på anerkjennelse av transpersoners sårbarhet i møte med helsetjenesten.<sup>23</sup> Studien viser et ønske blant transpersonene om å bli møtt med respekt av helsepersonell. Dette omfatter temaene: «aksept for den jeg er», «å behandle meg i henhold til mine behov» og «å møte meg med kompetanse». Artikkelen legger vekt på at helsepersonell kan bidra til å styrke pasientenes tillit til helsevesenet ved blant annet å akseptere transpersoners identitet, å fokusere på deres behov for helsehjelp, samtidig som man har innsikt i deres livssituasjon. Asklöv et al. (2021) viser gjennom en kvalitativ studie av svenske transmaskuline personer, at et positivt møte mellom transpersoner og helsepersonell er karakterisert av respekt, ivaretagelse av integritet, medbestemmelse og åpenhet overfor kjønnsvariasjon. Studien viser hvordan det enten positive eller negative møtet har avgjørende betydning for transpersonenes opplevelse av helsehjelp. Den viser at møtet med helsepersonell har en negativ effekt, dersom helsepersonell viser manglende kunnskap eller uttrykker kjønnsstereotypiske holdninger.

Carroll-Beight & Larsson (2018) har gjort en kvalitativ studie med i 11 transpersoner som er under transisjon i Sverige. Artikkelen gir dybdeforståelse av transpersoners behov for psykisk helsevern og forventninger gjennom ulike transisjonsstadier. Artikkelen tegner et bilde av en

---

<sup>23</sup> Denne studien og de resterende enkeltstudiene vi viser til i dette kapitlet, er hentet fra et innledende litteratursøk i dette prosjektet der vi særlig identifiserte aktuelle kvalitative studier som gav innsikt i møte mellom brukere og helsepersonell. Søket identifiserte relevante fagfelleverderte studier publisert i tidsskrifter, som gav innsikt i erfaringer fra prosjektets tre deltakergrupper: brukere, foresatte og helsepersonell.

helsetjeneste som definerer og reproducerer kjønnskategorier på basis av hegemoniske normer, og som ikke i stor nok grad tilgodeser transpersonens behov. Artikkelen legger vekt på inkludering av transpersoner når det gjelder å utvikle prosedyrer og politikk på området, og slikt sett løfte transpersoner fra en eksisterende underordnet posisjon i helsesystemet.

En annen svensk kvalitativ studie (Westerbotn et al., 2017) undersøker transpersoners erfaringer med helsepersonell, både i primær og spesialisthelsetjenesten. Studien er basert på intervjuer med 14 transpersoner mellom 20 og 50 år. Deltagerne beskriver en forventning om å bli møtt med ignoranse fra helsepersonell, og at de blir overrasket når de blir møtt uten unødvendig fokus på kjønnsidentitet. Artikkelen viser at negative erfaringer kan skyldes manglende kunnskap kombinert med manglende generelle retningslinjer blant helsepersonell. Særlig anbefales opplæring av helsepersonell med fokus på å møte transpersoner, å bruke rett navn og pronomen, samt å ha fokus på behandlingen fremfor kjønnsidentitet.

Armuand et al. (2020) har gjort en kvalitativ studie med intervjuer av 13 helsepersonell på en reproduksjonsklinikk i Sverige, og undersøker helsepersonells erfaringer i møtet med transmenn som gjennomgår fertilitetsbehandling. Studien viser at helsepersonell opplever utfordringer med profesjonalitet når de blir konfrontert med (forutinntatte) holdninger om kjønn. Artikkelen beskriver hvordan helsepersonellet arbeider aktivt for å få informasjon og erfaring i møtet med transmenn. Studien fremhever kommunikasjonsutfordringer basert på helsepersonells normative oppfatninger av kjønn, som blir utfordret i møtet med binære og ikke-binære transpersoner. Den gir eksempler på hvordan helsepersonell kan løse utfordringene gjennom en kombinasjon av ny kunnskap, erfaringer med å møte trans- og ikke-binære, samt ved å tilpasse arbeidsprosedyrer.

En dansk artikkel (Pultz & Goldfinger, 2020) undersøker hvordan tre transmaskuline personer «subjektiveres» i det danske behandlingssystemet. Basert på en multippel case-studie analyseres hvordan behandlingssystemet oppmuntrer deltakerne til å gjøre en tradisjonell maskulinitet for å bli kulturelt forståelige, og for å bli vurdert som kvalifisert for behandling. Ved å undersøke subjektiveringsmekanismene og måtene disse håndteres på av transmaskuline personer, viser artikkelen hvordan det skeive samfunnet kan være en strategisk ressurs for pasientene. Studien bidrar teoretisk ved å belyse subjektiveringsprosessen som produserer grenser mellom «normalt» og «unormalt» (som binært og ikke-binært).

### **3.3 Internasjonal forskning om transpersoners møter med helsevesenet**

Internasjonal forskning på transpersoner og helse er et tverrfaglig felt der en rekke vitenskapelige disipliner bidrar. En bred oversikt over en forskning på dette feltet, med fokus på nordamerikanske og vesteuropeiske perspektiver, er å finne i «Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People», utgitt av The World Professional Association for Transgender Health – WPATH – som bringer sammen internasjonale eksperter og fagpersoner (Coleman et al., 2022).

En systematisk litteraturgjennomgang om transpersoners erfaringer fra helsevesenet (Heng et al., 2018), fant at transpersoner har en rekke negative erfaringer i møte med helsevesenet, deriblant mangel på kunnskap og støtte, en mangel på kommunikasjon fra og gode relasjoner med helsepersonell, og utfordringer med organiseringen av helsetilbudet. Studiene viste også at transpersoner rapporterte om mye transfobi og cisnormativitet i helsevesenet.

En systematisk litteraturgjennomgang fra 2021 (Kearns et al., 2021), viser at det er lite forskning om barn og unge trans- og ikke-binære personers erfaringer med kjønnsbekreftende behandling i helsetjenestene. Basert på 10 aktuelle studier (hvorav 6 er fra USA, to fra Canada, en fra Australia og en fra England), viser gjennomgangen til noen overordnede temaer som er viktig når barn og unge møter helsetjenestene. Dette er (manglende) åpenhet rundt kjønnsidentitet i møte med tjenestene, strukturelle barrierer (å finne kompetent helsepersonell, geografiske utfordringer mm), kostnader og økonomiske barrierer, relasjon til forelder/foresatt, og variasjon i hvordan barn og unge får tilgang på kjønnsbekreftende behandling.

Under skal vi vise til noen internasjonale fagfelleverderte studier, som omhandler de ulike gruppene av informantene i dette prosjektet.

### **3.3.1 Forskning med fokus på voksne brukere**

Floyd et al. (2020) har gjennomført en kvalitativ studie i Storbritannia, basert på dybdeintervjuer med 6 deltakere (transkjønnet eller non-conforming). Den undersøker transpersoners erfaringer av behandling i forbindelse med radiologisk undersøkelse uten tilknytning til kjønnsbekreftende behandling. Studien viser at negative opplevelser med helsehjelp ofte er forbundet med manglende kunnskap om transkjønnethet blant helsepersonell. Positiv helsehjelp karakteriseres oftest av inkluderende språk og omgivelser, som for eksempel kjønnsnøytrale toaletter og skifterom.

Pampati et al. (2019, 2021) har gjennomført kvalitative studier basert på individuelle intervjuer samt fokusgruppeintervjuer med i alt 33 transpersoner mellom 15-24 år bosatt i USA (transmaskuline, transfeminine og ikke-binære). Deltakerne beskriver flere barrierer i adgangen til og møtet med helsetjenester. Dette inkluderer økonomiske barrierer, begrenset tilgjengelighet til kjønnsbekreftende helsehjelp, logistiske utfordringer, mistillit til helsepersonell, bekymringer knyttet til oppbevaring av fortrolig informasjon samt manglende kulturell forståelse blant helsepersonell. Artiklene legger vekt på bedre utdanning av helsepersonell som sentralt, og løfter frem viktigheten av at brukerne skal kunne bruke foretrukket navn og pronomen.

Lambrou et al. (2020) har gjennomført en kvalitativ studie i USA, basert på intervjuer med 12 transmaskuline personer mellom 18-35 år. Fokus for undersøkelsen er faktorer som bidrar til mistillit til helsevesenet. Artikkelen legger blant annet vekt på at en binær medisinsk modell i

helsevesenet oppleves som og undertrykkende av informantene, at helsepersonell tar oppgjør med egne fordommer, og skaper større tillit ved å lytte til den enkelte pasients situasjon og bekrefter deres identitet.

Allory et al. (2020) har gjennomført en kvalitativ studie basert på intervjuer med 27 transpersoner i Frankrike. Studien undersøker problemstillinger som transpersoner opplever i tilgangen til primærhelsetjenesten, og viser at transpersoner har vanskeligheter med å få tilgang til god helsehjelp. Transpersoner forteller om en generelt dårlig tilpasset helsetjeneste som et resultat av manglende forståelser av kjønnsidentitetstematikk. Studien viser dessuten til en forventning om selvbestemmelse rundt kjønnsidentitet blant deltakerne. Deltakerne er blant opptatt av at det burde eksistere helsenettverk som omfatter primærhelsetjeneste og transpersoner, der fastlegene har en tydelig koordinerende rolle.

Eysse et al. (2017) har gjennomført en kvalitativ og kvantitativ undersøkelse, basert på et nettbasert spørreskjema blant 415 transpersoner i Tyskland (voksne over 16 år). Studien tegner et bilde av transpersoners behov når det gjelder helsetjenester for transpersoner i Tyskland. Dette gjelder særlig betydningen av individuell behandling i helsetjenestene og viktigheten av kommunikasjon, samt pasientens mulighet for å kunne gi tilbakemeldinger til helsetjenesten, og medvirke i beslutningsprosesser som angår dem.

Blodgett et al. (2017) har gjennomført en kvalitativ studie basert på intervjuer med 12 transpersoner (inkludert tre ikke-binære) og tre helsepersonell i Canada, og undersøker barrierer som transpersoner opplever i møtet med helsetjenester. Artikkelen fremhever, blant annet transfobiske holdninger og indirekte diskriminering hos helsepersonell, geografi (utfordringer ved lange avstander til behandlingsmuligheter), viktigheten av god interaksjon mellom personell og pasient, og faktorer som bidrar til myndiggjøring. Det siste punktet omfatter blant annet viktigheten av støttende nettverk.

Hudson (2019) har gjennomført en kvalitativ studie i USA med 10 transfeminine med afroamerikansk bakgrunn. Studien setter fokus på erfaringer med fra helsetjenester som har lhbt-spesifikk kompetanse, og sammenligner disse med opplevelser i den generelle helsetjenesten. Studien viser blandede opplevelser med helsetjenester som har lhbt-spesifikk kompetanse. Overordnet beskriver deltagerne imidlertid større grad positive erfaringer med helsetjenester med lhbt-spesifikk kompetanse enn de øvrige helsetjenester. Studien viser likevel mangler i form av trans-spesifikk kunnskap og erfaring med behandling av transpersoner. Deltakerne beskriver også opplevelser med mikroagresjoner. Dermed beskriver deltagerne noen av de samme opplevelser med stigma og marginalisering som de opplever i den allmenne helsetjenesten.

En kvalitativ amerikansk studie (Bindman et al., 2021), som er basert på tre fokusgruppeintervjuer med 24 voksne deltakere over 18 år med ikke-binær kjønnsidentitet, har søkelys på mestringsstrategier, med henblikk på å finne frem til anbefalinger for helsetjenester som kan bidra til bedre kjønnsbekreftende behandling. Studien viser til en rekke negative opplevelser med helsetjenester. Dette omfatter erfaringer med

patologisering, unøyaktig dokumentasjon av kjønnsidentitet som fører til en feilkjønnning av pasientene, ubehag og opplevelsen av å ikke ha en plass i helsesystemet. Studien illustrerer pasientenes bruk av strategier for å håndtere negative opplevelser. Dette innebærer blant annet å unngå helsehjelp, å skjule sin identitet eller å lete etter helsepersonell som hadde forståelse for deres identitet. Artikkelen anbefaler blant annet at det bør eksistere skjemaer og helsejournaler som er inkluderende for ikke-binære, og oppfordrer til obligatorisk utdanning og kompetanseheving for helsepersonell på alle nivåer når det gjelder ikke-binære.

### **3.3.2 Forskning med fokus på helsepersonell**

Rider et al. (2019) har gjort en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer med 14 sykepleiere og leger som arbeider med ungdom. Studien er utført i USA og omhandler helsepersonells kompetanse når det kommer til å møte unge transpersoner. Studien belyser hva helsepersonell har behov for når det kommer til å arbeide med unge transpersoner. Den viser hvordan manglende utdanning og begrenset opplæring skaper barrierer for helsehjelp. Artikkelen legger vekt på at helsepersonells utdanning ikke har forberedt dem tilstrekkelig til å arbeide med målgruppen, og at det er viktig med spesifikk kompetanse på blant annet kjønns mangfold.

Goldhammer et al. (2018) bruker en fiktiv case som eksempel på måter å samhandle respektfullt og bekreftende på i møte med ikke-binære. Artikkelen illustrerer et møte mellom helsepersonell og en ikke-binær person for å tydeliggjøre viktigheten av språkbruk og kommunikasjon i møte mellom helsepersonell og pasient. Artikkelen foreslår at den beste praksis for helsepersonell er å unngå antakelser av kjønnsidentitet hos pasienten. Ifølge forfatteren legger dette grunnlaget for en pasientsentret pleie som når ut over binære kjønns kategorier og dermed også unngår potensielle konflikter.

### **3.3.3 Forskning med fokus på foresatte og barn**

En kvalitativ studie utført i England (Carlile, 2020), der deltakerne består av foresatte, barn og unge fra 27 familier, undersøker hvordan transkjønnede og ikke-binære barn, unge og deres familie opplever helsetjenestene. Studien går blant annet gjennom fagpersoners mangel på klinisk og terapeutisk kunnskap om pasientgruppen, psykiske plager hos pasientene som en konsekvens av lange ventelister, stereotype forståelser av kjønn i helsetjenestene, og en mangel på oppmerksomhet når det kommer til barn og foreldres ønsker og behov for behandlingen. Den viser til en utilfredshet hos mange brukere og en generell mangel på utdanning og opplæring i helsevesenet når det gjelder behovene til personer med kjønnsinkongruens. Artikkelen understreker at det er et behov for at pasienten og foresatte bør blir anerkjent som en samarbeidspartner for å oppnå god behandling av gruppen.

Platero (2014) har gjennomført en kvalitativ studie fra Spania, der 12 foresatte og 8 profesjonsutøvere (blant annet i helsetjenesten) er intervjuet. Artikkelen undersøker erfaringer til foresatte og familier med transkjønnede barn og unge. Studien viser at



familiene opplever usikkerhet og at de mangler støtte og informasjon fra blant annet helsetjenestene, noe som bidrar at de føler seg alene og isolert. Den viser også hvordan foresatte kan utvikle mestringsstrategier, og bidra som aktive aktører for å støtte barna. Artikkelen belyser hvordan samfunnets normative diskurser har stor betydning for profesjonsutøvernes praksiser. De normative diskursene relatert til kjønn går igjen i både familien og i fagfolks praksis.

### **3.4 Noen hovedtemaer i forskningen**

Avslutningsvis vil vi trekke frem noen tendenser som særlig har pekt seg ut i den kvalitative litteraturen vi har vist til i dette kapitlet. Overordnet viser forskningen til at mange transpersoner opplever negative møter med helsevesenet, og har mye erfaring med manglende kunnskap og kompetanse hos helsepersonell. Det ser vi både i den norske forskningen på feltet (Moen, 2019; van der Ros, 2014), den svenske forskningen (for eksempel Asklöv et al., 2021), og i den øvrige internasjonale litteraturen (Bindman, 2021; Heng et al., 2018). Vi ser også tendenser i litteraturen som beskriver hvordan positive erfaringer med helsehjelp – og det gode møtet mellom bruker og helsepersonell – kan beskrives som et ønske om anerkjennelse og respekt (Goldhammer et al., 2018; Asklöv et al., 2021; Carlström et al., 2021). Spørsmål om tillit – og mistillit – i møte mellom pasient og helsepersonell går igjen i flere av bidragene (van der Ros, 2014; Lambrou et al., 2020; Pampati et al., 2019).

Forskningen tegner et bilde av en rekke barrierer som hindrer eller vanskeliggjør tilgangen til likeverdig helsehjelp med helsevesenet for transpersoner og ikke-binære. De negative erfaringene eller møtene kan omfatte patologisering, bruk av feil pronomen og generelt lite inkluderende språk (Bindman et al., 2020). Det kan også handle om mangel på tjenester som tilbyr kjønnsbekreftende behandling, lange avstander mellom kompetente helsetjenester/behandlere, mangel på muligheter til å bruke foretrukket navn og pronomen, mangel på kjønnsnøytrale toaletter, manglende kjønnsnøytrale skifterom, mangel på visuell inkludering av transpersoner, og en lite inkluderende atmosfære for transpersoner (se for eksempel Blodgett et al., 2017; Pampati et al., 2019, 2021).

Litteraturen peker også på at helsevesenet har en mer tradisjonell forståelse av kjønn som binært og biologisk basert. Disse forståelsene av kjønn blir utfordret i møte med transpersoner, og skaper ubehag og dårlige forutsetninger for kommunikasjon i møtene (se for eksempel Westerbotn et al., 2017; Hudson, 2019; Floyd et al., 2020). Litteraturen peker også på normative forståelsesrammer relatert til kjønn hos helsepersonell, deriblant fordomsfulle eller stereotype forståelser av transpersoner, heteronormative og binære kjønnsforståelser. Transpersoner opplever å måtte irettesette eller «utdanne» helsepersonell om kjønnsforståelser (se for eksempel Platero 2014; Carroll-Beight & Larsson, 2018). Manglende kunnskap om kjønnsstatistikk kan også skape usikkerhet blant helsepersonell (Rider et al., 2019).

## 4 Ønsker og behov for helsehjelp

En overordnet målsetning for denne rapporten er å utvikle ny kunnskap som skal bidra til å gi bedre helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens. Et sentralt moment her er å undersøke brukernes behov og deres erfaringer med helsetjenestene. **Hva er det brukerne ønsker seg fra helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens?**

### 4.1 Ulike ønsker og behov

Av intervjumaterialet går det frem at informantene har ulike ønsker og behov for den kjønnsbekreftende behandlingen. Noen ønsker seg behandling som ikke tilbys ved NBTK, mens andre bare ønsker å benytte seg av deler av den behandlingen som tilbys. Enkelte av de vi har intervjuet er også fornøyde med behandlingsforløpet de har vært gjennom. Det som transpersonene er opptatt av i intervjuene dreier seg om et bredt spekter av temaer når det kommer til helsehjelp. Noen er særlig opptatt av temaer som om pubertetsblokkere eller hormonbehandling. Andre er på sin side opptatt av hjelpemidler og tjenester som de beskriver som viktige for å møte dysforien de opplever. Dette kan være brystprotese, parykk, stemmetrening hos logoped, men også mindre inngrep som hårfjerning. For noen, men langt i fra alle, er også kirurgiske inngrep viktig.

#### 4.1.1 Pubertetsblokkere og hormoner

Spørsmål rundt hormonbehandling er et tema som går igjen i de fleste av intervjuene med transpersonene vi har snakket med. God tilgang på pubertetsblokkere for unge er ett annet tema som er vesentlig for flere. Behandling med pubertetsblokkere gir pasienten mer tid til å utforske sin egen kjønnsidentitet, dempe dysfori og samtidig forhindre utvikling av kjønnskjenntegn (brystutvikling, skjeggvekst og stemmeforandring) som det siden kan være vanskelig å endre på (Slagstad, 2021, s. 195). En voksen ikke-binær bruker kommer med følgende spissformulering når det gjelder barn og unges behov for pubertetsblokkere: «det å tvinge folk gjennom en pubertet de ikke ønsker, det er fucka det». Ifølge informanten er pubertetsblokkere avgjørende fordi det kan ha en positiv effekt på livskvaliteten til barn og unge.

Flere av informantene beskriver hvordan pubertetsblokkere er viktig for å unngå en pubertet som ikke samsvarer med kjønnsidentiteten, slik denne unge transpersonen påpeker:

Til yngre folk, så vet jeg jo at det er en litt sånn hastesak, fordi da kan man stoppe puberteten som er uønsket. Eller utsette den da. Og så kan man begynne på hormoner senere hvis man vil.

Informanten beskriver bruk av pubertetsblokkere som en utsettelse av noe som er uønsket, og at man kan vurdere ønsket om å gå videre på hormonbehandling på et senere tidspunkt. I intervjuet legger informanten også vekt på at når pubertetsblokkere gis på en forsvarlig måte vil det ikke ha langvarige konsekvenser, ettersom det er en reversibel prosess. I den

nasjonale faglige retningslinjen blir også en utsettelse av puberteten ved hjelp av pubertetsutsettende hormoner beskrevet som reversibel behandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 28)

En annen av de yngre brukerne vi har intervjuet illustrerer konsekvensene av bruken av pubertetsblokkere gjennom et eksempel med to personer – en som er trans, og en som er søkende og senere finner ut at hen ikke er trans:

Om du setter begge to på blokkere, så kommer liksom konsekvensene til å være ganske små for den som senere finner ut av at den ikke er trans likevel, mens den personen som da er trans, hvis du ikke setter den på blokkere, så er jo konsekvensene kjempestore.

Informanten understreker altså at konsekvensene for den som er trans i dette tilfellet er store, mens at for den som ikke er trans er konsekvensene små. Han påpeker videre viktigheten av tilgang på pubertetsblokkere. Han fikk selv tilgang på pubertetsstoppende hormonbehandling, og beskriver hvor viktig det var:

Ja, det er på en måte noe jeg tar litt for gitt egentlig, jeg kom jo aldri gjennom puberteten på en måte, så sånn sett har jeg egentlig levd som en gutt hele livet nesten. Og derfor, jeg klarer liksom ikke å forestille meg et liv der jeg ikke fikk det [pubertetsblokkere], hvis det gir mening.

Ettersom han begynte tidlig på pubertetsstoppende hormoner, forteller han at det er vanskelig for ham å se for seg hvordan livet hadde vært uten.

For voksne personer er andre spørsmål knyttet til hormonbruk sentrale i intervjuene. Dette gjelder blant annet hensyn som må tas i administrering av hormonbehandlingen. En informant forteller at det er viktig å:

Tilpasse hormoner etter den enkeltes ønsker, om de vil ha lav dose, hvilke type preparater de ønsker, og så da selvfølgelig tilpasset til helsesituasjonen. Greit for eksempel for oss gamle å ta ting som ikke har alvorlige bivirkninger på lever og sånn.

Informanten legger altså vekt på at det er vesentlig å få individuell oppfølging når det gjelder bruken av hormoner, og at det er viktig at dosen er tilpasset den enkelte. Det kan være ulike grunner til at personer har behov for en tilpasset dosering av behandlingen. Brukeren viser her til hvordan hormoner kan påvirke leverfunksjonen, men trekker også inn at alder kan ha betydning. En ung kropp tåler gjerne større doser hormoner enn en eldre kropp (Moen, 2019). Men det handler også hvordan ulike kropper responderer ulikt på behandlinger, og hvilke behov den enkelte har når det gjelder sin kjønnsbekreftende behandling.

En kvinne vi har snakket med påpeker følgende når det gjelder sin erfaring med hormonbehandling som hun har fått ved NBTK:

Det har hjulpet mye på dysforien, og fått meg til å føle meg mer komfortabel og bekvem i kroppen min. Jeg har også fått tilbud om operasjoner hvis jeg ønsker det, men jeg føler at jeg har fått nok fra den hormonelle behandlingen, så jeg takket nei.

Informanten forteller altså at hormoner har vært viktig for å bli mer komfortabel i egen kropp, og at det har hjulpet på dysforien hennes. Hun har imidlertid fått tilbud om mer behandling enn hun ønsket seg, men hun valgte å takke nei til dette. I dette tilfelle var altså hormonbehandling tilstrekkelig for denne informanten på dette tidspunktet.

#### **4.1.2 Behov for ulike typer kirurgi**

Hormonbehandling er ikke noe alle gir uttrykk for at de har behov for. For noen er kirurgi det primære behovet, som i denne ikke-binære brukers tilfelle:

Hovedprioriteten var toppkirurgi. For det visste jeg at kom til å utgjøre en stor positiv endring. Jeg visste det 100%. Jeg følte at det var en god sjans for at det kom til å være nok, at hormonbehandling ikke nødvendigvis var noe jeg trengte.

Informanten forteller altså at hen ønsket toppkirurgi, men ikke hormonbehandling. Informanten reflekterer videre omkring kirurgi som en del av et individuelt tilpasset tilbud:

Hvis det er en person som ikke ønsker å gå på hormoner så bør det være greit å få kirurgi uten å begynne på hormoner, og i motsatt retning, hvis en uttrykker at en ikke ønsker en viss type kirurgi så bør en kunne få lov til å få andre typer behandling. Det bør gå greit å si at ' jeg ønsker å prøve hormoner en stund, men jeg vet ikke om jeg ønsker å gå på fulltid '. Det bør være mulig å få det tilpasset på et trygt vis, og kunne føle at man kan gå til det helsepersonellet som en har å gjøre med. og kunne si det at ' jeg vet ikke om dette var riktig behandling for meg, kanskje vi kan gjøre om det litt når vi ser hvordan det forløper seg ' .

Her beskriver hen behovet for kirurgi for sin egen transisjon, og med en slik behandling vil ikke hormoner være nødvendig. Informanten understreker videre hvordan kirurgien i dette tilfellet både er et viktig steg i prosessen, og at den samtidig gir rom for å utforske eget behandlingsbehov og transisjon videre:

Jeg sa at jeg vil gjerne utforske det mer etter jeg har hatt toppkirurgi, etter jeg har levd med det en stund, så vil jeg gjerne utforske det mer, se om det er aktuelt da. For det er noe jeg ikke vet om er nødvendig, før jeg har faktisk hatt den toppkirurgien.

For informanten er hormoner noe som kan bli aktuelt først etter at toppkirurgien er gjennomført. For noen er andre kirurgiske inngrep viktigere, som for eksempel ansiktskirurgi. En kvinne som har gjennomført en ansiktsoperasjon privat, forteller hvordan dette har gitt henne mer frihet fordi blir lest som en kvinne. Hun forteller også at feminiserende ansiktskirurgi ikke er del av behandlingstilbudet ved NBTK, og påpeker at dette er noe som

ville vært viktig for henne. Hva brukerne ønsker seg av medisinsk eller kirurgisk behandling henger sammen med dysforien hver enkelt opplever og transisjonen de ønsker. Flere av informantene legger vekt på at ønsker seg da et behandlingsforløp som er annerledes enn hvordan NBTK legger opp sitt behandlingstilbud.

Noen av transpersonene vi har snakket med har sterkere dysfori knyttet til genitalia, og ønsker eksempelvis nedre kirurgi. En av brukerne påpeker at når det kommer til nedre kirurgi så er det ikke et fullverdig tilbud i Norge.

Det er jo ikke de beste mulighetene når det kommer til den kirurgien, ja, det er jo ikke det beste tilbudet, så jeg har ikke noe problem med å vente og se hva fremtiden bringer på bordet.

For de som ønsker genitalioplastikk er kvaliteten varierende i Norge blir vi fortalt. Noen prosedyrer som falloplastikk utføres på utilstrekkelig vis, eller ikke i det hele tatt forteller en bruker:

Det utføres ikke implantat innleggelse for personer med kjønnsdysfori i Norge, så man kan ikke ha noe samleie med neopenis. Det kobles ikke til noen nerver, så det er null følelser, og vagina lukkes ikke helt. Urinrørforlengelse ved falloplastikk tilbys heller ikke i Norge. Så det er veldig begrenset resultat, og det er ikke rart at de fleste ikke føler seg kvitt dysforien etter denne type operasjon.

Slike inngrep gjennomføres i noen andre land, og med bedre kvalitet blir forteller denne informanten. Dette gjelder særlig for konstruksjon av penis. Den kirurgien som tilbys i Norge gir ikke samme funksjonalitet, utseende og sensitivitet sammenlignet med kirurgiske inngrep som tilbys i noen andre land blir vi fortalt. Enkelte av brukerne påpeker at dette er grunnen til at de ikke ønsker eller vil vente med nedre kirurgi. De ønsker seg ikke denne typen kirurgisk behandling fordi de ikke har tro på at behandlingen er god nok til at det er verdt det, og ønsker at det kirurgiske tilbudet var bedre enn det er i dag.

## 4.2 Om tilbudet til ikke-binære

Mange av transpersonene vi har intervjuet er opptatt av muligheten for å få tilgang til kjønnsbekreftende behandling for ikke-binære i det offentlige helsetilbudet. I den forbindelse er et manglende tilbud i den nasjonale behandlingstjenesten en sentral problemstilling, og dette går igjen både blant informantene som er binære og ikke-binære. En av de unge binære transpersonene påpeker at det er et behov for at den nasjonale behandlingstjenesten følger retningslinjene i ICD 11. Informanten påpeker at:

Jeg skulle ønske at de [NBTK] fulgte retningslinjene til verdens helseorganisasjon, fordi der har de blant oppdatert definisjonen av kjønnsinkongruens, og de inkluderer også ikke-binære i behandlingen.

Informanten etterlyser altså at NBTK ikke har en oppdatert definisjon av kjønnsinkongruens som følger WHO sine anbefalinger, og legger vekt på at behandlingstilbudet bør omfatte ikke-binære.

Når det gjelder behandlingstilbudet for personer over 18 år skriver NBTK som nevnt på sine nettsider at det ikke tilbys kjønnsbekreftende behandling til personer med ikke-binær kjønnsidentitet.<sup>24</sup> Vi har også snakket med helsepersonell ved NBTK om tematikken rundt behandlingen av ikke-binære. En av de ansatte sier følgende om behandlingstilbudet for barn og unge under 18 år:

Vi gir ikke avslag om en pasient henvises og så kommer det frem at pasienten er ikke-binær, for vi tenker at det er jo en del av utforskningen hos pasienten. Men vi er jo tydelig på at vi gir ikke medisinsk behandling hvis du befinner deg et sted mellom det å være tradisjonell jente, og tradisjonell gutt. Vi gir ikke behandling, for eksempel da til biologisk født jente, men som ønsker å fjerne bryster, men ikke hormonell behandling, og har en identitet som er ikke-binær, vi mener at det er for usikkert. Vi har ikke noe forskning som viser at det er en god behandling på sikt.

Helsepersonellet påpeker at man ikke avviser en pasient med en ikke-binær identitet, men at man ser det som en del av en utforskningsprosess, og at man ikke gir medisinsk behandling til pasienter som ikke har en binær kjønnsidentitet. I sitatet viser helsepersonellet også til at man har for lite kunnskap omkring behandling til denne gruppen. Vi vil komme tilbake til behandlingstilbudet for ikke-binære flere steder i denne rapporten.

### 4.3 Transisjon som en uensartet prosess

I innledningskapitlet viste vi til at transisjon er en prosess som handler om endringer en person går igjennom for å at kroppen bedre skal passe oppfattelsen av eget kjønn. Transisjon kan slik sett forstås som en prosess, og hvordan prosessen forløper er viktig for dem vi har intervjuet. En unge kvinne sier følgende om sitt møte med helsetjenesten i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling:

De hadde mye meninger om at du måtte være på en spesiell måte for å være trans da. Istedenfor at de så meg som en person og hørte på det jeg sa, det jeg mente, så følte jeg at de bare kom med kriterier.

---

<sup>24</sup> Se informasjon på nettsidene til Oslo Universitetssykehus: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/documents/utrednings-%20og%20behandlingstilbud%20i%20norge%20for%20pasienter%20over%2018%20%C3%A5r%20med%20kj%C3%B8nnsinkongruens.pdf>  
Se også intervju med NBTK på nrk.no: <https://www.nrk.no/trondelag/mina-far-ikke-kjonnsmarkering-behandling-pa-oslo-universitetssykehus-1.15807893>

Brukeren beskriver altså at hun ikke blir sett og ikke blir lyttet til, og at hun utelukkende ble møtt med et sett av kriterier fremfor å få den individuelle vurderingen som hun forteller at hun har et behov for. Transpersonene vi har snakket med har et ønske om å definere hva transisjonen betyr for en selv, og hva den inneholder. Viktigheten av å bli sett og anerkjent i dette av helsepersonell, er gjennomgående i materialet vårt. Mange av transpersonene vi har snakket med beskriver at de ikke har fått denne anerkjennelsen i møtet med helsepersonell. For flere handler det også handler om makten til å definere seg selv og ha kontroll over eget liv.

En informant sier følgende når det gjelder behovet for hårfjerning i ansiktet:

For eksempel transdamer, jeg føler at vi burde få tilbud om hårfjerning i ansiktet for det er en ting som er helt ufarlig. Det er veldig rart at genitalia er det, men ikke ansikt. Du møter verden med ansiktet ditt, det er det første folk ser. Det er sånn folk skjønner deg, det er det folk leser deg på. Du går ikke rundt og viser dine genitalia til folk. Så jeg føler at rekkefølgen på ting er feil. Og at dette ikke er en del av behandlingen er veldig rart. Mens det er rimelig ufarlig behandling, det er bare veldig dyrt, så det er ting som man kunne fått hjelp med, å få hjelp med proteser og sånt, er også veldig reversibelt, og ville hjelpe.

Denne informanten beskriver at hårfjerning ikke var en del av behandlingstilbudet i hennes tilfelle, og at det har vært mer fokus på genitalier, fremfor for eksempel å få tilbud om enklere hjelpemidler som ville vært til hjelp i transisjonsprosessen.

En ikke-binær deltaker påpeker at hen blant annet har mye dysfori for stemmen, og har forsøkt å få behandling hos logoped. Brukeren har også behov for hårfjerning i ansiktet, noe som hun selv må finansiere:

Det er sånn, jeg finansierer laser selv, men det er med et nødsrik og tigging på internett basically. For laser også er livsnødvendig. Det er liksom stemme og overleppe som er de to største kildene til dysfori.

Informanten beskriver denne behandlingen som livsnødvendig, og slik vi tolker dette handler det om at hårfjerning er nødvendig for å passere som kvinne. Som ikke-binær som ikke har fått diagnosen kjønnsinkongruens har hun imidlertid ikke fått mulighet til å søke det offentlige om å få dekket kostnadene i dette tilfellet, og har måttet finansiere dette privat.

Ved siden av individuelle behov for behandling understreker eksemplene behovet for å behandle dysforien hos den enkelte. Det viser også hvordan dysfori kan være et sammensatt fenomen som oppleves forskjellig fra person til person (jfr. Jessen, 2021). Når det gjelder behov for helsehjelp har flere av informantene klare oppfatninger om hva som er viktigst for dem, og dette kan være andre ting enn det de faktisk får tilbud om.

Mange av de ønskede hjelpemidlene eller behandlingsformene blir beskrevet som viktig for å finne samsvaret mellom kropp, identitet, og hvordan man blir lest og forstått av omverdenen. Det er individuell variasjon i hvordan kjønnsdysforien utspiller seg, og det er som regel delene av kroppen som den enkelte opplever som mest «kjønnet» der det største ubehaget sitter. Vi har sett hvordan brukerne i mange tilfeller ikke opplever å få de tilbudene de har behov for, eller på den måten de selv ønsker. Vi har også sett hvordan transisjonen må ses på som en prosess der «sluttpunktet» ikke nødvendigvis er definert på forhånd, og/eller kan endre seg underveis. En større innflytelse på behandlingen og dermed bedre kontroll over egen transisjon legger føringer for hvordan behandlingsløpet bør se ut, der individuell tilpasning og selvbestemmelse fremstår som sentralt for mange av brukerne vi har snakket med.

#### **4.3.1 Behovet for å sette ord på tvil og usikkerhet**

I tillegg til ønsket om å utforske muligheter og behov underveis i behandlingsløpet, peker flere på nødvendigheten av å kunne utforske tanker de har om egen identitet. Det handler om å kunne snakke åpent om følelsene man har knyttet til transisjonen. En informant reflekterte over veiledningen hun fikk av en fagperson på kjønns mangfold hun kom i kontakt med som ungdom. På det aktuelle tidspunktet var det en absolutt aldersgrense på 18 år for behandling hos NBTK (da GID-klinikken), og hun fikk veiledning av fagpersonen utenfor den nasjonale behandlingstjenesten frem til hun kunne få en henvisning dit:

Og det har slått meg i etterkant, at [navn på helsepersonell] er faktisk den eneste som har oppfordret meg til å reflektere litt, tenke på alternativene til full transisjonering. At det ikke er alle som vil ha alle operasjonene, det er ikke alle som vil ha hormonbehandling, det er ikke alle som vil på en måte, transisjonere helt. Det er den eneste som har brukt tid på å spørre ' hva har du tenkt på? Hva vil du? Hva blir rett for deg?

I dette sitatet fortalte informanten om et møte med en fagperson som opplevdes som viktig og positivt, fordi vedkommende hadde invitert til refleksjon og åpenhet rundt hva som var viktig for henne og hvilken behandling hun ønsket. Hun reflekterte over at dette møtet skilte seg fra andre møter med helsepersonell, for eksempel hennes erfaringer fra NBTK, der hun forteller at hun i liten grad ble spurt om hva som var hennes ønsker og behov i behandlingsforløpet.

Ved siden av at samtalene anerkjenner den enkeltes identitet og behov, så kan de være viktig for å kunne snakke trygt om eventuell tvil man har knyttet til egen transisjon slik en av brukerne beskriver:

Hvis du er en person som har vært trans hele livet, som begynte å leve sitt liv allerede som barn, det er ikke en person som opplever tvil på samme måte som jeg gjorde for eksempel. Fordi jeg skulle omrokere hele livet. For jeg kom ut i en alder av 29-30. Da er identitet og sånne ting allerede bygd, og så skal jeg omgjøre alt. Så da er det klart at det kommer mange spørsmål om tvil.



I sitatet peker informanten på tvil og usikkerhet i forbindelse med det å gjennomgå en transisjonsprosess i voksen alder. Å anerkjenne og åpne for trygge samtaler er viktig, og flere av de vi har snakket med uttrykker et ønske om å kunne snakke med helsepersonell om dette. Informanten sier følgende om det å møte noen som faktisk var villig til å lytte til det hun hadde å si: «det reddet livet mitt». I en slik situasjon kan bekreftelse være viktig slik det fremkommer i dette sitatet fra samme informant:

[H]vis du er i en situasjon hvor folk tar deg imot, bekrefter din identitet og hjelper deg på veien, da er det mye lettere å være ærlig og si hva du trenger, og hva du ikke trenger.

I sitatet gir informanten uttrykk for hvor viktig det er at helsepersonell bekrefter identiteten, og skaper et rom slik at pasienten tørr å være ærlig omkring ønsker og behov. Brukeren forteller at de vil sette ord på både behov, ønsker og tvil, uten at dette går på bekostning av den helsehjelpen de får tilbud om. Brukeren utdyper:

Ideelt sett skulle folk blitt tatt imot, og så skulle det ikke vært noen tvil, at du blir trodd, men samtidig ha en sånn ærlig samtale om ja ´ hva er det du ønsker, hvordan kan vi hjelpe deg `.

Slik vi tolker dette sitatet så er det et uttrykk for at det kan være vanskelig å ha en oppriktig samtale om helsebehovene, uten at helsepersonell faktisk signaliserer en holdning om at det er pasientens individuelle behov som er det sentrale. Samtidig peker sitatet også på en motsetning mellom det å bli trodd på og det å være ærlig, og at det kan være en utfordring når det kommer til det å få anerkjennelse for sine erfaringer hvis man faktisk setter ord på de reelle behovene og ønskene man har.

#### **4.4 Noen overordnede ønsker for helsetilbudet**

Et tema i flere av intervjuene med brukerne er at man ønsker at den kjønnsbekreftende behandlingen skal være basert på et informert samtykke. En bruker vi har intervjuet sier dette om informert samtykke:

Det er jo det som er informert samtykke i praksis vil jeg si. At du får lov å definere selv, og bestemme selv. Du har ikke bare en mulighet, du har flere muligheter, du kan selv velge. Det trenger ikke å bare være enten eller. Rikshospitalet der var det alltid, der takker du ja til en pakke. Der var det enten full pupp, eller ingenting.

For denne brukeren henger det informerte samtykke sammen med muligheter for medvirkning, og til å selv kunne være med på å definere og bestemme med utgangspunkt i at en har valgmuligheter for den kjønnsbekreftende behandlingen. Et informert samtykke er et samtykke avgitt etter at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om den helsehjelpen som tilbys (Bahus, 2022). Dette temaet ble også løftet frem av flere av deltakerne i fokusgruppeintervjuet, og er et tema som flere av interesseorganisasjonene er opptatt av i forbindelse med helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens. FRI skriver for eksempel på sine nettsider at «all behandling av kjønnsinkongruens skal være basert på informert

samtykke».<sup>25</sup> Andre har argumentert for en behandlingsmodell for personer med kjønnsinkongruens basert på informert samtykke i kontrast til den «tradisjonelle portvokterfunksjonen». En slik modell baserer seg på at transpersoner selv kan ta informerte valg om helsehjelp, og selv bestemmer om de er klar for å gjennomgå kjønnsbekreftende behandling, mens helsepersonells rolle mer er å gi nødvendig informasjon om for eksempel mulige bivirkninger/ konsekvenser av behandlingen (Bolstad, 2019).

Et annet tema som går igjen i mange av intervjuene er muligheten for mer rom til refleksjon sammen med helsepersonell. En informant formulerer det slik:

Og at det faktisk må være rom for refleksjon. At de som skal vurdere deg, kan være med å reflektere. Bruke tid på reflektering. At man kan få lov til å si at 'jeg er ikke sikker på om jeg er transkvinne, eller om jeg ikke vil være, jeg trenger kanskje et år eller to. Kan jeg begynne med hormoner først?

De fleste av brukerne som vi har snakket med uttrykker også et ønske om at tilgangen på helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens var mer tilgjengelig. For eksempel ved at fastleger kan tilby hormoner og andre hjelpemidler. En bruker beskriver følgende:

Jeg skjønner at det kanskje må være monopol på kirurgien, at du ønsker å ha et miljø som kan det. Men annet, som hjelpemidler, hårfjerning, hormoner, logoped, og sånne, ja, støtte til parykk, det får du jo ikke uten diagnose fra Riksen. Men altså, alle disse rettighetene, det burde være noen helt andre folk som gav deg dem, du burde kunne få de med en gang.

Lettere tilgang på denne type helsehjelp beskrives som tiltak som bedre vil støtte den enkelte i sin transisjon, og som en viktig del av et desentralisert helsetilbud.

Flere brukere peker også på muligheten til å få en fornyet vurdering («second opinion»), i tilfeller der de ikke er enig i en fremgangsmåte eller konklusjonene til NBTK:

Og så bør det være muligheter for en second opinion, hvis det er uenighet, at det ikke bare er én instans som skal avgjøre noe som er så viktig. Det må være en reell mulighet for second opinion.

Behovet for mer kunnskap om transpersoners helse og om kjønnsmangfold er gjennomgående hos informantene. Som en bruker påpeker:

Det må være noen kriterier på at de som skal jobbe med transpersoner faktisk må ha kunnskap om transpersoner. Det må kjønnskompetanse, og sexologisk kompetanse på et bredere felt inn. Og så synes jeg og det faktisk bør være en viss representasjon av transpersoner i systemet.

---

<sup>25</sup>Se FRI sin nettsider: <https://www.foreningenfri.no/om-oss/fri-mener/>

Sitatet peker på forskjellig type kompetanse som informanten mener at det er viktig at helsepersonell har, og som det er en mangel på i dag, og peker særlig på sexologisk kompetanse og kompetanse på kjønn. Informanten viser også til at bruker-perspektivene bør ha en tydeligere posisjon enn i dag, blant annet gjennom at transpersoner sikres medvirkning i utformingen av behandlingstilbudet. At brukerperspektivet bør inn som kompetanse når det gjelder behandlingstilbudet for personer med kjønnskongruens, er også noe som for eksempel deltakerne i Allory et al. (2017) sin studie er opptatt av, der informantene la vekt på betydningen av nettverk der helsepersoner og transpersoner arbeidet sammen for å finne gode løsninger for pasientene.

En bruker er opptatt av å kunne få en fast kontaktperson som kunne gitt en mer kontinuering støtte og oppfølging:

Å få en fast kontaktperson hadde også vært til hjelp føler jeg i hvert fall. For bare på mitt forløp på Rikshospitalet, på bare ansikt jeg husker, så kan jeg huske seks forskjellige personer som jeg har hatt samtaler med. Og det er bare de jeg husker, jeg vet at jeg har mest sannsynlig hatt flere også. Og jeg har sjelden forståelse eller kunnskap om hva jeg kommer til å møte når jeg går til timen. Og jeg har generelt ingen anelse om hvor lenge det her kommer til å ta. Det har vært et relativt stort problem.

Brukeren understreker at det å ha en fast kontaktperson også vil kunne gjøre det lettere å og få bedre oversikt over prosessen de skal gjennom. I intervjuet fortelles det også at det å møte mange ulike personer kan medføre en belastning ved å måtte fortelle sin historie gjentatte ganger til forskjellige personer.

## 4.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi løftet frem hvilke behov brukerne forteller at de har når det gjelder helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens, og det som er en mangel i dagens tilbud. Brukerne formidler at de har behov for differensiert helsehjelp. Dette gjelder tilgang på hormonbehandling i tråd med eget behov, livs- og helsesituasjon, lettere tilgang på hjelpemidler, så vel som å ha medvirkning over behandlingsløpet og tilbudet som helhet. Når det kommer til kirurgi, har de behov for i større grad kunne definere hvilken type kirurgi de trenger og når i forløpet dette skal skje. Det etterlyses bedre tilgang på enkelte typer medisinsk behandling, som for eksempel hårfjerning eller feminiserende ansiktskirurgi.

Brukernes behov handler også om å definere sin egen transisjon, hva man trenger og det å bli lyttet til. Dette innebærer anerkjennelse for de erfaringer og kunnskap den enkelte bærer på. Vi har vist hvordan ønsket og behovet for transisjon ikke nødvendigvis følger et standardisert forløp, men derimot en individuell prosess der den enkelte pasient har differensierte behov. Samlet sett formidler brukerne et behov for et bredere og lettere tilgjengelig behandlingstilbud. Det handler om å få en individuelt tilpasset behandling som tar utgangspunkt i den enkeltes transisjon. Brukerne legger vekt på at den individuelle

tilpasningen bør ses i sammenheng med den enkelte persons dysfori, behov og selvdefinerte identitet. Dette har vi sett også legger noen føringer for organiseringen av behandlingstilbudet: at behandlingen skal gi mer rom for refleksjon, bedre tilgang til ulike typer helsehjelp, blant annet gjennom desentralisering av helsetilbudet der fastleger spiller en sentral rolle.

## 5 Erfaringer i møter med helsepersonell

I dette kapitlet går vi videre inn i brukernes erfaringer med helsehjelp: **Hva er det som kjennetegner brukernes møter med helsepersonell?** Først i dette kapitlet vil vi vise hvordan informanter beskriver de gode møtene mellom brukere og helsepersonell. Deretter fokuserer vi på de konkrete erfaringene, både gode og negative, som informantene formidler fra møter med helsetjenestene.

### 5.1 De gode møtene

En av de vi har intervjuet i dette forskningsprosjektet er en ansatt ved Helsestasjonen for kjønn og seksualitet (HKS) i Oslo, og vedkommende fortalte om hva som kjennetegner gode møter:

De aller fleste har behov for å bli anerkjent og bekrefta. Det er det viktigste. At man blir møtt med forståelse, og en litt sånn ´ her skal det være trygt rom, hvor du kan si det du vil si, hvor du har lov til å være usikker, kjenne på en ambivalens ´ for det her er jo store ting. Så det er vel det mange i hvert fall har sagt til oss er bra. At det er en trygg arena å bli tatt imot på. Og så ut ifra det igjen, er det noen som har behov for å få lov til å bare være i det, og at vi snakker med foreldre, at vi trygger at det er ikke farlig, at det er en måte å være menneske på, og så er det noen som har behov for å stoppe puberteten for eksempel, noen har behov for å starte med hormonbehandling, men det viktigste er den psykososiale oppfølgingen som vi kan gi.

Som det framgår av sitatet mener denne ansatte at den psykososiale oppfølgingen – de gode samtalene – er et premiss for gode møter, og det viktigste for å skape en trygg behandlingssituasjon. En forutsetning for en god samtale er å anerkjenne og bekrefte den andre, for på denne måten å skape et trygt rom for å snakke om ambivalens og usikkerhet, slik denne informanten ser det. Det er også noe de har fått tilbakemelding fra brukere om at er en viktig styrke ved deres tilbud.

Flere av transpersonene vi har snakket med fortalte om det de hadde opplevd som gode møter med sine fastleger. Her er et eksempel:

Han [fastlegen] spurte umiddelbart om navnet og pronomenene mine. Han noterte de ned for å ikke feilkjønne meg eller tiltale meg ved feil navn. Han viste interesse og spurte meg om min personlige erfaring med kjønn, uten at det påvirket hvorvidt han ga meg hormonbehandlingen jeg trengte.

Å vise interesse eller spørre om personlige erfaringer med kjønn, og å spørre om navn og pronomen fremheves som viktige aspekter ved et godt møte. Informanten peker også på at personlige erfaringer med kjønn ikke påvirket hormonbehandlingen, og slik vi tolker dette handler det om at informanten ikke opplevde å måtte fortelle en bestemt historie om kjønnsidentitet for å få tilgang til kjønnsbekreftende behandling. Et av barna vi har intervjuet

fortalte at han satte pris på den respekten han opplevde i møte med fastlegen sin, og en av de foresatte brukte også ord som «respekt» og «forståelse» for å beskrive barnets møte med fastlegen. Helt konkret handlet det om at fastlegen «behandler han som en gutt» og bruker rett navn og pronomen.

En ung mann vi har intervjuet beskrev møtet med fastlegen sin på denne måten:

Han var veldig forståelsesfull. Han spurte om ting, brukte rett pronomen og det navnet jeg ville at han skulle bruke. Så det var veldig fint. [...] Men han har ikke hatt nødvendig kunnskap, for jeg har måttet fortelle dem ting jeg føler de burde ha visst, det er ganske grunnleggende.

Som vi ser er det at helsepersonell bruker rett navn og pronomen en viktig forutsetning for at man føler seg respektert. Det skaper forutsetninger for en god samtale og et godt møte. Informanten påpekte at fastlegen ikke hadde grunnleggende og nødvendig kunnskap om kjønnsinkongruens, men dette synes ikke å gjøre dette møtet til en negativ opplevelse. Flere av dem vi har snakket med har beskrevet liknende erfaringer. En av de ikke-binære informantene fortalte:

Han [fastlegen] var ærlig om at jeg er hans andre trans-pasient og at han ikke hadde så mye erfaring. Men han var åpen og lærevillig. Han ba meg om å korrigere ham dersom han brukte feil eller utdaterte ord. Når jeg korrigerer han, så brukte han aldri det ordet igjen. Han var også veldig interessert i å hjelpe meg til å fortsette på hormonbehandling fremfor å finne 101 grunner til hvorfor han ikke burde det.

Fastlegene har en sentral rolle i oppfølging av pasientenes helse generelt, og for tilgang til kjønnsbekreftende behandling spesielt, ettersom det er primærhelsetjenesten som henviser og som følger opp i etterkant av behandling hos NBTK. En fellesnevner ved sitatene som er gjengitt over er at bruk av rett navn og pronomen synes å være en avgjørende forutsetning for et godt møte. Dersom dette er på plass er det lettere å ha forståelse for at fastlegene mangler kompetanse.

De gode møtene som transpersonene beskriver finner sted i møte med ulike tjenester, både i og utenfor helsevesenet. Det kan også handle om møter med kirurger som beskrives som omsorgsfulle, positive og støttende kombinert med en faglig dyktighet, eller en sosiallærer som umiddelbart signaliserer aksept og som tilbyr seg å hjelpe da personen kom ut som trans. I andre tilfeller handler det om å kunne møte pasientens behov uten unødvendig fokus på deres kjønnsidentitet, noe som også er viktig for flere av deltakerne i Westerbotn et al. (2017, s. 196) sin svenske studie om transpersoners erfaringer i møte med helsepersonell.

Når de vi har intervjuet har fortalt om positive møter, var det i flere tilfeller beskrevet som noe overaskende som informantene ikke var forberedt på. Et eksempel på dette er en ikke-binær informant som beskriver hvordan hen ble svært overasket da en saksbehandler hos NAV plutselig spør: «hvilket pronomen bruker du?». En transperson reflekterer imidlertid på følgende vis rundt møtene med de gode møtene han har hatt med helsepersonell:

Det burde være et minimum å få en slik menneskelig kontakt med leger eller med andre. Så jeg ser ikke på det som et positivt tilfelle. Det burde ikke bli lagt merke til som noe spesielt at «åh, denne personen ydmyket meg ikke».

I sitatet viser han til han at det han beskriver som et godt møte, egentlig burde være et minimum av det en kan forvente fra møtene med helsepersonell.

## 5.2 Mangelfull kunnskap og informasjon

En generell betraktning fra brukerne er at det mangler kompetanse om kjønns mangfold i helsevesenet som helhet. Kunnskapen beskrives som vesentlig for at helsepersonell skal møte personer med kjønnsinkongruens på en god måte i sitt arbeid. En transperson vi har intervjuet sier følgende om kompetansen til fastlegen:

Fastleger bør kanskje ha litt kursing på hvordan reagere hvis en pasient kommer og sier 'du, jeg har noen spørsmål om kjønnsidentitet, kan du hjelpe meg?'. Så bør det kanskje være en bedre reaksjon enn 'åh, eeh... det vet jeg ikke noe om'.

I sitatet handler det altså om hvordan fastlegen skal møte en pasient som har behov for informasjon om kjønnsidentitet, og at det er viktig at helsepersonellet har kunnskap når dette spørsmålet kommer opp.

Noe som går igjen i flere intervjuer er at helsepersonell møter pasienten med det pasienten faktisk trenger hjelp med. Da trengs rett kompetanse blir det understreket av denne unge transpersonen:

Alt helsepersonell må ha en basiskunnskap om hva det er å være trans, og hvordan de møter oss da. Det burde jo faktisk være lærestoff, obligatorisk lærestoff for de som jobber i helsesektoren.

**Informanten utdyper:**

Folk vet altfor lite. Jeg skjønner at de som er cis aldri vil kunne forstå det fullt som en transperson så klart, for du er ikke i den situasjonen. Men du har alltid mulighet til å få mer kunnskap. Alltid. Og det mangler så ekstremt, og jeg har opplevd det så mange ganger, at kunnskap mangler, og det gjør alt vanskeligere uansett, på hvilken som helst måte. Og hvis folk først og fremst hadde hatt mer kunnskap, så hadde det kanskje vært mer lettere å fikse opp i alt annet.

Den kunnskapen som informanten i intervjuet ettylser hos helsepersonell, handler blant annet om en bedre forståelse om hva kjønnsidentitet er og hvordan det påvirker en som har kjønnsinkongruens, kunnskap om kjønnsbekreftende behandling (hvor det foregår, hva det

innebærer). Dette er kunnskap som denne informanten har savnet i sine møter med primærhelsetjenesten.

Også i møtene med NBTK får vi høre flere eksempler på at brukere og foresatte må ha med seg kunnskapen inn selv for å navigere systemet og få den hjelpen de trenger. En foresatt påpeker utfordringen som ligger i dette: «*Hvis man ikke har de ressursene selv da, så kommer man ikke så veldig langt.*». Har man ikke ressurser i form av tid og kompetanse får man ikke den helsehjelpen man trenger ifølge denne informanten. En bruker som har fått kjønnsbekreftende behandling på en klinikk i utlandet, beskriver hvordan han har full tillit til behandlingen han får der, fordi han vet de har kompetanse. Han poengterer at han blir lyttet til og at de er lydhøre for hans behov, og kontrasterer behandlingen han får i utlandet mot behandlingen han har fått i det norske systemet.

En bruker viser til erfaringer blant venner som opplever at leger blir forvirret når de skal fornye resepter på hormoner fordi de ikke har kunnskap om hvordan det skal doseres, administreres og lignende. Informanten beskriver det som at legene er redde for å nærme seg temaet, og hvordan det plasserer pasientene i en sårbar posisjon når de forventes å ha oversikt over alle detaljer selv. En annen deltaker beskriver at hun ikke hadde fått god nok informasjon når det gjaldt virkningen av hormoner, men også for lite oppfølging under selve hormonbehandlingen både fra fastlege og fra NBTK sin side. Dette blir særlig aktuelt når det viser seg at hun ikke har fått optimal medisinerings ettersom hun fikk svært lave testosteronverdier, som ifølge informanten førte til lav libido og etter hvert til depresjon. Hun forteller hvordan hun først og fremst fikk relevant informasjon andre steder enn i helsevesenet og poengterer:

Jeg føler at jeg fikk nok informasjon, fordi jeg var smart nok til å lete etter informasjon selv.

Den relevante informasjonen fant hun via transpersoner som hadde vært i liknende situasjoner som henne selv og på internett. Hun understreker imidlertid også i intervjuet at det egentlig ikke er trykt å basere seg på informasjon man finner på nettet, og at hun hadde ønsket seg mer informasjon fra helsepersonell.

Flere transpersoner forteller at det har vært vanskelig å få god informasjon om seksuell og reprodutiv helse. Samme bruker som vi siterte i avsnittet ovenfor beskriver følgende:

Jeg har ikke klart å finne noe offentlig informasjon om hvordan seksualitet fungerer i etterkant. Jeg fikk den informasjon selv, fordi jeg har noen venninner som har gjort det, og jeg har hatt en fin og veldig åpen samtale med dem.

Informanten beskriver hvordan den mest relevante informasjonen om seksuell helse kom gjennom venninner. En annen informant forteller at først samme dag som hun skulle opereres, kom spørsmålet om å fryse ned *gameter* (reproduksjonsceller, som egg og sædceller) opp. Brukeren påpeker imidlertid at hun ikke var til stede nok i hodet til å ta den avgjørelsen, og i intervjuet legger hun vekt på at det egentlig ikke følte som en «reell



mulighet» ettersom informasjonen kom for tett på selve operasjonen. En foresatt forteller at sønnen ikke fikk mulighet til å få fryst ned egg før han startet på testosteronbehandling. En transmann forteller på sin side at det ble satt av god tid ved NBTK til å gi informasjon om seksuelle og reproduktive rettigheter, deriblant det å fryse ned egg.

### 5.3 Negative møter i sårbare situasjoner

De fleste av brukerne har hatt en eller flere negative erfaringer i møter med helsetjenesten relatert til det å ha kjønnsinkongruens. Informantene forteller at det gjerne handler om helsepersonell som ikke forstår den sårbare situasjonen som pasientene befinner seg i, og der det eksisterer et skeivt maktforhold mellom helsepersonell og pasient. En ikke-binær informant som har opplevd avvising ved den nasjonale behandlingstjenesten, beskriver følelsen av å være liten i møte med en autoritet som fortalte at hun ikke hadde kunne få den helsehjelpen som hun hadde behov for. Hun beskriver at hun opplevde situasjonen som vanskelig. Asklöv et al. (2021, s. 328) sin kvalitative studie fra Sverige beskriver at et «respektfullt møte» mellom pasient og helsepersonell innebærer medvirkning i behandlingsløpet, muligheten til å bevare sin integritet, og det å bli møtt med åpenhet og empati. Dette resonerer godt med de beskrivelsene vi får fra transpersonene når man snakker om gode møter – utfordringene er imidlertid at mange av de erfaringer man har med helsetjenesten ikke samsvarer med dette idealet.

Det å for eksempel oppleve at helsepersonell ikke tror på en når man beskriver helseutfordringer som en konsekvens av å ha kjønnskongruens, eller at helsepersonell stiller ubehagelige spørsmål til og mistror beskrivelser av egen kjønnsidentitet, trekkes frem som svært vanskelige av en informant. Det er viktig å forstå hvilken kontekst slike møter skjer i. En talemåte eller oppførsel som kanskje virker uskyldig for avsenderen, kan sette dype spor hos den som befinner seg i en sårbar situasjon. En av brukerne beskriver følgende:

Jeg hadde alle symptomene som en person som har blitt utsatt for et overgrep. Altså psykisk. Ja, psykisk maktmisbruk og overgrep. Så det var posttraumatisk stress lignende symptomer. Jeg tror aldri jeg fikk det, jeg tror aldri hun [psykolog] skrev den diagnosen. Men vi brukte ganske mye tid på å gå gjennom det som var konsekvensene etter det som var behandlingen på rikshospitalet. Og det er jo den her, for meg så handler det om den her forferdelige skrekken over å ikke ha kontroll over eget liv.

Denne situasjonen ligger noen år tilbake i tid. Informanten beskriver erfaringene i etterkant av den kjønnsbekreftende behandlingen hos den nasjonale behandlingstjenesten, og forteller om en institusjon som informanten ikke opplevde som et godt sted å være. Personen hadde hverken en erfaring av å bli sett eller hørt. Informanten forteller i intervjuet at den gjennomgående mistilliten hun erfarte satte spor lenge etter at behandlingen var ferdig.

Ved siden av de negative konsekvensene av slike negative møter i seg selv, viser Stubberud et al. (2022) også hvordan denne type erfaringer kan føre til en frykt for nye negative møter, og at frykten kan begrense menneskers handlingsrom og livsutfoldelse. Denne type

erfaringer kan gjøre mennesker sårbare. Sårbarhet er en integrert del av møter mellom pasient og helsepersonell. Sårbarhet kan betraktes som et fellesmenneskelig grunnvilkår, men er ulikt fordelt. «Sårbarhet må defineres kontekstuell: Mennesker er ikke sårbare, men de kan befinne seg i marginale eller sårbare livssituasjoner.» (Thomassen, 2020, s. 17). Samtidig kan det også være verdt å peke på en bestemt situasjon i vårt materiale der brukerne beskriver at man befinner seg i en særlig sårbar situasjon.

## 5.4 Gynekologisk undersøkelse

En av transmennene vi har snakket med beskriver følgende på spørsmålet om hvordan et positivt møte med en gynekolog ville være. Han sier følgende:

Noen som, ja, bare var veldig profesjonell og respektfull. Ikke spurte om, ja, ting. Og at de bare så at okei, det her er en mann som har vagina. Og det går fint, liksom. Og at legen bare gjør det legen skal gjøre, eller at gynekologen gjør det han skal gjøre. Og så ferdig.

Brukeren legger vekt på at helsepersonell skal være profesjonelle nok til å gjennomføre undersøkelser uten at kjønnsidentitet skal påvirke den helsehjelpen man får, eller den dialogen man etablerer. Flere transpersoner vi har snakket med trekker imidlertid frem den gynekologiske undersøkelsen som krevende. Våre informanter har tilsvarende opplevelser av gynekologsituasjonen som i Reform - ressursenter for menn (2020, s. 14) sin undersøkelse om transmenn og helse, der en av informantene fortalte at gynekologundersøkelsen er en påminnelse om at helsevesenet er lite tilrettelagt for personer med kjønnsinkongruens. For to av transmennene vi har intervjuet står den gynekologiske undersøkelsen frem som spesielt vanskelig.

En av informantene forteller at han til nå har unngått å gå til en slik undersøkelse, da det oppleves som for krevende å gjennomføre. At det å skulle å gå til en gynekologspesialist er krevende for transmenn er noe tidligere forskning også viser (se f.eks. Dutton et al., 2008). Asklöv et al. (2021, s. 326) trekker frem at gynekologsituasjonen plasserer transmenn i en eksponert situasjon, og at det er viktig at pasientene blir møtt med empati og åpenhet. En konsekvens kan være at mange transmenn ikke går til gynekolog. Det kan for eksempel føre til økt risiko for livmorhalskreft som kan forbli uoppdaget. Det er dermed en fare for at pasientene ikke får god og likeverdig helsehjelp, som en konsekvens av at man forsøker å unngå en situasjon av frykt for negative møter. At en binær kjønnsforståelse kommer til uttrykk i navn på helsetjenester, ved at noen tilbud betegnes som «kvinneklinikker» eller lignende, kan forsterke en fremmedgjøring i møte med helsetjenestene. Dette blir også påpekt av Asklöv et al. (2021):

[T]he participants felt excluded because of the way the health care system is divided into female and male, binary health care. The fact that the clinic was often named a women's clinic" made it uncomfortable and offensive and as a result they did not seek health care at all. (Asklöv et al., 2021, s. 328).

Her legges det altså vekt på at det er viktig med et tilbud med et mer kjønnsnøytralt språk.

En annen bruker forteller på sin side om en vond opplevelse forbindelse med gynekologundersøkelse. Undersøkelsen skjer i forkant av et kirurgisk inngrep som et ledd i kjønnsbekreftende behandling. Informanten beskriver hvordan han ikke ønsket undersøkelsen i utgangspunktet, men at han ikke har noe valg. Dette er første gang han skal gjennomføre en gynekologisk undersøkelse, og får vite at det ligger et krav om en undersøkelse før det kirurgiske inngrepet. Samtidig får informanten vite at det vil være en kjent sykepleier til stede ved undersøkelsen i tillegg til lege. Informanten reagerer først på dette, men etter å ha vurdert situasjonen og snakket med andre, aksepterer han situasjonen. Han beskriver imidlertid et press om å gjennomføre undersøkelsen. Da undersøkelsen finner sted viser det seg at det er en annen sykepleier til stede, noe som oppleves som vanskelig. Han forteller følgende:

[D]et var veldig, veldig ubehagelig, det var veldig stressende for meg, og så prøvde de å snakke med meg for å roe meg ned, og så spurte jeg ´ kan i alle fall den ene, altså sykepleieren gå ut, slik at det blir mindre folk ´, og de sa nei. Jeg vet ikke hvorfor de nektet meg det, men de sa nei, hun kunne ikke gå ut. Og så skjedde dette. Det var så forferdelig, helt ærlig, den verste opplevelsen i mitt liv.

Dette er en episode som informanten også selv beskriver som traumatisk, og han kommer tilbake til den flere ganger i intervjuet. Informanten opplever stor usikkerhet i forkant av undersøkelsen. Han har tatt en rekke forholdsregler og forberedt seg grundig. Da han forteller hva han ønsker, blir han ikke lyttet til.

## 5.5 I møte(r) med den nasjonale behandlingstjenesten

En av brukerne vi har snakket med forteller oss at han har blitt møtt med forståelse og respekt 9 av 10 ganger i helsevesenet. Dette gjelder også i møter NBTK, der informanten forteller at han har flere gode erfaringer med helsepersonell. Brukeren forteller i et intervju at han møtte helsepersonell som var forståelsesfull, og som lyttet til det informanten hadde å si. Samtidig er det slik at de fleste av transpersonene vi har snakket med forteller oss at de har et negativt bilde av den nasjonale behandlingstjenesten. Så godt som alle brukerne har også på en eller annen måte negative erfaringer med den nasjonale behandlingstjenesten. Dette gjelder særlig den innledende kontakten med tjenesten. Dette er en krevende situasjon for mange av de vi har snakket med. Det kan henge sammen med at det er en tjeneste mange først og fremst oppfatter som en «portvokter» (jfr. van der Ros, 2021, s. 267). Det er den nasjonale behandlingstjenesten som avgjør om pasienten får diagnosen kjønnsinkongruens, som gir tilgang til kjønnsbekreftende behandling, og dermed regulerer tilgangen til helsehjelpen pasienten ønsker. Her spiller også «diagnosens makt» inn (jfr. Lie & Slagstad, 2018). Det ligger mye makt i å stille en diagnose eller å la være. Som Moen påpeker (2019) erfarer mange transpersoner at det er livsviktig og få stilt riktig diagnose. Hun påpeker også at det kan «oppstå en uheldig maktrelasjon dersom terapeuten benytter sin posisjon som fagekspert til å forvalte en «sannhet» som ikke stemmer overens med klientens» (Moen, 2019, s. 42).

Flere beskriver det første møtet med tjenesten som vanskelig, og gir uttrykk for opplevelser av maktesløshet overfor en institusjon som (potensielt) nekter dem kjønnsbekreftende behandling. En av informantene forteller at det verste med NBTK er at de har makt til å si nei til å gi behandling, og at du ikke har mulighet til å få en ny vurdering hos en annen instans. En annen informant forteller følgende: «Og så fikk jeg da denne videotimen med Riksen, som var dette her lange avhøret slash foredraget om ja, historie og hele den greia der. Jeg husker ikke sånn supermye, husker mest etterpå jeg var helt knust, på grunn av avvisningen.» Å ikke få diagnose og dermed å bli stående uten et behandlingstilbud i det offentlige oppleves som en voldsom avvisning.

De av informantene som er ikke-binære beskriver den første samtalen med NBTK som spesielt vanskelig, fordi de gjennom samtalen får vite at de ikke vil få helsehjelp ved institusjonen. Et av barna vi har intervjuet sier følgende:

[D]e var helt ok å snakke med på en måte, jeg opplevde det ikke noe spesielt negativt, det var bare sånn. Og så spurte de hva jeg kunne ønske av dem, og da var det jo på en måte pubertetsblokkere, og eventuelt noen å snakke med, men det fikk jeg jo også andre steder. Da fikk jeg egentlig beskjed om at ingen av de tingene kunne de gi meg, fordi de tilbyr ikke behandling til folk som ikke er helt sikker på at de er binære transfolk. Så da fikk jeg beskjed om at jeg kunne begynne å søke meg tilbake om, de ville ikke sette opp en ny time med meg, men hvis jeg hadde funnet ut om et år at jeg var binær, så kunne jeg begynne prosessen med å søke meg tilbake for kjønnsbekreftende behandling. Det er egentlig det da. Det var egentlig en ganske kjiopplevelse fordi jeg hadde venta så lenge.

Informanten hadde ventet lenge med å komme til utredning og beskriver at det var vanskelig å få en slik negativ beskjed. Transpersonene vi har snakket med forteller at det er godt kjent at NBTK ikke tilbyr behandling til ikke-binære. Samtidig har det for flere bygget seg opp en forventning om at det skulle endre seg med diagnosemanualen ICD 11 og den nasjonale faglige retningslinjen. Samme informant som vi siterte ovenfor, beskriver også følgende:

Når du da har gått ett år og venta på den timen, og det å da bare få beskjed om at vi kan ikke hjelpe deg, på en måte. Too bad. Var veldig kjipt. Og jeg hadde på en måte regnet med at det kom til å skje. Men samtidig så hadde jeg på en måte regnet med at med retningslinjene, at noe ville være annerledes da. Men ja. Jeg husker også at det tok et par måneder da før jeg sluttet å skvette hver gang jeg så trikker som det stod Rikshospitalet på. Fordi det minnet meg om den timen da.

Spørsmålet omkring forventninger til behandlingen av ikke-binære som en konsekvens av signalene fra den nasjonale faglige retningslinje kommer vi tilbake til i kapittel 7. Det imidlertid hvert å merke seg at informanten peker på hvordan møtet påvirket hen emosjonelt i negativ forstand i lengre tid etter timen.

En utfordrende situasjon for informantene er selve prosessen rundt den første samtalen med tjenesten, altså spørsmålene man blir stilt både før og under samtalen. Dette gjelder

både for brukere som har være gjennom samtalen relativt nylig, og brukere som har gjennomgått samtalen for noen år siden. En transperson som møtte tjenesten for noen år siden, forteller følgende:

Det hele begynte med at, jeg tror det var fire måneder før jeg kom på rikshospitalet, så fikk jeg tilsendt en blokk med tror det var sirka hundre sider med diverse spørsmål. Spørreskjema og ja. Alt mulig. Tror jeg brukte to kvelder etter skolen for å fylle ut alle disse spørsmålene. Og mange av spørsmålene synes jeg var, de var veldig spesielle. Noen av de synes jeg var ganske fæle spørsmål, som jeg ikke helt skjønnte hvorfor de måtte vite, hvorfor de spurte om. Men ja, uansett, hele den blokken måtte jeg levere inn fire måneder før timen. [...] Det er den kjente blokken til Rikshospitalet, om hva du tenker på når du tar på deg selv, og om du fantaserer om å ha på sexy kjole, alle de spørsmålene.

**En av ung transmann beskriver det første møtet med NBTK på følgende vis:**

Og så snakket vi om masse greier. Og jeg synes det var ganske hårreisende hva vi snakket om. For det de spurte om og snakket om var ting som hvor mange ganger jeg har hatt sex og sånn. [...] Og igjen, sånn psykisk helse og sånn, som jeg allerede hadde masse med BUP om, det er jo allerede forsikret allerede. Så var det akkurat som om de pushet på at jeg måtte gå ut og ha mer sex, for å være sikker på seksualiteten min, for å være sikker på at jeg ville det. Greia er jo den at seksualiteten din og kjønnet ditt henger jo ikke sammen. Så det var jo bare, hvis jeg kan få lov til å si det da, var litt bullshit. Så det var jo ganske ukomfortabelt da.

Informanten forteller at det var ukomfortabelt å bli stilt spørsmål om seksualitet som, er opptatt av at kjønn og seksualitet er to forskjellige ting, og forstår ikke hvorfor han blir stilt spørsmålene under samtalen.

**En annen av de unge brukerne vi har intervjuet kommer med følgende beskrivelse av de første timene han hadde med NBTK:**

[Etter] de tre første timene, så kom jeg gråtende inn i bilen, og gråt hele veien hjem fra Oslo. Sånn hysterisk gråt liksom. [...] De la liksom følelsene mine litt på bordet, og bare tok vekk følelsene mine, og ja, behandlet meg ikke som et menneske da, følte jeg da. Jeg følte at de bare tok vekk følelsene mine.

I intervjuet forteller informanten at han hverken opplevde at han ble forstått, sett eller akseptert gjennom de møtene han hadde hatt på dette tidspunktet.

## **5.6 Møter med andre aktører**

Flere av våre brukere har vært til behandling hos Helsestasjonen for kjønn og seksualitet (HKS). En av de unge informantene forteller følgende om sine erfaringer her:

[D]et er et sted hvor jeg kan snakke om kjønn og kjønnsidentitet, og hvordan det er å finne ut av, men også resten av opplevelsen min av hvordan det er å være trans [...]. Det har vært et sted å snakke om det til noen som skjønner, som kan noe om det, og som er gode å snakke med i form av å stille spørsmål eller lytte. [D]et føles på en måte som det eneste stedet hvor jeg kan ha en time med en psykolog eller lege og snakke om det å være trans, uten at det ender opp med at jeg lærer dem ting.

I sitatet ser vi at transpersonen beskriver HKS som det eneste stedet der ansatte har den kompetanse som personen har behov for. Dette trekkes frem at hen blir lyttet til og møtt på en god måte. Flere informanter beskriver HKS som en god modell for et behandlingstilbud. Vi blir fortalt at de tilbyr hyppige samtaler og kontinuerlig oppfølging, og informantene som har benyttet seg av tilbudet opplever at det er et trygt rom for å komme med tvil og spørsmål. Informantene som har vært i kontakt med HKS formidler at de opplever at de blir tatt med på vurderingen av hvilken behandling eller oppfølging de trenger. Et par av våre brukere har også vært i kontakt med det regionale senteret for kjønnsinkongruens i Vestfold. De uttrykker at de er positive til oppfølgingen som har blitt gitt her, men er negative til at senteret ikke tilbyr medisinsk behandling til personer med kjønnsinkongruens.

De fleste av transpersonene vi har snakket med har vært i møter med BUP eller DPS. Møtene med BUP og DPS beskrives på ulikt vis av informantene. Dette er for eksempel hva en foresatt forteller om et møte med BUP:

Og så måtte vi, for å komme inn hos Riksen, gå via BUP. Så da var vi på en samtale der, hos BUP, hvor jeg da ikke skjønnte at det var en samtale som de skulle bruke til å henvise til Riksen. Så hun brukte da hele den samtalen som en henvisning til Riksen, som da resulterte i at vi ble avvist hos Riksen.

Den foresatte beskriver her hvordan hun ikke fikk god nok informasjon fra BUP, om at samtalen hun hadde med tjenesten dannet grunnlag for henvisning til NBTK. Hun beskriver også hvordan prosessen rundt henvisningen ikke var godt fundert, og mener det var grunnen til at barnet hennes ble avvist hos den nasjonale behandlingstjenesten.

Vi har tidligere vist hvor viktig det er for brukerne å møte en person som har kunnskap og evne til å lytte til pasientene. En av de unge informantene forteller hvordan hun først hadde et ubehagelig møte med en psykolog, og ba da om å få en annen behandler. Møtet med den nye psykologen beskrives i positive ordelag, ettersom personen hadde både vilje og evne til å hjelpe pasienten:

Så resten av tiden på BUP så hadde jeg bare den ene psykologen. Og hun var kjempegrei. Hun så at det var rett for meg, og jeg skulle ha hormoner. Og hun hjalp meg veldig med å få en time til Rikshospitalet. Og når de brukte kjempelang tid på å se på henvisningen min, så hadde hun ringt til de og pushet på sånn at de skulle få ordnet en time til meg. [...] Hun visste ganske mye om temaet, for hun hadde hatt flere transpersoner før. Og hun var veldig åpen til å lære fra meg da. Fordi hun var ærlig om at hun visste ikke alt. Når vi snakket sammen, så, hun hørte på

det jeg sa, og hun tok det med seg videre. Liksom mine opplevelser, hva jeg tenkte om andre sine opplevelser, hun gjorde ikke bare behandlingen veldig bra for meg, men hun gjorde det bedre for andre og.

I sitatet ser vi har transpersonen her beskriver et møte med helsepersonell som har god kompetanse og som forstår pasientens behov, som har evne både til å lytte og lære, og som slik sett gir god behandling i dette tilfellet. En annen bruker som har god erfaring med DPS mener imidlertid at hen hadde «flaks» ettersom helsepersonellet hen hadde kontakt med tilfeldigvis hadde sexologisk kompetanse. En ung bruker forteller at han møtte en sykepleier hos DPS som var negativ og respektløs da han fortalte han at han følte seg som en gutt. Han beskriver at dette var ekkelt. Vi får beskrevet både gode og dårlige møter med disse tjenestene. Enkelte forteller om dårlig dialog og negative møter med tjenestene, mens andre igjen har nytte av oppfølgingen de får hos fagpersonene. Vi får også inntrykk av at flere opplever at de får mangelfull veiledning av tjenester som ikke forstår de utfordringer den enkelte bruker har, og som ikke kjenner systemet godt nok.

## 5.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi undersøkt ulike typer av erfaringer som brukerne har i møter med helsepersonell. Vi har sett hva som utgjør de gode møtene på den ene siden, men også hvordan mange opplever manglende kunnskap og informasjon. Informantene forteller om positive og negative møter med helsevesenet, og møter der de bli satt i en sårbar situasjon. Vi har løftet frem den gynekologiske undersøkelsen hos transmenn som eksempel på en slik sårbar situasjon. Møtene med NBTK beskrives av mange som eksempler på dårlige møter. Dette gjelder særlig i forbindelse med den første samtalen med tjenesten, der mange opplever det å bli avvist og dermed bli stående uten et behandlingstilbud i det offentlige. Andre forteller om ettervirkninger av negative møter de har hatt som et ledd i den kjønnsbekreftende behandlingen. Dette står i kontrast til møtene brukerne forteller om når det gjelder HKS, som beskrives i positive ordlag, både med tanke på hvordan de blir møtt og støtten de har fått.

## 6 Normer, forståelsesrammer og sosiale påvirkningsfaktorer

I dette kapitlet skal vi trekke ulike faktorer som kan påvirker relasjonene mellom brukere, foresatte og helsepersonell. **Hva slags normer, forståelsesrammer og sosiale faktorer legger informantene vekt på som sentrale i møter mellom brukere, foresatte og helsepersonell?** Elementene som vi beskriver i dette kapitlet henger sammen med de ulike erfaringene med møter med helsepersonell som vi beskrev i forrige kapittel, og utgjør en kontekst for å forstå disse møtene.

### 6.1 Ulike forståelser av kjønn

I intervjuene stilte vi informantene spørsmål rundt forståelsene av kjønn og av kjønns mangfold. En ung transmann sier følgende på spørsmål om forholdet mellom kjønn, kropp og identitet:

Kjønn er for meg noe åndelig og psykologisk. Det er noe du føler deg som. Og at det varierer fra person til person, og at det blir formet fra du er født til å bli enten mann eller dame. Og sånn har det vært ekstremt lenge, her i Norge. Det samfunnet vi kjenner til. Men at det ikke er sånn lenger, i like stor grad, folk er mer positiv til at kjønn ikke trenger å bli tvunget på oss. At det er greit å være noe annet enn mann og dame, for det er mange. Flere enn de tror, føler jeg personlig da. Så jeg tror ikke beskrivelsene av mann og dame, er noe mer enn sosiale rammer. At det ikke har noe med kroppen å gjøre. Eller, det blir vanskelig å sette ord på, men at det fysiske, at kroppen ikke er kjønn på en måte. At kjønn er helt avhengig av... at det er noe med følelsene, og at det er noe en har en personlig følelse av da.

Brukeren forteller at kjønn er noe du føler deg som, og som ikke har noe med kroppen å gjøre. For brukeren er kjønn først og fremst noe kulturelt og psykologisk. Det legges vekt på det i økende grad er akseptabelt å være noe annet enn mann og dame, altså at det i større grad enn tidligere eksisterer et kjønns mangfold i samfunnet.

Som vi viste i kapittel 2 har brukerne vi har intervjuet ulike kjønnsidentiteter og seksuelle orienteringer. På tilsvarende vis som hos Eggebø et al. (2019, s. 37), reflekterer utvalget et mangfold av identiteter som kan brukes til å beskrive seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, samt en økende problematisering av binære forståelser av kjønn. Denne problematiseringen av binære kjønnsforståelser kom også til uttrykk i fokusgruppeintervjuet vi gjennomførte med organisasjonene. Her gav informantene uttrykk for at de møter noen bestemte og strenge tolkningsrammer for kjønn i helsevesenet. Det ble beskrevet hvordan disse forståelsene igjen brytes mot deres egne forståelser av kjønn, og i den sammenheng ble det referert til ICD-11 der WHO anerkjenner at kjønnsidentitet er flytende.



Et av helsepersonellet vi har intervjuet i den nasjonale behandlingstjenesten reflekterer rundt kjønn på følgende vis:

[K]jønn [er] noe biologisk, og da er vi opptatt av at det er to kjønn, det er det man tradisjonelt kaller et biologisk kvinnekjønn, og et biologisk mannekjønn. Og så finnes det noen veldig få som er født der hvor det er mer uavklart da. Så i biologien tenker vi jo at det er to kjønn, med noen få unntak, som styres av om du har to x'er eller en x og en y. Sånn at fosterutviklingen går i den ene eller den andre veien. Men så finnes det mange flere kjønnsidentiteter.

For dette helsepersonellet er kjønn først og fremst noe biologisk, og har da også en binær forståelse av kjønnskategoriene. Det er altså en tokjønnsmode ll det her er snakk om, samtidig som det blir anerkjent at det finnes unntak, om enn tallmessig få. Som vi ser av sitatene brytes brukerens og helsepersonellens forståelser av kjønn mot hverandre. Man snakker ut fra ulike ståsteder når man snakker om kjønn. De ene informanten snakker først og fremst om kjønn som noe kulturelt, men den andre informanten først og fremst snakker om kjønns om noe biologisk.

Vi har også intervjuet andre helsepersonell som ikke har den samme binære kjønnsforståelsen enn helsepersonellet vi siterte i forrige avsnitt. I denne sammenheng har vi imidlertid valgt ut disse to sitatene fordi de peker på en brytning i kjønnsforståelser mellom brukere og helsepersonell, som flere trekker frem som en betydningsfull faktor som påvirker møtene mellom brukere og helsepersonell. Som vi viste til i kunnskapskapitlet viser tidligere forskning også at kjønnsforestillinger lett kommer til syne og påvirker samhandlingen mellom helsepersonell og pasienter (Westerbotn et al., 2017; Hudson, 2019; Floyd et al., 2020).

De fleste av transpersonene vi har intervjuet er kritiske til kjønnsnormene som de møter i helsevesenet. Flere av brukerne viser dessuten implisitt eller eksplisitt til en strukturerende *heteronorm* i samfunnet, som viser til kulturelle og sosiale institusjoner, praksiser og språk som reflekterer at samfunnet og kulturen forutsetter at alle mennesker er heteroseksuelle og ciskjønnete (jfr. Butler 1990). De forteller hvordan de må tilpasse seg normene, og flere legger vekt på de ikke har tillit til at de vil få tilstrekkelig helsehjelp hvis de fremstår som den de er. Kjønnsnormene som brukerne viser til i denne sammenheng, finner vi igjen i tidligere forskning på feltet. I en svensk kontekst viser for eksempel Caroll-Beight og Larsson (2018, s. 100), til «hegemoniske normer» i samfunnet som definerer og reproducerer kjønnskategorier, og legger også vekt på hvordan disse normene kan komme til uttrykk i retningslinjer og prosedyrer i helsevesenet når det kommer til helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens (se også Lambrou et al., 2020).

En foresatt forteller følgende om feminitetsnormene som hun blir presentert for av den nasjonale behandlingstjenesten, da hun følger datteren inn på en konsultasjon:

Nei, jeg bare husker at jeg synes de var veldig kritiske og hadde rare spørsmål. Så jeg husker at jeg nærmest måtte forsvare at man ikke måtte gå i kjole for å være kvinne. Og det var veldig forstyrrende for meg, for jeg er jo absolutt veldig kvinne, føler meg som kvinne, men hvis jeg

liksom skulle tro dem, så var ikke jeg kvinne nok. For det var akkurat som det ble stilt spørsmålsteget ved alle sånne uttrykk. Så hadde [datter] en egen samtale hvor hun blant annet fylte ut noe skjema og sånne ting, og da kom hun ut etterpå og fortalte om en del spørsmål hun hadde fått som hun selv synes egentlig var litt underholdende, mens jeg var helt rystet over hva hun var spurt om.

Den foresatte reagerer på normene og forståelsene av kjønn som datteren blir presentert for, og på spørsmålene som datteren formidler at ble stilt til henne. En av tingene som hun trekker frem som problematisk i den sammenheng var at datteren fikk beskjed om at hun ikke var feminin nok i sitt kjønnsuttrykk, og påpeker hun også hvordan datteren fikk høre at hun måtte øve på å være mer jente.

## 6.2 Å ikke være ærlig

Erfaringene av at det finnes noen bestemte forventninger til hva det vil si å være mann eller kvinner på i helsevesenet går igjen i intervjuene med transpersonene. Problemstillingen rundt binære kjønnsforståelser i helsevesenet er særlig utfordrende for informantene som er ikke-binære, blant annet som vi har sett fordi de ikke får tilgang på behandling hos NBTK. Det kan også by på egne utfordringer i primærhelsetjenesten. En ikke-binær deltaker forteller at hen ikke forteller om kjønnsidentiteten – hverken til helsepersonell eller andre – med mindre det allerede er kjent:

Som regel nevner jeg ingenting til noen som helst med mindre jeg vet at de, liksom på forhånd vet at de er positive til skeive ting generelt. Eller hvis jeg er nærme nok til de til at jeg tror at jeg trygt kan snakke med dem og faktisk ha en samtale om det, og jeg tror er villig til å lære noe og forstå. Så stort sett aldri blitt på en måte møtt med noe som helst innstilling om at det var viktig å tenke på at det finnes skeive eller, at kanskje det er noen som ikke føler seg tilpass i den kjønnsrollen som de har blitt plassert i. Det har liksom aldri vært et tema som har blitt tatt opp eller snakket om.

En spesialsykepleier vi har intervjuet mener at mange i helsevesenet har utfordringer med å møte personer med kjønnsinkongruens fordi man forholder seg til en tokjønnsmode:

[ ]Jeg tenker er at de har større utfordringer på sett og vis fordi helsevesenet opererer med to kjønn. Og det å kunne identifisere seg som ikke-binær, og så vil ha litt hormonbehandling, men ikke kirurgi, og det å kunne få lov til å være litt flytende, men der sitter jo folk og ´ nei, men i alle dager ´ ikke sant. Fastleger og sånne folk, de skjønner ikke sånt.

I sitatet påpeker helsepersonellet at det kan være utfordrende for ikke-binære transpersoner som ønsker seg et individualisert tilpasset behandlingstilbud, når det kommer til å få forståelse for de behovene man har. Helsepersonellet knytter den manglende forståelsen av disse behovene til den binære kjønnsforståelsen i helsevesenet. En mulig

konsekvens av at brukerne møter en manglende forståelse, er at man ikke er åpen omkring kjønnsidentiteten i møtet med helsevesenet.

Vi så i kapittel 4 hvordan brukerne understreket ønsket om å kunne løfte tvil og utforske sin identitet og behandlingsbehov i dialog med helsepersonell. Når kjønnsnormene blir strengt definerte, kan også rommet for tvil bli begrenset. Vi fortalt. En av brukerne forteller følgende angående det å ikke være åpen om den man er:

Når du er i en situasjon hvor den personen som skal utrede deg sår tvil, da ender du ikke alltid opp med å ikke være helt ærlig. Ikke nevne din egen tvil, og selvfølgelig overdrive dysforien. Så den risikoen for overbehandling, er mye større da. Mye større.

I sitatet sier transpersonen at når man blir møtt med tvil, tørr man ikke å sette ord på egen tvil, og kan ende opp med å overdrive helseutfordringene man har. Det blir beskrevet at man møter normative kjønnsforståelser og et bestemt behandlingsforløp og at man ikke har tillitt til at helsevesenet faktisk vil gi god helsehjelp hvis man er ærlig om egen kjønnsidentitet. Konsekvensen blir ifølge brukeren at man potensielt også overdriver helseutfordringene man faktisk har. Ifølge informanten vil dette altså utgjøre en risiko for overbehandling. Flere transpersoner forteller at de tar en rekke forbehold og forholdsregler i møte med tjenestene av frykt for ikke å få tilgang til helsehjelp. De beskriver et konformitetspress der det er lite rom for mellomposisjoner og de tidligere nevnte variasjonene i behov for transisjonen.

### 6.3 Forskjellsskapende dimensjoner

En av brukerne reflekterer på følgende vis å ha flere identiteter, og utfordringene som kan opptre i møter med helsevesenet når du bryter med definerte kategorier:

Flere kryssende identiteter, du kan være trans og på samme tid ha en av de tilnærmet uendelige seksuelle identitetene. Vanligvis ser de det bare som normalt eller aksepterer de som er strengt og trans, eller homofil og trans. Hvis du våger å si at du er panseksuell eller bifil tror de bare du er forvirra.

Informanten setter fingeren på problemet med å befinne seg i mellomposisjoner på tvers av bestemte normer, og mener at det er vanskelig for helsepersonell å akseptere dette. Det å komme ut som ikke-binær er potensielt særlig problematisk fordi det bryter med cis-normen og todelingen mann/kvinne, og fremstår som fremmed, annerledes og uforståelig for mange (jfr. Eggebø et al., 2019). Dette kan imidlertid være vanskelig for alle transpersoner – både binære og ikke-binære – som ikke passerer innenfor bestemte normer. Eggebø et al. (2019, s. 38) bruker uttrykket «sammensatte identiteter» for å beskrive hvordan det å ha en «skeiv identitet spiller sammen med andre minoritetsposisjoner og forskjellsskapende dimensjoner». Blant brukere i vårt utvalg kommer det frem flere eksempler på hvordan det å være transperson spiller sammen med andre posisjoner, noe som igjen kan ha påvirkning på helsetilbudet på ulikt vis.

En av brukerne vi har intervjuet er rusbruker og sier i intervjuet at hun har «to identiteter»: en som «trans» og en som «rusbruker». Informanten påpeker videre hvordan rusbruken var en av hindringene for å få tilgang til nødvendig kjønnsbekreftende behandling hos NBTK. En av brukerne viser til at det å ha en høy BMI gjør at han ikke har fått mulighet til å få kjønnsbekreftende kirurgi. Han foreller også at flere av helsepersonellet han har møtt er opptatt av å fortelle ham at han burde gå ned i vekt og vurdere å stoppe transisjonen. En av brukerne med en ADHD-diagnose forteller at han opplevde å ikke få hormoner, og fikk høre at det ikke var mulig fordi han var «psykisk ustabil».

En bruker med innvandrerbakgrunn forteller om hvordan normative krav for hvordan være mann eller kvinne på en kulturelt bestemt måte kan være særlig utfordrende for minoriteter. Hen spesifiserer hvordan en som er transmann forventes å oppføre seg som en mann etter det hen beskriver som «norske standarder»:

Hva skjer hvis standarden eller erfaringen med å være mann, for eksempel fra Midtøsten, er totalt annerledes. [...] Så, du må endre din kultur totalt i møtene for å bli godkjent [av NBTK]. Dette må endres, for å ikke bare vurdere ting ut fra norsk kontekst men også bli mer åpen og aksepterende mot de mangfoldige identitetene folk har.

Normene brukerne møter i helsevesenet kan føre til tilleggsbelastninger og utfordringer for personer med minoritetsbakgrunn forteller brukeren.

Alder fremstår som en viktig faktor informantene som er barn og unge, og beskrives av flere av informantene som en hindring for å tilgang på den behandlingen som er viktig for dem. En av de unge brukerne sier følgende:

Og så skulle jeg også ønske at det var litt mykere aldersgrense på ting. For eksempel sånn som hormoner da, tror jeg at for min del ikke i at det er fra når du er 15, men heller si at det er når du på en måte, når det blir naturlig å finne ut av det sammen med behandler, hadde hjulpet.

Beskrivelsene fra flere av de unge transpersonene vi har snakket med handler også om at utredningen og behandlingen går alt for sakte i det eksisterende helsetilbudet, med for få samtaler og for lang ventetid. En av informantene forteller følgende:

Det gikk så lang tid mellom hver gang jeg hadde time, og det var veldig frustrerende å måtte vente så lenge. Og på det punktet hadde jeg allerede vært ute som trans til meg selv i fire år. Så jeg følte meg allerede da veldig, veldig klar for å komme i gang.

Tiden beskrives som en belastning for unge pasienter som befinner seg i en allerede vanskelig situasjon. Når det å være transperson spiller sammen med andre dimensjoner som rusbruk, overvekt, minoritetsbakgrunn og alder, opplever brukere at dette skaper problemer med å få tilgang til den helsehjelpen de forteller at de har et behov for.

## 6.4 Negative møter utenfor helsevesenet

I intervjuene har vi først og fremst stilt spørsmål som handler om helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens, men i visse tilfeller har informantene også vært opptatt av å beskrive generelle erfaringer med negative møter utenfor helsevesenet med utgangspunkt i kjønn. En informant forteller følgende:

I de tilfellene hvor jeg for eksempel møter folk som ikke vet at jeg er trans, ser jeg at deres tilnærming til meg endres fullstendig når de finner ut at jeg er trans. [...] Jeg er lei av alt tullet, så jeg har denne boblen av mennesker som jeg kjenner og jeg navigerer gjennom denne boblen.

I sitatet viser han til hvordan andre reagerer negativt på at han er trans, noe som påvirker hvem han omgir seg med. Van der Ros (2021, s. 269) poengterer at personer med kjønnsinkongruens kan oppleve ulike typer av ubehag både relatert til helsehjelp, men også til situasjoner utenfor helsetilbudet. Hun peker på det hun karakteriserer som «kjønnsdysfori» og «diagnostisk ubehag» på den ene siden, men også til det hun «byråkratisk ubehag» og «sosialt ubehag» på den andre. Det van der Ros karakteriserer som «sosialt ubehag» handler da om de negative erfaringer som personer med kjønnsinkongruens har på ulike samfunnsområder, noe som levekårsforskningen på feltet bærer vitne om (jfr. Anderssen et al., 2021). Stubberud et al. (2022) viser hvor viktig det er å ha øye for hvordan negative møter av mindre alvorlig karakter får betydning i kraft av de gjentas gjennom livet. For informanten vi siterte ovenfor handler det om å ha en bestemt omgangskrets å omgi seg med, og der han kan oppleve å føle seg trykk trygg uten å måtte erfare negative møter med utgangspunkt i kjønnsidentiteten sin.

En ung transmann forteller at han har opplevd mye «hat» på skolen med utgangspunkt i kjønnsidentitet. Etter at informanten endret navn i folkeregisteret, ble det nye navnet formidlet av en lærer til hele skoletrinnet. Informanten forteller at flere etter dette fortsatte å si «fødenavnet mitt med vilje til meg flere ganger, brukte henne, og kalt meg jente veldig mye». Informanten beskriver dette som en vedvarende trakassering fra noen bestemte personer som har vært svært sårende. Samtidig relaterer han dette også til homofobien som er utbredt på skolen, og som både lærere og skolens ledelse ikke tar på alvor.

En annen informant forteller om en hendelse hun har blitt utsatt for:

Det var på et utested, av alle steder, og jeg skulle bare på toalettet. Men helt tilfeldigvis på dametoalettet, så var det en mann, som syntes at jeg burde ikke være der. Og det er helt rart, fordi med en gang jeg kom inn, han snakket med en dame der, og så pekte han på meg, og sa 'ja, ser du, han er der, så jeg får lov å være der'. Og jeg bare sa til ham, 'det er litt frekt å anta kjønn på folk', det var det eneste jeg rakk å si før han tok kvelertak på meg, og alt svartnet. Det gikk så fort, og han var så overlegent større og sterkere enn meg.

Informanten forteller altså om en situasjon på det toalett der hun blir utsatt for transfobisk vold. En annen informant er på sin side opptatt av at det er viktig med et helsevesen som kan være en motvekt til transfobien han ser rundt seg:

[1]når det gjelder transpersoner, møter vi diskriminering overalt i våre sosiale liv. Og det er veldig viktig å vite at hvis vi trenger mental støtte, kan vi ha noe stabilt som vil hjelpe oss å navigere i all transfobien rundt oss.

Selv om beskrivelser av negative møter utenfor helsevesenet ikke er viet stor plass i intervjuene, er de likevel interessante i den forstand at de tydeliggjør det vi vet fra tidligere forskning om hvordan personer med kjønnsinkongruens opplever diskriminering og negative møter. Disse erfaringene er også viktige som en kontekst for å forstå hvordan informantene oppfatter og fortolker møtene med helsepersonell.

Noen brukere er også opptatt av hvordan de negative møtene utenfor helsevesenet kan ha påvirkning på en såkalt «virkelighetserfaring», som innebærer at det er forventet at brukeren lever i tråd med sin kjønnsidentitet og endrer sosiale rolle i alle sammenhenger. Virkelighetserfaring er ikke anbefalt i den nasjonale faglige retningslinjen, eller i SOC 8 (Helsedirektoratet, 2020; Coleman et al., 2020), men NBTk har virkelighetserfaring som en del av sin utredning. En av brukerne sier følgende om dette temaet:

Samfunnet er jævla dritt mot deg hvis du ikke passer inn. Så det er sykt vanskelig å leve ut som deg selv før du har fått noe som helst behandling.

Sitatet peker på at informanten opplever at man gjennom en virkelighetserfaring står i fare for å oppleve nye negative møter, med utgangspunkt i diskrimineringen de som bryter med normer for kjønn blir utsatt for. Dette er særlig innviklet *før* man har igangsatt kjønnsbekreftende behandling påpeker informanten, ettersom det vil være en betydelig avstand mellom kjønnsidentiteten og kroppen. Da er det kanskje særskilt komplisert å leve ut kjønnsidentiteten, og våre informanter har også kjent på diskriminering på ulike samfunnsområder. Brukeren reflekterer videre rundt dette temaet:

De krever en så kalt 'real life test' av deg, men de etterlater deg også alene. Fordi du får ikke noe parykk eller protese av god kvalitet før du har fått diagnose. Du virkelig står helt uten hjelp med noen ting, helt uten råd, bare sånn 'ja, kom tilbake til oss når du er en ordentlig transkvinne'.

Informanten beskriver også hvordan man ikke får tilgang til gode hjelpemidler i denne fasen, og viser en virkelighetserfaring kan plassere en i en vanskelig situasjon der man er sårbar og alene.

## 6.5 Økonomi og bosted

En informant forteller følgende når det gjelder det å ta en operasjon privat i utlandet:

I land som USA og Storbritannia for eksempel, koster fullstendig falloplastikk over en million norske kroner. Og det er klart ikke så mange som har råd til å betale en million for den operasjonen. Det er litt lettere for damer da, fordi vaginoplastikk er mye billigere. Du kan få en god vaginoplastikk for 200 – 300.000 kroner, og det er mer eller mindre realistisk beløp for de fleste i Norge å skaffe seg ved å spare eller ved å ta opp lån [...].

**Informanten beskriver her hvor kostbart det kan være å gjennomføre genitalkirurgi. Flere av brukerne viser til erfaringer med å gå til privat behandling. Det er kostbart og ikke en mulighet for alle. Det handler ikke bare om operasjoner i utlandet, men også om å ha økonomiske ressurser til å gjennomføre kostbare behandlinger som toppkirurgi i Norge. En av de unge transpersonene legger vekt på at deres familie har ressurser til å kunne gjennomføre en operasjon privat, og at dette er noe man ønsker å gjennomføre:**

Ja, nei, det har vi nesten alltid vært litt klar på at vi har lyst til å gjøre privat. Penger er ikke noe sånn kjempestort problem sånn for oss. Vi har nok til å gjøre sånne prioriteringer.

**En annen ikke-binær transperson har derimot knappere ressurser, og har måttet ta av oppsparte ressurser for å gjennomføre kirurgi i voksen alder:**

Jeg brukte mesteparten av arven fra mormor til å ta toppkirurgi privat. Rett og slett. For det var noe jeg visste at jeg trengte for min egen del. Jeg visste at det kom til å bedre min livskvalitet, så det gjorde jeg i fjor. [...] Det var kjipt å måtte betale såpass mye for noe jeg føler at burde blitt dekket av nasjonal behandlingstjeneste.

**Informanten forteller at hen har måttet prioritere hardt for å få penger til å gjennomføre den private operasjonen:**

Det er det å måtte betale 55.000 kr på noe sånn når jeg kunne brukt det på så mange andre ting. Kunne sattes til side til egenandel til hus, eller brukt det til sertifikatet eller investert i egen bedrift, eller. Så mange andre ting som jeg kunne heller ha brukt de pengene på hvis nasjonal behandlingstjeneste faktisk gjorde det de skulle. Det er kjipt. Men det var verdt det for min del, å bruke de pengene i forhold... altså, mitt selvbilde, min livskvalitet har blitt så mye bedre siden jeg gjorde det. Jeg ville gjort det igjen på et blunk. For det var helt riktig for meg. Jeg visste at det var riktig for meg, det har jeg visst lenge, at det var noe jeg trengte.

**Informanten opplever altså at hen må betale for en behandling som burde vært dekket av det offentlige.**

**En bruker forteller det rett og slett ikke er mulig å gjennomføre en operasjon privat fordi det koster for mye:**

Hadde det vært en mulighet for meg å kunne ta det her via private aktører så er det noe jeg hadde sterkt vurdert. Men sånn det står nå har jeg bare rett og slett ikke råd. For kunne jeg bare betalt for å få det her gjort et annet sted og sluppet et og et halvt års usikkerhet og en seksårs generell ventetid, da hadde jeg gjort det.

Økonomiske ressurser som påvirkningsfaktor for hvem som har mulighet til å gjennomføre behandling privat har også blitt trukket frem i tidligere forskning. I en amerikansk kontekst har Pampati et al. (2019, 2021) påpekt at for unge transpersoner er økonomiske kostnader en barriere for å kunne gjennomføre kjønnsbekreftende behandling. I rapporten *Skeive livsløp* (Eggebo et al., 2019, s. 50) beskriver flere transkvinner at dårlig økonomi hindret dem i å få tilgang til kjønnsbekreftende behandling. Ettersom de ikke hadde tilgang til offentlig finansiert helsehjelp var privat behandling deres eneste alternativ. En av informantene fortalte om det som et valg mellom hormoner eller å ha mat på bordet.

Bruk av private tilbydere for å kompensere for det som oppleves som et utilstrekkelig offentlig tilbud, fører med seg nye utfordringer knyttet til et likeverdig helsetilbud og tilgang på helsetjenester. Private tjenester er dyre og kan gjøre personer i vanskelige situasjoner enda mer sårbare ved at de ikke har økonomi til å betale for tjenestene. Som konsekvens ser mange seg nødt til å be om økonomisk hjelp. Nye innsamlingsaksjoner dukker regelmessig opp sosiale medier, via spleis eller lignende for å bistå personer som av ulike grunner ikke får den behandlingen de trenger av NBTK. En av brukerne vi har intervjuet har erfaring med en slik innsamlingsaksjon.

Spørsmål om bosted går igjen i flere av brukernes erfaringer, og at det har stor betydning hvor en bor i landet, noe vi også kommer tilbake til i neste kapittel. En forteller følgende:

Måtte reise inn til Oslo for å gjøre det [toppkirurgi]. Har vært på én sjekk i Oslo siden da, men det er jo langt å reise. Har ikke bil, så jeg måtte ta buss midt i korona tiden, var ikke så veldig komfortabel med det i det hele tatt.

Tidligere forskning viser til lange avstander mellom kompetente helsetjenester/behandlere som en utfordring for personer med kjønnsinkongruens. Dette krever ofte omfattende logistikk, og til tider ekstra økonomi, til transport samt fravær fra skole/jobb pga. omfattende tidsforbruk (Blodgett et al., 2017). En foresatt forteller også hvordan de måtte bytte kommune fordi barnet med en asperger diagnose fikk bedre helsetilbud i relasjon til autisme en annen kommune. Samtidig gav dette en utfordring med lenger avstand til NBTK og andre relevante behandlingsinstitusjoner.

## 6.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi beskrevet ulike kulturelle og sosiale faktorer, som kan påvirke møtene med og tilgangen til helsetjenester for personer med kjønnsinkongruens. Vi har vist hvordan informantenes forståelser av kjønn brytes mot binære kjønnsforståelser i helsevesenet, noe flere trekker frem som problematisk. Ulike forskjellsskapende dimensjoner fremstår som en



utfordring for å få tilgang på helsehjelp. Brukerne har ulike erfaringer med negative og transfobiske møter utenfor helsetjenesten, som samtidig kan ha betydning for møtene med helsepersonell. Informantene forteller også om sosial ulikhet i form av økonomiske ressurser, og at bosted betydning for hvem som får tilgang til kjønnsbekreftende behandling.

## 7 Muligheter og barrierer på tjeneste- og systemnivå

I det forrige kapitlet var vi opptatt av sosiale og kulturelle faktorer som kan ha påvirkning på helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens. I dette kapitlet ser vi på noen strukturelle og organisatoriske rammer som informantene legger vekt på at har betydning for tilgangen på helsehjelp når det gjelder kjønnsinkongruens. ***Hva slags muligheter og hindre for god og likeverdig helsehjelp opplever transpersoner og helsepersonell som en konsekvens av måten helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens er organisert på?***

### 7.1 Operasjonssåret

En transperson med en ikke-binær identitet forteller til oss at hen har oppsøkt en privat klinikk, for å få gjennomført toppkirurgi fordi hen ikke har mulighet til å få gjennomført en operasjon i regi av det offentlige. I etterkant av operasjonen oppsøkte hen fastlegen for å få oppfølging. Brukeren kommer med følgende beskrivelse av denne situasjonen:

[N]år jeg kom inn dit og prøvde å spørre om det her var normalt med stingene som jeg hadde, de var litt klumpete og harde og sånn, så sa egentlig bare fastlegen at nei, det visste hun ikke noe om, jeg fikk ta kontakt med kirurgen. Og det var jo ikke så lett å komme til kirurgen for at han skulle sjekke det. Da måtte jeg ha dratt til Oslo for det.

I sitatet ser vi at informanten ikke får hjelp fra fastlegen til oppfølging av det operative inngrepet.

Informanten bor på et annet sted i Norge enn det sentrale østlandsområdet, og forteller at hen må reise langt for å kunne få oppfølging på den aktuelle klinikken. For informanten fremstår det som forvirrende og uforståelig at fastlegen sier at hen må ta oppfølging og spørsmål med kirurgen på den private klinikken. Informanten utdypet:

Hun har jo gjort andre småkirurgiske inngrep. Jeg har hatt, ja, måtte kutte noe og ta noe sting på armen og sånn, så det er jo ikke sånn at hun ikke har peiling i det hele tatt. Men når det kom til de stingene som var under bryst så var hun veldig...hun virket som hun bare plutselig hadde blitt stilt foran en hest som hun ikke hadde noe som helst peiling på. Det er for så vidt greit nok det, at hun kanskje ikke hadde så mye erfaring med det, men det var veldig merkelig å bli bare fortalt at nei det måtte jeg gå til privat kirurgen med. For min del virker det jo som om det er noe som burde gå an å få oppfølging på hos fastlegen. Det er jo bare sting, holdt jeg på å si. Om jeg ble kuttet privat eller ikke, synes jeg ikke skulle ha noe å si for hvor jeg får den oppfølgingen.

Informanten uttrykker altså en forbauselse over at fastlegen ikke vil undersøke operasjonssåret. Forbauselsen informanten uttrykker henger sammen med at fastlegen i

andre sammenhenger har fremstått som kompetent. Dette gjelder for eksempel når det gjelder andre inngrep. Det handler da om inngrep som ikke var relatert til kjønnsinkongruens. Når det gjelder det aktuelle operasjonssåret relatert til toppkirurgien blir situasjonen en annen. Informanten påpeker at hen trodde det var noe hvem som helst lege kunne gjøre, men at legen virket ukomfortabel når det gjaldt å forholdet seg til dette operasjonssåret. Informanten påpeker at det fremstår som sært og merkelig. I intervjuet kommer det også frem at den aktuelle fastlegen både var ukomfortabel når det gjaldt å snakke om kjønnsinkongruens, at personen hadde lite kompetanse på temaet, og heller ikke virket interessert i å lære noe mer om dette.

Eksemplet synliggjør en bestemt behandlingssituasjon, men peker også på noen strukturelle og organisatoriske utfordringer når det gjelder helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens i Norge. For det første handler dette om en pasient med en ikke-binær identitet som ikke har et behandlingstilbud ved den nasjonale behandlingstjenesten, og som er avhengig av fastlegens kompetanse og private behandlere for å få et adekvat helsetilbud relatert til kjønnsinkongruens. Når pasienten tar en kostbar operasjon hos en privat behandler, opplever hen å ikke få tilstrekkelig helsehjelp hos fastlegen til oppfølging av operasjonen. Informanten etterlyser et bedre lokalt og regionalt tilbud for å få en bedre oppfølging:

[D]et å ikke kunne få noe som helst oppfølging lokalt, spesielt under pandemien, det var vanskelig for min del. Det var det. For jeg visste jo på en måte, jeg kunne ta bilder og sende til kirurgen, men det er jo noe helt annet å ta bilde av noe, og å si ´ her er det veldig hardt og rart akkurat nå ´ i forhold til at han kan komme og pirke på det og si ´ ja, det var kanskje litt hardt og rart ´. Det var liksom, jeg kan ikke bare svippe inn til Oslo liksom.

Ettersom det ikke finnes lokalt eller regionalt behandlingstilbud som kan bistå pasienten i dette tilfellet, forteller informanten at hen blir stående alene overfor et offentlig helsetilbud som ikke fanger opp pasientens helseutfordringer.

## 7.2 En ensom jobb

I rapporten *Rett til rett kjønn* er en av anbefalingene at fastleger og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten får en tydeligere rolle når det gjelder behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens (Helsedirektoratet, 2015). De nasjonale faglige retningslinjene fastslår også at pasientenes fastlege er sentral når det kommer til oppfølging av pasientene:

Fastlegen tilbyr allmennlegetjenester til pasienter på sin liste og har oversikt over helsetjenestetilbudene på de ulike nivåene. Fastlegen har den medisinskfaglige koordineringsrollen og samarbeider med andre relevante tjenesteytere, blant annet om individuell plan og med koordinator i kommunen. Vanligvis er det fastlegen som starter kartlegging og utredning om behovet for helsehjelp, henviser til spesialisthelsetjenesten og følger opp pasienter som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. (Helsedirektoratet, 2020, s. 19)

For at en fastlege skal kunne ha en god «medisinskfaglig koordineringsrolle» overfor denne gruppen av pasienter, er det avgjørende at fastlegen har retningslinjer å forholde seg til, og at fastlegen har kontakt med miljøer som kan gi råd og veiledning når det gjelder det å behandle personer med kjønnsinkongruens.

Samtidig gir den nasjonale faglige retningslinjen i mindre grad føringer for hvordan helsepersonell i konkrete behandlingssituasjoner skal forholde seg til den aktuelle gruppen. I beskrivelsen av retningslinjenes omfang og avgrensning kan man lese følgende:

Retningslinjen omfatter i liten grad detaljerte anbefalinger om den kliniske tilnærmingen i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging av medisinske og/eller kirurgiske intervensjoner eller tiltak. Retningslinjen gir ikke anbefalinger om hvordan, for eksempel hvilke teknikker, dosering, metoder og prosedyrer, som kan anvendes. I en faglig retningslinje med kliniske spørsmål vil det være nødvendig med andre metodiske tilnærminger og krav til kunnskapsgrunnlag for anbefalingene. (Helsedirektoratet, 2020, s. 48)

Mange av informantene som vi har snakket med er opptatt av at det er viktig at helsepersonell som skal møte og behandle personer med kjønnsinkongruens har kunnskap om dette feltet, og at det er vesentlig at man er i dialog med miljøer og organisasjoner som kan tilføre helsepersonell relevant kompetanse når det gjelder kjønns mangfold og kjønnsinkongruens.

En fastlege vi har intervjuet beskriver på sin side opplevelsen av å stå alene i dette arbeidet:

[D]et er en veldig ensom jobb å sitte og jobbe med disse pasientene. Både fordi at psykiatrien skal ha tak i dem, og mange av de føler seg krenket av å måtte bli henvist til DPS for å få en diagnose, og det med mistro som systemet har gjort mye av istedenfor å fremme, jeg vet ikke, hvordan skal jeg si det? Den bekymringen vi har for at vi skal behandle feil pasient er at vi skal gi veldig omfattende behandling til en person som kanskje ikke ønsker det.

I sitatet er det flere ting som kommer frem: for det første blir det beskrevet en situasjon der helsepersonellet opplever at det er ensomt å møte disse pasientene. Samtidig vises det til en bekymring for å ikke gi god behandling. Senere i intervjuet påpekes det at dette kan ha sammenheng ut av helsevesenets behandling av transpersoner, og det blir poengtert at «de tror ikke på systemet og systemet tror ikke på dem». Helsepersonellet viser til en manglende tillit mellom tillitsgiver (pasient) og tillitsmottaker (helsepersonell), som gjør behandlingssituasjonen krevende. Fastlegen er bekymret for å gi feil- eller overbehandling som en konsekvens av den manglende tillitten mellom helsepersonell og bruker. Som vi var inne på i kapittel 6 er risikoen for overbehandling noe en bruker også er bekymret for.

Beskrivelsen av at dette er en «ensom jobb» for en fastlege, henger også blant annet sammen med at samme informant som vi siterte ovenfor, legger vekt på hvordan det eksisterer en «krigersk tone» i det offentlige ordskiftet når det gjelder helsetilbudet for

personer med kjønnsinkongruens. Informanten gir uttrykk for en manglende felles agenda på feltet. Samtidig legger helsepersonellet også vekt på at det kan være vanskelig å vite hva slags ord og begreper man skal bruke i møte med pasientgruppen. Informanten sier følgende:

Jeg kjenner at jeg savner å få noen ordentlige uttrykk og at vi kanskje kan enes om noe felles, som gjør at det blir litt lettere å møte disse menneskene uten å krenke dem.

Informanten påpeker at det krevende for helsepersonell å navigere i et farvann som oppfattes som uoversiktlig:

[V]i må bruke mye tid på å definere hvilken rolle vi skal ha, og hvilken intensjon ting gjøres i, og hvilken intensjon man har, og en del sånne ting som er krevende for pasienten. [V]i har lite og fryktelig dårlig forskning [...] og vi sitter og jobber litt i blinde, med synsing og føling og meninger, som kanskje ikke alltid er det beste for pasienten.

Fastlegen opplever det å jobbe i blinde, beskriver en usikkerhet i møte med målgruppen, og forteller at det er et manglende kunnskapsgrunnlag som gjør det vanskelig å være kliniker i dette tilfellet.

### **7.3 Mellom to stoler**

De nasjonale faglige retningslinjene fra 2020 legger som nevnt vekt på at en psykiatrisk/psykologisk utredning ikke er en betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling (Helsedirektoratet, 2020, s.24). Flere av helsepersonellet vi har intervjuet er imidlertid opptatt av at helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens befinner seg i en spesiell fase. Et av helsepersonellet karakteriserer den nåværende situasjonen som en «vanskelig mellomstusjon», en annen karakteriserer dette som en «mellomfase». Det viser til en paradoksal situasjon der kjønnsinkongruens ikke lenger er knyttet til en psykiatrisk diagnose, noe som representerer en endret måte å forstå kjønnsinkongruens på fra nasjonale og internasjonale helsemyndigheter sin side, samtidig som NBTK fortsatt krever en utredning fra BUP/DPS før de vil gjennomføre sin utredning.

For flertallet av transpersonene vi har intervjuet oppleves dette som uforståelig. Mange er godt kjent med den nasjonale faglige retningslinjen. Et av barna vi har intervjuet forteller følgende:

Jeg hadde veldig lyst på pubertetsblokkere for å kunne få mer tenketid. Dette var rett etter at de nye retningslinjene hadde kommet. Så da søkte jeg til Rikshospitalet, men de krevde utredning på BUP for at jeg skulle komme inn, selv om det ikke var påkrevd ifølge retningslinjene.

Informanten viser altså til de nasjonale retningslinjene, og forteller hvordan hen blir overasket over å måtte få en utredning på BUP før hen kunne møte den nasjonale

behandlingstjenesten. I intervjuet bruker informanten ordet «kaos» som en beskrivelse av det uoversiktlige ved helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens i dag i den sammenheng, og forteller hvordan man beste evne må manøvrere i et uforutsigbart system. Informanten legger også til at dette er et system som ikke er «holdbart».

Et helsepersonell ved NBTK sier dette når det gjelder spørsmål om psykiatrisk utredning for barn og unge, og forklarer hvorfor tjenesten stiller et krav om dette:

Så har vi ingen problemer med å forstå at for mange er dette viktig, at det ikke er en psykisk lidelse, men likevel er dette barnet og denne ungdommen en helhet, og vi vet at det er en sårbar gruppe, og vi vet at veldig mange har med seg mye som er viktig for oss å kjenne til før vi kan ta en vurdering om det er riktig tidspunkt for medisinsk behandling.

Samtidig som NBTK krever en psykiatrisk utredning hos BUP/DPS før eventuell behandling eventuelt kan igangsettes, er det imidlertid blitt vanskeligere å få utredning både hos BUP eller DPS, fordi kjønnsinkongruens ikke lenger er definert som en psykisk lidelse forteller flere av transpersonene vi har snakket med. Det samme helsepersonellet vi siterte ovenfor legger også vekt på dette som en utfordring:

Men nå ønsker ikke spesialisthelsetjenesten der pasienten bor å ta imot pasienten hvis man ikke har en psykisk lidelse, vi tar ikke imot deg, med mindre du har alvorlig psykisk lidelse. Og da får de ikke den utredningen, og da blir vi usikker på hvordan vi skal vurdere medisinsk behandling når den kartleggingen ikke er gjort. Så det er den praktiske konsekvensen av at dette ikke er en psykisk lidelse.

Flere av helsepersonellet beskriver at de er overasket over denne situasjonen som har oppstått. Et annet helsepersonell vi har snakket med beskriver dette på følgende vis:

[S]å har jeg flere pasienter som klager sin nød over at de har blitt henvist fra fastlegen til DPS, men fått avslag. Jeg hadde faktisk ikke forutsett det altså. Og jeg har jobbet ganske mye med pasientgruppa, og tror det kom som en overraskelse på mange at plutselig så havnet den pasientgruppa mellom to stoler.

Gjennom intervjuene med helsepersonell, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, ser vi en bekymring for vakuemet som har oppstått som en konsekvens av at det har blitt vanskeligere å få innpass hos BUP og DPS. Det kan se ut til at denne situasjonen har ført til at det er vanskeligere å få tilgang til helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens.

Et helsepersonell ved helsestasjon for kjønn og seksualitet sier følgende:

I praksis har det blitt verre, fordi at BUP og DPS sier at det med kjønnsinkongruens er ikke en del av prioriteringsveilederen, så mange tar ikke lenger imot barn og unge til utredning, fordi

de sier at det er ikke noen grunn til det, hvis det ikke er sterkt nok symptomtrykk. Og så sier jo da nasjonal behandlingstjeneste som da ønsker at alle under 18 år skal gå via BUP først, at det krever de før de får komme inn til dem, og det gjør jo at da blir jo de her barn og unge mellom to stoler, fordi at ikke kommer de inn på BUP eller DPS fordi de ikke er syke nok, men så kommer de ikke inn på Rikshospitalet fordi de ikke har gått gjennom kartlegging på BUP og DPS.

Fra ulike ståsteder og posisjoner beskriver helsepersonell en vanskelig situasjon for personer med kjønnsinkongruens. Den nasjonale behandlingstjenesten krever fortsatt en egen utredning av kjønnsinkongruens, selv om dette ikke klassifiseres som en psykisk diagnose. Konsekvensen er da ifølge helsepersonell som vi har snakket med, at det kan se ut til at det blir vanskeligere for mange å komme seg inn i systemet.

## 7.4 Helsepersonells synspunkter på organiseringen av helsetilbudet

Desentralisering av helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens er et tema som går igjen som en rød tråd i intervjuene, både med brukere og helsepersonell. Spørsmålet er bare hvor mye av behandlingstilbudet skal desentraliseres, og fordelingen av oppgaver og ressurser mellom en nasjonal behandlingstjeneste, og hva som skal ligge regionalt og lokalt. Vi har tidligere vært inne på at de regionale sentrene i dag ikke gir medisinsk behandling. Dette står i motsetning til ordlyden i de nasjonale faglige retningslinjene, der det står at:

Aktuelle behandlingstilbud i regionale sentre vil være hormonbehandling og kirurgi i tillegg til psykososial støtte/omsorg og hjelpemidler og/eller behandlingshjelpemidler. Det vil ikke omfatte kirurgisk behandling med konstruksjon av kjønnsorgan. (Helsedirektoratet, 2020, s. 21).

Retningslinjene åpner for at mindre kirurgiske inngrep kan utføres ved de regionale sentrene, forutsatt at de har kompetanse til dette. Denne faglige anbefalingen har ennå ikke blitt tatt til følge, og har blant annet blitt kritisert av PKI og andre skeive organisasjoner som har påpekt at den manglende medisinske behandlingen i de regionale sentrene strider imot retningslinjene.<sup>26</sup> Når det gjelder hvilke oppgaver som skal ligge til et regionalt behandlingssenter, er det ulike synspunkter blant helsepersonellet som vi har intervjuet. Et helsepersonell, mener at det er kun høyspesialisert kirurgi som skal utføres hos en nasjonal behandlingstjeneste, mens andre typer kirurgi kan gjøres i regionene:

Og så er det jo vel også egentlig ganske bred enighet om at man ønsker at den komplekse kirurgien skal være sentralisert, fordi man ønsker mest mulig fagkompetanse samlet på et sted. Men enkel kirurgi, i form av toppkirurgi for eksempel, er noe man kan se for seg at man kan gjøre regionalt tenker jeg.

---

<sup>26</sup> Se PKI sine hjemmesider: <https://kjonnsinkongruens.no/regionsentrene-for-kjonnsinkongruens-brev-til-fagdirektorene/>

At den spesialiserte kirurgiske kompetanse bør være sentralisert understrekes også av et annet helsepersonell, som samtidig også ser for seg en egen «behandlingskoordinator» for den enkelte bruker:

Jeg tenker at sånn som vi har det nå, hvor vi har kirurgisk kompetanse samlet på et sted, at det er en god idé, fordi at det kanskje ikke er så mange det gjelder da. [...] Og så må det kanskje være regionstilbud, hvor vi har kompetent fagpersonell som kan komme inn og hjelpe, siden det er såpass høy selvmords- og høy dødelighet i den gruppen, så kunne man kanskje sett for seg en koordinator, sånn som man har i kreftbehandlingen. Behandlingskoordinator som kunne hjelpe til å bistå sånn at det ble best mulig da.

Et helsepersonell i den nasjonale behandlingstjenesten, mener at de regionale sentrenes funksjon skal være noe annet enn å drive med medisinsk behandling.

Vi har ikke troen på at det skal gis medisinsk behandling [i de regionale sentrene], det skal være noe annet. Og vi tror det er et stort behov for dette noe annet da, et sted å komme til voksne mennesker, som ikke er opptatt av medisinsk behandling, men som er opptatt av alt det andre.

Dette noe annet som informanten refererer til handler om et samtaletilbud, gruppesamtaler eller rådgiving, som kan gi pasientgruppen støtte og veiledning, men at medisinsk behandling skal gis et annet sted.

## 7.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi løftet frem muligheter og barrierer på tjeneste- og systemnivå, slik det beskrives både av brukere og helsepersonell. En bruker som ikke har fått oppfølging av fastlegen etter en operasjon i det private, løfter frem bedre tilgang på helsehjelp lokalt og regionalt som viktig. Helsepersonell beskriver at behandlingstilbudet befinner seg i en «mellomfase». På den ene siden ser vi at nasjonale helsemyndigheter har etablert nasjonale faglige retningslinjer. På en annen side har vi sett at enkelte av anbefalingene som ligger i de nasjonale faglige retningslinjene ikke blir fulgt, dette gjelder blant annet det at ikke lenger krav om psykiatrisk/psykologisk utredning som betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling. Vi får også beskrevet at det kan være ensomt og utfordrende å være fastlege, og arbeide på et felt der det eksisterer sterke faglige motsetninger. Dette kan være særlig krevende da det ennå ikke er bygget opp et regionalt helsetilbud av betydning for denne pasientgruppen.



## 8 Oppsummering og konklusjon

I dette prosjektet har vi undersøkt helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens, med utgangspunkt i erfaringene til brukere, foresatte og helsepersonell. Rapporten skriver seg inn i et felt der det finnes ulike oppfatninger om organiseringen av og innholdet i behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens i Norge. I dette kapitlet oppsummerer vi funnene i denne rapporten før vi kommer med en overordnet konklusjon

### 8.1 Informantenes erfaringer

#### 8.1.1 Transpersoner og foresatte

Transpersonene vi har intervjuet i dette prosjektet opplever å ikke å bli tatt på alvor, å ikke bli lyttet til, og er opptatt av at helsepersonellet bruker rett navn og pronomen. Både transpersoner og foresatte forteller om manglende kompetanse på kjønns mangfold og transhelse blant helsepersonell, og flere forteller at de har vært nødt til å finne fram til vesentlig informasjon på egen hånd. Noen forteller om alvorlige hendelser, for eksempel å bli avvist når man trenger hjelp i etterkant av operativt inngrep, og å føle seg presset til å gjennomgå undersøkelser man ikke ønsket.

De vi har snakket med som har en ikke-binær kjønnsidentitet synes å være særlig kritiske til dagens behandlingstilbud. Det er ikke et overraskende funn all den tid NBTK slår fast at de ikke tilbyr behandling til ikke-binære. Flere av dem vi har snakket med har opplevd å bli avvist i den nasjonale behandlingstjenesten, og beskriver at de ikke har hatt noe annet valg enn å selv betale for behandling i det private helsevesenet. Noen av dem vi har snakket med har fortalt at de hadde forventninger om at de ville få tilgang til behandling etter at de nye nasjonale retningslinjene var på plass i 2020, og at de har blitt skuffet og følt seg maktesløse når de likevel har blitt avvist fordi de ikke entydig identifiserer seg som verken mann eller kvinne.

For barn og ungdom er tid og alder et særlig viktig aspekt ved behandlingstilbudet. Det stilles ikke diagnose før etter at barnet har fylt 16 år, og diagnosen kjønnsinkongruens er en forutsetning for å få hormonell behandling. For flere av dem vi har snakket med har det vært viktig å få pubertetsutsettende medikamenter i tide, slik at man slipper å gjennomgå en pubertetsprosess. De opplever også at det haster å komme i gang med hormonbehandling, og derfor oppleves både langvarig utredningsprosess og aldersgrense som frustrerende. De foresatte beskriver dessuten hvordan lange reiseavstander kan være en belastning og hindring for tilgang til helsehjelp. Andre psykiatriske diagnoser som ADHD og autisme kan også vanskeliggjøre tilgangen til god helsehjelp.

Selv om hovedbildet i denne rapporten er en rekke negative møter med helsepersonell, har vi også identifisert eksempler på gode møter i både primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Beskrivelsene av de gode møtene gir viktig informasjon om hvordan

dagens helsetilbud til transpersoner kan forbedres. De gode møtene kjennetegnes av at helsepersonellet ikke feilkjønner pasientene, men respekterer pasientens kjønnsidentitet og bruker pasientens ønskede pronomen. Transpersonene opplever at de blir ivaretatt når helsepersonellet har kompetanse på kjønnsmangfold, eller i det minste anerkjenner egen manglende kunnskap og er villig til å lære. Flere av dem vi har intervjuet la vekt på hvor viktig det er å bli tatt på alvor, lyttet til og ha et trygt rom hvor man kan sette ord på egne tanker og usikkerhet, og føle at man kan utforske sin egen kjønnsidentitet i dialog med kompetente og profesjonelle ansatte.

### **8.1.2 Helsepersonells erfaringer**

Vi har intervjuet helsepersonell som befinner seg i ulike posisjoner i helsevesenet. Flere forteller at helsetilbudet befinner seg i en «mellomfase», der det har kommet nye retningslinjer som ennå ikke tilstrekkelig implementert. Helsepersonell i primærhelsetjenesten forteller om usikkerhet i møte med transpersoner, og en følelse av å være alene uten å ha noen å rådføre seg med. Både ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten uttrykker en bekymring for å overbehandle eller feilbehandle pasientene, og flere peker på at kunnskapen om hvilken behandling personer med kjønnsinkongruens har nytte av er mangelfull. Samtidig ser vi at helsepersonell også setter ord på viktigheten av anerkjennelse og bekreftelse i møte med målgruppen, og til en manglende forståelse for kjønnsmangfold i helsetjenesten.

## **8.2 Overordnede temaer i rapporten**

Under vil vi løfte frem noen sentrale temaer som de ulike informantene i denne rapporten har lagt vekt på, når det kommer til å skape et likeverdig helsetilbud for personer med kjønnsinkongruens. Disse temaene går på tvers av fortellingene fra de ulike gruppene av våre informanter.

### **8.2.1 Tokjønnsmodell versus kjønnsmangfold**

De nasjonale faglige retningslinjene fra 2020 legger vekt på at en anerkjennelse av kjønnsmangfold er viktig for å gi god helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. Brukerne vi har intervjuet i dette forskningsprosjektet opplever imidlertid at mange av helsepersonellet de har vært i kontakt med ikke anerkjenner kjønnsmangfoldet. Helsepersonellets forståelser av kjønn synes i flere tilfeller å være svært forskjellig fra transpersoners forståelse av eget kjønn og kjønnsmangfold mer generelt. At det finnes så forskjellige forståelser av kjønn trenger ikke å være et problem i seg selv, men det kan få betydning når det gjelder helsepersonells evne til å forstå pasientene og speile deres språk og erfaringer, for på denne måten å legge til rette for gode møter. Samtidig ser vi at brukerne opplever det som svært positivt når de møter helsepersonell som faktisk anerkjenner kjønnsmangfold, og beskriver hvordan dette skaper trygghet og bidrar til å skape et trygt rom.

Det blir særlig lagt vekt på av flere av informantene at den binære forståelsen av kjønn preger den nasjonale behandlingstjenesten, og at man ikke i stor nok grad anerkjenner

kjønns mangfold. Dette ser vi både hos de voksne brukerne, hos barn og hos foresatte vi har snakket med. Flere av informantene påpeker at en manglende anerkjennelse av et mangfold av kroppslige og kjønnslige identiteter som går utover tokjønnsmodellen, kan ha betydning for hvordan behandlingstilbudet tilrettelegges for de som har en kjønnsidentitet som ikke passer inn i en slik modell.

Det kan se ut som om det ligger en motsetning mellom pasientenes ønsker og behandlingssystemet, der ulike normer for kjønn og normalitet bryters mot hverandre. Brukerne opplever at de må tilpasse seg en norm om å være en binær transperson, uten andre tilleggsutfordringer. Samtidig kan dette ha noen konsekvenser i det brukere ikke tørr å være ærlig omkring sin kjønnsidentitet, sin eventuelle tvil og usikkerhet, av frykt for å ikke tilfredsstille et sett av kriterier som skal til for å få tilgang til kjønnsbekreftende behandling. Det må kunne sies å være problematisk hvis brukerne opplever at de må følge et bestemt skript eller en sjekklister, og at man ikke kan være ærlig omkring hvem man er og det man har behov for av helsehjelp. Dette kan potensielt føre til at brukere tilpasser seg et sett av normer i helsevesenet, og at man tier om sine reelle helsebehov (jfr. Carrol-Beight & Larsson, 2018, s. 97-98).

For å gi god og likeverdig helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens, beskriver flertallet av våre informanter at det er en utfordring at man ikke har maktet å utvikle et helsetilbud som i større grad enn i dag favner et mangfold av måter å gjøre kjønn på.

### **8.2.2 Tilbudet til ikke-binære**

De nasjonale faglige retningslinjene påpeker at forståelsen og tilnærmingen til kjønnsinkongruens er i endring, og at både binære og ikke-binære skal få et behandlingstilbud i tråd med individuelle behov. Dette er i tråd med anbefalingene hos WPATH (Coleman et al., 2020). Transpersonene vi har snakket med påpeker imidlertid at det offentlige helsetilbudet i dag ikke gir et tilbud til ikke-binære. Vi får beskrevet hvordan ikke-binære enten blir stående uten et behandlingstilbud i det offentlige når man ikke får et tilbud hos den nasjonale behandlingstjenesten, eller at man må oppsøke private behandlere for å gjennomføre en kostnadskrevenende operasjon. Slikt sett kan man si at anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene hva gjelder ikke-binære ikke blir fulgt, og det fremstår som sentralt å komme frem til et behandlingstilbud som gir et tilbud til denne gruppen i det offentlige helsevesenet.

Samtidig ser vi at kjønnsnormene og konformitetspresset både brukere og foresatte gir uttrykk for at de møter i helsevesenet, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, er spesielt vanskelige for de ikke-binære informantene i denne rapporten. Våre data tilsier at det kan være særlig utfordrende for ikke-binære transpersoner å få tilgang til likeverdig helsehjelp, hvis ikke helsepersonell anerkjenner kroppslige og kjønnslige identiteter som går på tvers av tokjønnsmodellen. Det oppleves av informantene som problematisk når det gjelder det å få anerkjennelse for sitt behov for helsehjelp når man møter et system med en forståelse av kjønn som binært og biologisk fundert.

Ikke-binære forteller dessuten om et helsetilbud der det er komplisert å vite hva man skal forholde seg til: de nasjonale retningslinjene sier at ikke-binære skal få tilgang til behandling på lik linje med binære transpersoner, mens NBTK ikke tilbyr behandling til ikke-binære. Fastleger og annet helsepersonell har gjerne liten kompetanse når det gjelder det å hjelpe disse pasientene med å navigere i systemet.

### **8.2.3 En individuell transisjonsprosess**

Den nasjonale faglige retningslinjen legger vekt på at man skal ivareta individuelle behov og ønsker. Transpersonene i denne rapporten beskriver imidlertid hvordan man ofte blir definert opp imot definerte kategorier for kjønn, som ikke tar høyde for at en uensartet transisjonsprosess med individuelle behov. De forteller ofte at de ikke får tilstrekkelig individuell oppfølging, at det eksisterer standardiserte forløp, der det er vanskelig å få individuelt tilpasset behandling. Det kommer frem et sterkt ønske om en mer individuell tilpasning til alle delene av tilbudet til pasientgruppen, og at det i større grad enn i dag er den enkelte pasientens situasjon og behov som skal avgjøre hvilken behandling som skal tilbys.

Når det gjelder det å få anerkjennelse for individuelle behov kan det blant annet innebære at pasienten får muligheten til å påvirke hva slags type kjønnsbekreftende behandling en skal ha, og kunne ha påvirkning på tidsaspektet ved behandlingen (se Eyssel et al., 2017, s. 18). Det handler altså om at brukerne selv skal kunne være med på å kunne få definere sin egen prosess og sin egen transisjon. Flertallet av transpersonene vi har snakket med har imidlertid ikke en erfaring av at de har noen medbestemmelse til hvordan helsehjelpen gis, og det fremkommer eksempler i rapporten på situasjoner der brukerne beskriver det å være sårbare og det å befinne seg i en underordnet posisjon i møte med helsevesenet.

### **8.2.4 Kunnskap og informasjon**

Internasjonal forskning peker på at transpersoner opplever en manglende kunnskap om kjønnsinkongruens i helsevesenet (Heng et al, 2018). Brukerne vi har snakket med beskriver både en mangel på kunnskap og informasjon, og det fremstår som sentralt å styrke fastleger og andre helsepersonells kompetanse på området. Med utgangspunkt i våre data kan det se ut til at brukerne selv må ta et stort ansvar for selv å sitte med relevant kompetanse på feltet.

Flere av fortellingene til våre informanter peker på at helsepersonell i flere tilfeller ikke har hatt tilstrekkelig kompetanse til å gi god og likeverdig behandling. Kompetansen som transpersonene etterspør fra helsepersonell handler blant annet om: kunnskap om hvordan møte pasienter med kjønnsinkongruens; mer innsikt i og forståelse av hva det vil si å være transperson; kunnskap om hormonbruk og virkningen av hormoner; mer kunnskap om behandlingssystemet for personer med kjønnsinkongruens, og kunnskap om seksuell og reproduktiv helse.

Transpersonene beskriver dessuten at helsepersonell kan være redde for å nærme seg temaet kjønnsinkongruens, eller at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om tematikken. Enkelte av helsepersonellet forteller på en annen side om en usikkerhet, det å stå alene, og en opplevelse av et svakt faglig grunnlag for den behandlingen man skal tilby.

### **8.2.5 Ikke en psykiatrisk diagnose**

Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene er ikke lenger psykiatrisk/psykologisk utredning en betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling. Samtidig forteller transpersonene vi har snakket med at NBTK stiller krav om en henvisning fra BUP eller DPS, før man kommer til utredning hos den nasjonale behandlingstjenesten. Dermed kan det se ut til at den nasjonale behandlingstjenesten ikke følger den nasjonale retningslinjen på dette punktet. Dette kan føre til at det kan bli vanskeligere å få tilgang til helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens.

Samtidig beskrives det at det har blitt et trangere nåløye særlig for barn og unge med kjønnsinkongruens hos BUP, og at flere blir avvist i disse institusjonene som en konsekvens av endringen i diagnosene. Mange av informantene – både brukere og helsepersonell – beskriver at det er uheldig at det er så stor avstand mellom retningslinjen og dagens praksis på feltet. For brukerne utgjør det dessuten en belastning i seg selv å skulle forholde seg til et slikt uoversiktlig system.

### **8.2.6 Uenighet om organisering av helsetilbudet**

Retningslinjene anbefaler et desentralisert helsetilbud på et lavest mulig omsorgsnivå, med regionale sentre som kan tilby utredning, behandling og oppfølging. Slik transpersonene i denne rapporten gir uttrykk for vil et behandlingstilbud etter denne modellen kunne møte behovene de har på en bedre måte enn i dag. Dette er imidlertid ikke det tilbudet disse informantene møter. Tvert imot beskriver informantene at de ikke får den behandlingen de har behov for lokalt eller regionalt, ettersom strukturen rundt de regionale sentrene ikke er bygget ut, og at de ikke har mulighet til å tilby medisinsk behandling. Flertallet av transpersonene vi har snakket med mener at det ikke har skjedd noen betydelige endringer hva gjelder organiseringen av helsetilbudet etter at de nasjonale retningslinjene ble innført, og at det haster med å få gjennomført en desentralisering av helsetilbudet. Blant helsepersonell er det ulik oppfatning når det gjelder organiseringen av helsetilbudet, blant annet når det gjelder hvilke oppgaver som skal ligge nasjonalt og lokalt/regionalt.

### **8.2.7 Implementering av de nasjonale faglige retningslinjene**

Nasjonale faglige retningslinjer blir gitt på områder med behov for nasjonal normering. Dette er gjerne på problemstillinger der det er faglig uenighet og/eller stor variasjon i praksis (Helsedirektoratet, 2019). Som vi var inne på innledningsvis finnes det ulike brytninger rundt helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer. Brytningene går på tvers av interesseorganisasjoner og fagmiljøer, og det har vist seg å være komplisert å etablere en konsensus omkring en nasjonal standard når det gjelder helsetilbudet for personer med

kjønnsinkongruens. Jannecke van der Ros (2021) har påpekt at det er en mulighet for en nedprioritering av omorganiseringen av helsetilbudet for personer for kjønnsinkongruens, og en opprettholdelse av dagens situasjon i strid med anbefalingene som ligger i de nasjonale faglige retningslinjene. Vi ser at det også forekommer brytninger rundt anbefalingene i de nasjonale retningslinjene hos våre informanter.

Selv om det foreligger nasjonale faglige retningslinjer på feltet, følges ofte ikke anbefalingene når det gjelder behandlingen av denne gruppen, slik vi har sett når det gjelder den manglende helsehjelpen til ikke-binære. Det fremstår som viktig at det kommer en løsning for å komme seg videre fra dagens situasjon, som blir karakterisert som en «mellomfase».

Blant brukerne vi har snakket med ser det også ut til at det har blitt skapt en forventning om å få tilgang til behandling for ikke-binære som ikke blir fulgt. Inntrykket er at det ikke har skjedd så store endringer i helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens etter at de nasjonale faglige retningslinjene har blitt lansert.

Våre data tyder på at de nasjonale faglige retningslinjene foreløpig er svakt implementert, og at dette kan henge sammen med at NBTK helt eksplisitt har uttrykt at de ikke er enige i en del av punktene i de retningslinjene.

### **8.2.8 Manglende tillit**

Hvis vi med Per Fugelli (2011) kan si at tillit er helsetjenestens «grunnstoff», er det et betydelig problem at det ikke i større grad eksisterer en fortrolighet mellom brukere og helsepersonell når det gjelder helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens. Den manglende tilliten kan forstås på bakgrunn av de negative erfaringene brukerne har med helsevesenet, men også som en konsekvens av den generelle diskrimineringen transpersoner opplever i samfunnet for øvrig (van der Ros, 2014; Anderssen et al., 2021; Heng et al., 2020). Brukernes ønsker om bedre tilgang på kjønnsbekreftende behandling, brytes også mot helsepersonells bekymring for å ikke gi god og forsvarlig helsehjelp. Den lave tilliten som vi finner i denne rapporten, utkrystalliserer seg i stor grad når det gjelder forholdet mellom brukerne og den nasjonale behandlingstjenesten. Dette gjelder både de som har vært til en første samtale og til utredning, og de som har gjennomgått behandling. Den lave tilliten brukerne gir uttrykk for har en parallell til funnene hos van der Ros (2014, s. 64) som i 2014 poengterte at de som var til utredning hos den nasjonale behandlingstjenesten, hadde opplevd «episoder med lite respektfull behandling» og en «sviktende tillit» til tjenesten (se også Moen, 2019). Brukerne beskriver et behov for kunne sette ord på tvil og usikkerhet i transisjonsprosessen, men er bekymret for at de ikke skal få tilgang på den kjønnsbekreftende behandlingen, eller å kunne få en fornyet vurdering av sin diagnose eller behandling. De opplever i mange tilfeller den nasjonale behandlingstjenesten som en «portvokter» og en institusjon som forvalter en maktposisjon, uten å ta hensyn til deres reelle behov. De foresattes erfaringer underbygger på mange måter dette inntrykket. NBTK beskrives i den sammenheng som en aktør som er lite lydhør overfor pasientgruppens ønsker for behandlingstilbudet.

### 8.3 Konklusjon

Selv om rapporten også har vist til eksempler på gode møter med helsetjenesten, er et hovedfunn i denne rapporten at mange brukere og foresatte uttrykker manglende tillit til helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens i Norge, og særlig til den nasjonale behandlingstjenesten. Det etterlyses mer kunnskap og kompetanse om kjønnsinkongruens i helsevesenet som helhet. De ikke-binære transpersonene vi har snakket med beskriver at de blir stående uten et helsetilbud i det offentlige helsevesenet, til tross for at de nasjonale faglige retningslinjene slår fast at denne gruppen skal ha tilgang til likeverdig helsehjelp. Barn og unge forteller om en krevende situasjon med lange ventetider og mye usikkerhet. Enkelte av helsepersonellet vi har snakket med beskriver det å stå alene i møte med denne målgruppen, og en usikkerhet rundt kunnskapsgrunnlaget når det gjelder behandlingen av personer med kjønnsinkongruens. Andre helsepersonell peker igjen på en manglende forståelse av kjønns mangfold i helsetjenesten.

Rapporten viser at det er et behov for et helsetilbud som i større grad enn i dag anerkjenner kjønns mangfold. Det tyder på at myndighetene kan og bør ta en enda mer aktiv rolle når de gjelder å følge opp og implementere nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens.

## 9 ANBEFALINGER

Her presenterer vi noen forslag til tiltak for å bidra til et bedre helsetilbud for personer med kjønnsinkongruens. Disse forslagene er forankret i de kvalitative intervjuene og fokusgruppeintervjuet, rapportens analyser og litteratur samt annen relevant kunnskap.

### 9.1 Anbefalinger

- *Vi anbefaler at helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens følger WHO's diagnosemanual ICD 11, så vel som behandlingsstandarden SoC-8 utviklet av den internasjonale foreningen for transpersoners helse (WPATH).*
- *Vi anbefaler at helsemyndighetene implementerer nasjonal faglig retningslinjene for personer med kjønnskongruens i alle nivåer av helsetjenesten.*
- *Vi anbefaler at det gis et helhetlig og individualisert tilbud til ikke-binære i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer.*
- *Vi anbefaler at det i større grad enn i dag gis individuelt tilrettelagt kjønnsbekreftende behandling etter pasientens behov.*
- *Vi anbefaler en satsing for å øke kompetansen om kjønns mangfold på alle nivåer i helsevesenet.*
  - *Kompetanse om personer med kjønnsinkongruens, herunder også personer med ikke-binær kjønnsidentitet, bør inn i grunnutdanningene for helsepersonell og i spesialiseringssløpene.*
- *Vi anbefaler at brukerperspektivet bør komme tydeligere inn i behandlingstilbudet, og at det sikres representasjon av transpersoner i helsesystemet som fag- og ressurspersoner.*
- *Vi anbefaler at helsepersonell på alle nivåer av tjenestene er oppmerksomme på levekårsutfordringer og diskriminerings erfaringene til transpersoner, og at man har noen aktive strategier for å trygge og bekrefte pasientene, deriblant:*
  - *Å bruke et inkluderende språk:*
    - *Kjønnsnøytral språkbruk inntil pasienten har mulighet for selv å introdusere sitt foretrukne pronomen og navn.*
    - *Unngå spørsmål eller snakk om kjønnsidentitet når det ikke er relevant for behandlingen.*
  - *Å sikre inkluderende omgivelser:*
    - *Kjønnsnøytrale toaletter.*
    - *Synlighet i form av for eksempel bilder eller informasjon, som representerer og inkluderer transpersoner.*
    - *Kjønnsnøytrale skifterom.*



- *Tilrettelegge for trygge omgivelser og rom hvor pasienten ikke opplever at andre kan overhøre en samtale.*
- *At helsepersonell speiler pasientens språk i størst mulig grad*

# REFERANSER

- ALLORY, E., DUVAL, E., CAROFF, M., KENDIR, C., MAGNAN, R., BRAU, B., LAPADU-HARGUE, E., & CHHOR, S. (2020). THE EXPECTATIONS OF TRANSGENDER PEOPLE IN THE FACE OF THEIR HEALTH-CARE ACCESS DIFFICULTIES AND HOW THEY CAN BE OVERCOME. A QUALITATIVE STUDY IN FRANCE. *PRIMARY HEALTH CARE RESEARCH & DEVELOPMENT*, 21, e62. CAMBRIDGE CORE. [HTTPS://DOI.ORG/10.1017/S1463423620000638](https://doi.org/10.1017/S1463423620000638)
- ALVER, B. & ØYEN, Ø. (1997). *FORSKNINGSETIKK I FORSKERHVERDAG. VURDERINGER OG PRAKSIS*. TANO ASCEHOUG.
- ANDERSSSEN, N., EGGEBO, H., STUBBERUD, E., & HOLMELID, Ø. (2021). SEKSUELL ORIENTERING, KJØNNSMANGFOLD OG LEVEKÅR. RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN 2020. UiB. INSTITUTT FOR SAMFUNNSPSYKOLOGI.
- ARMUAND, G., DHEJNE, C., OLOFSSON, J. I., STEFENSON, M., & RODRIGUEZ-WALLBERG, K. A. (2020). ATTITUDES AND EXPERIENCES OF HEALTH CARE PROFESSIONALS WHEN CARING FOR TRANSGENDER MEN UNDERGOING FERTILITY PRESERVATION BY EGG FREEZING: A QUALITATIVE STUDY. *THERAPEUTIC ADVANCES IN REPRODUCTIVE HEALTH*, 14, 2633494120911036. [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/2633494120911036](https://doi.org/10.1177/2633494120911036)
- ASKLÖV, K., EKENGER, R., & BERTERÖ, C. (2021). TRANSMASCULINE PERSONS' EXPERIENCES OF ENCOUNTERS WITH HEALTH CARE PROFESSIONALS WITHIN REPRODUCTIVE, PERINATAL, AND SEXUAL HEALTH IN SWEDEN: A QUALITATIVE INTERVIEW STUDY. *TRANSGENDER HEALTH*, 6(6), 325–331. [HTTPS://DOI.ORG/10.1089/TRGH.2020.0081](https://doi.org/10.1089/TRGH.2020.0081)
- BAHUS, M. K. (2022). INFORMERT SAMTYKKE. I STORE NORSKE LEKSIKON. [HTTP://SNL.NO/INFORMERT\\_SAMTYKKE](http://snl.no/informert_samtykke)
- BENESTAD, E. E. P. (14. MARS 2021). BEHANDLINGEN AV TRANSPERSONER I NORGE KASTER MENNESKER UT I SUICIDALE KRISER. [HTTPS://FORSKERSONEN.NO/A/1826313](https://forskersonen.no/a/1826313)
- BENESTAD, E. E. P. (2021B). IKKE-BINÆR. I STORE MEDISINSKE LEKSIKON. [HTTP://SML.SNL.NO/IKKE-BIN%C3%A6R](http://sml.snl.no/ikke-bin%C3%A6r)
- BINDMAN, J., NGO, A., ZAMUDIO-HAAS, S., & SEVELIUS, J. (2021). HEALTH CARE EXPERIENCES OF PATIENTS WITH NONBINARY GENDER IDENTITIES. *TRANSGENDER HEALTH*, 7. [HTTPS://DOI.ORG/10.1089/TRGH.2021.0029](https://doi.org/10.1089/TRGH.2021.0029)
- BJERKELI, M. S., & HANSEN, T. M. (20. MARS 2021). AVVIKLING AV RIKSHOSPITALET'S KJØNNSBEKREFTENDE BEHANDLING VIL IKKE FØRE TIL ET BEDRE HELSETILBUD. [HTTPS://FORSKERSONEN.NO/A/1832035](https://forskersonen.no/a/1832035)
- BLODGETT, N., COUGHLAN, R., & KHULLAR, N. (2017). OVERCOMING THE BARRIERS IN TRANSGENDER HEALTHCARE IN RURAL ONTARIO: DISCOURSES OF PERSONAL AGENCY, RESILIENCE, AND EMPOWERMENT. *INTERNATIONAL SOCIAL SCIENCE JOURNAL*, 67(225–226), 83–95. [HTTPS://DOI.ORG/10.1111/ISSJ.12162](https://doi.org/10.1111/issj.12162)
- BOCKTING, W. O., MINER, R. E., SWINBURNE ROMINE, A., HAMILTON & COLEMAN, E. (2013). STIGMA, MENTAL HEALTH, AND RESILIENCE IN AN ONLINE SAMPLE OF THE US TRANSGENDER POPULATION, *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 103(5): 943-951. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301241
- BOYD, I., HACKETT, T., & BEWLEY, S. (2022). CARE OF TRANSGENDER PATIENTS: A GENERAL PRACTICE QUALITY IMPROVEMENT APPROACH. *HEALTHCARE*, 10(1). [HTTPS://DOI.ORG/10.3390/HEALTHCARE10010121](https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10010121)
- BRENNAN, J., KUHN, L. M., JOHNSON, A. K., BELZER, M., WILSON, E. C., GAROFALO, R., & INTERVENTIONS, A. M. T. N. FOR H. (2012). SYNDOMIC THEORY AND HIV-RELATED RISK AMONG YOUNG TRANSGENDER WOMEN: THE ROLE OF MULTIPLE, CO-OCCURRING HEALTH PROBLEMS AND SOCIAL MARGINALIZATION. *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 102(9), 1751–1757.
- BUFDIR, (U.Å.) KJØNNSSINKONGRUENS. [HTTPS://WWW.BUFDIR.NO/LIKESTILLING/LHBTIQ-ORDLISTA/](https://www.bufdir.no/likestilling/lhbtqi-ordlista/)
- BUTLER, J. (1990). *GENDER TROUBLE: FEMINISM AND THE SUBVERSION OF IDENTITY*. ROUTLEDGE.

- CARLILE, A. (2020). THE EXPERIENCES OF TRANSGENDER AND NON-BINARY CHILDREN AND YOUNG PEOPLE AND THEIR PARENTS IN HEALTHCARE SETTINGS IN ENGLAND, UK: INTERVIEWS WITH MEMBERS OF A FAMILY SUPPORT GROUP. *INTERNATIONAL JOURNAL OF TRANSGENDER HEALTH*, 21(1), 16–32. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/15532739.2019.1693472](https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1693472)
- CARLSTRÖM, R., EK, S., & GABRIELSSON, S. (2021). «TREAT ME WITH RESPECT»: TRANSGENDER PERSONS' EXPERIENCES OF ENCOUNTERS WITH HEALTHCARE STAFF. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF CARING SCIENCES*, 35(2), 600–607. [HTTPS://DOI.ORG/10.1111/scs.12876](https://doi.org/10.1111/scs.12876)
- CARROLL-BEIGHT, D., & LARSSON, M. (2018). EXPLORING THE NEEDS, EXPECTATIONS, AND REALITIES OF MENTAL HEALTHCARE FOR TRANSGENDER ADULTS: A GROUNDED THEORY STUDY ON EXPERIENCES IN SWEDEN. *TRANSGENDER HEALTH*, 3(1), 88–104. [HTTPS://DOI.ORG/10.1089/TRGH.2017.0033](https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0033)
- CLARK, T. C., LUCASSEN, M. F. G., BULLEN, P., DENNY, S. J., FLEMING, T. M., ROBINSON, E. M., & ROSSEN, F. V. (2014). THE HEALTH AND WELL-BEING OF TRANSGENDER HIGH SCHOOL STUDENTS: RESULTS FROM THE NEW ZEALAND ADOLESCENT HEALTH SURVEY (YOUTH&#39;12). *JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH*, 55(1), 93-99.
- COLEMAN, E., RADIX, A. E., BOUMAN, W. P., BROWN, G. R., DE VRIES, A. L. C., DEUTSCH, M. B., ETTNER, R., FRASER, L., GOODMAN, M., GREEN, J., HANCOCK, A. B., JOHNSON, T. W., KARASIC, D. H., KNUDSON, G. A., LEIBOWITZ, S. F., MEYER-BAHLBURG, H. F. L., MONSTREY, S. J., MOTMANS, J., NAHATA, L., ... ARCELUS, J. (2022). STANDARDS OF CARE FOR THE HEALTH OF TRANSGENDER AND GENDER DIVERSE PEOPLE, VERSION 8. *INTERNATIONAL JOURNAL OF TRANSGENDER HEALTH*, 23(SUP1), S1–S259. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)
- DHEJNE, C., LICHTENSTEIN, P., BOMAN, M., JOHANSSON, A. L. V., LÅNGSTRÖM, N., & LANDÉN, M. (2011). LONG-TERM FOLLOW-UP OF TRANSSEXUAL PERSONS UNDERGOING SEX REASSIGNMENT SURGERY: COHORT STUDY IN SWEDEN. *PLOS ONE*, 6(2), e16885. [HTTPS://DOI.ORG/10.1371/JOURNAL.PONE.0016885](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885)
- DHEJNE, C., OBERG, K., ARVER, S., & LANDÉN, M. (2014). AN ANALYSIS OF ALL APPLICATIONS FOR SEX REASSIGNMENT SURGERY IN SWEDEN, 1960-2010: PREVALENCE, INCIDENCE, AND REGRETS. *ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR*, 43. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S10508-014-0300-8](https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8)
- DUTTON, L., KOENIG, K., & FENNIE, K. P. (2008). GYNECOLOGIC CARE OF THE FEMALE-TO-MALE TRANSGENDER MAN. *JOURNAL OF MIDWIFERY & WOMEN'S HEALTH*, 53 4, 331–337.
- EGGEBØ ET AL., H. (2015). SKEIV PÅ BYGDA . LIKESTILLINGSSENTERET KUN (KUN-RAPPORT 2015).
- EGGEBØ, H., STUBBERUD E., & ANDERSSON, N. (2019). SKEIVE LIVSLØP. EN KVALITATIV STUDIE AV LEVEKÅR OG SAMMENSETTE IDENTITETER BLANT LHBTIS-PERSONER I NORGE. NF RAPPORT 6/2019. NORDLANDSFORSKNING.
- ELGVIN, O., BUE, K. & GRØNNINGSÆTER, A. B. (2014) ÅPNE ROM, LUKKEDE ROM: LHBT I ETNISKE MINORITETSGRUPPER. FAFO
- ELNÆS, C. U. (2023, 4. JANUAR ). OVER 2000 HAR ENDRET JURIDISK KJØNN. BLIKK. [HTTPS://BLIKK.NO/BUFDIR-KJONN-KJONNSIDENTITET/OVER-2000-HAR-ENDRET-JURIDISK-KJONN/228372](https://blikk.no/bufdir-kjonn-kjonnsideidentitet/over-2000-har-endret-juridisk-kjonn/228372)
- EYSSEL, J., KOEHLER, A., DEKKER, A., SEHNER, S., & NIEDER, T. O. (2017). NEEDS AND CONCERNS OF TRANSGENDER INDIVIDUALS REGARDING INTERDISCIPLINARY TRANSGENDER HEALTHCARE: A NON-CLINICAL ONLINE SURVEY. *PLOS ONE*, 12(8), e0183014. [HTTPS://DOI.ORG/10.1371/JOURNAL.PONE.0183014](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014)
- FLOYD, M. J., MARTIN, O., & ECKLOFF, K. J. (2020). A QUALITATIVE STUDY OF TRANSGENDER INDIVIDUALS' EXPERIENCES OF HEALTHCARE INCLUDING RADIOLOGY. *RADIOGRAPHY*, 26(2), 38–44. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.RADI.2019.10.008](https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.10.008)
- FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN. (2015). HÄLSAN OCH HÄLSANS BESTÄMNINGSFAKTORER FÖR TRANSPERSONER—EN RAPPORT OM HÄLSOLÄGET BLAND TRANSPERSONER I SVERIGE.
- FUGELLI, P. (2011). GRUNNSTOFFET TILLIT. SYKEPLEIEN.NO. [HTTPS://SYKEPLEIEN.NO/2011/06/GRUNNSTOFFET-TILLIT-0](https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0)

- GOLDHAMMER, H., MALINA, S., & KEUROGLIAN, A. S. (2018). COMMUNICATING WITH PATIENTS WHO HAVE NONBINARY GENDER IDENTITIES. *ANNALS OF FAMILY MEDICINE*, 16(6), 559–562. [HTTPS://DOI.ORG/10.1370/AFM.2321](https://doi.org/10.1370/afm.2321)
- GRIMM, O. L. (2022). UNGE TRANSPERSONERS ERFARINGER OG ØNSKER I MØTE MED HELSEPERSONELL (MASTEROPPGAVE). UNIVERSITETET I BERGEN.
- GULBRANSEN, T. (2019). HVA ER TILLIT? *SOSIOLOGEN.NO*. [HTTPS://SOSIOLOGEN.NO/ESSAY/ESSAY/HVA-ER-TILLIT/](https://sosiologen.no/essay/essay/hva-er-tillit/)
- GRASMO, H., & BENESTAD, E. E. P. (2020). CIS-KJØNNET. I *STORE MEDISINSKE LEKSIKON*. [HTTP://SML.SNL.NO/CIS-KJ%C3%B8NNET](http://sml.snl.no/cis-kj%C3%B8nnet),
- HAGEN, A. L., & LYNG, S. T. (2019). BARN OG UNGES DELTAKELSE I FORSKNING: MULIGHETER OG UTFORDRINGER. *NORSK SOSIOLOGISK TIDSSKRIFT*, 3(1), 6–12. [HTTPS://DOI.ORG/10.18261/ISSN.2535-2512-2019-01-01](https://doi.org/10.18261/ISSN.2535-2512-2019-01-01)
- HANSEN, M. R., ETTTEL, S., BJERKELI, E. T., & JOSDAL, D. A. (2022). FRA UTENFORSKAP TIL FELLESSKAP. *TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING*, 59(9). [HTTPS://PSYKOLOGTIDSSKRIFTET.NO/FRA-PRAKSIS/2022/08/FRA-UTENFORSKAP-TIL-FELLESSKAP](https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2022/08/fra-utenforskap-til-fellesskap)
- HEISEDIREKTORATET. (2019). OM HELSEDIREKTORATETS NORMERENDE PRODUKTER. HELSEDIREKTORATET. [HTTPS://WWW.HESEDIREKTORATET.NO/PRODUKTER/OM-HESEDIREKTORATETS-NORMERENDE-PRODUKTER](https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter)
- HELLUM, A., & SØRLIE, A. (2021). FRIHET, LIKHET OG MANGFOLD. KJØNNSENTITET OG SEKSUELL ORIENTERING I RETTLIG, MEDISINSK OG SAMFUNNSVITENSKAPELIG KONTEKST. GYLDENDAL.
- HESEDIREKTORATET. (U.Å.). § 3. DEFINISJONER. HELSEDIREKTORATET.NO. HENTET 29. JULI 2021, FRA [HTTPS://WWW.HESEDIREKTORATET.NO/RUNDSKRIV/HELSEPERSONELLOVEN-MED-KOMMENTARER/LOVENS-FORMAL-VIRKEOMRADE-OG-DEFINISJONER/-3.DEFINISJONER](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/lovens-formal-virkeomrade-og-definisjoner/-3.definisjoner)
- HESEDIREKTORATET. (2015). RETT TIL RETT KJØNN—HELSE TIL ALLE KJØNN. HELSEDIREKTORATET. [HTTPS://WWW.HESEBIBLIOTEKET.NO/SEKSUELL-HELSE/RAPPORTER/RETT-TIL-RETT-KJONN-HELSE-TIL-ALLE-KJONN?LENKEDETALJER=VIS](https://www.helsebiblioteket.no/seksuell-helse/rapporter/rett-til-rett-kjonn-helse-til-alle-kjonn?lenkedetaljer=vis)
- HESEDIREKTORATET. (2020). KJØNNINKONGRUENS—NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE. HELSEDIREKTORATET. [HTTPS://WWW.HESEDIREKTORATET.NO/RETNINGSLINJER/KJONNSINKONGRUENS](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonninkongruens)
- HENG, A., HEAL, C., BANKS, J., & PRESTON, R. (2018). TRANSGENDER PEOPLES' EXPERIENCES AND PERSPECTIVES ABOUT GENERAL HEALTHCARE: A SYSTEMATIC REVIEW. *INTERNATIONAL JOURNAL OF TRANSGENDERISM*, 19(4), 359–378. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/15532739.2018.1502711](https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1502711)
- HUDSON, K. D. (2019). (UN)DOING TRANSMISOGYNIST STIGMA IN HEALTH CARE SETTINGS: EXPERIENCES OF TEN TRANSGENDER WOMEN OF COLOR. *JOURNAL OF PROGRESSIVE HUMAN SERVICES*, 30(1), 69–87. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/10428232.2017.1412768](https://doi.org/10.1080/10428232.2017.1412768)
- JACOBSEN, I. L. (2022). YOU ARE EITHER A MAN OR A WOMAN—YOU CAN'T DO BOTH. A CRITICAL ANALYSIS OF TRANSMASCULINE NEGOTIATIONS OF PREGNANCY, GENDER AND CISNORMATIVITY (MASTEROPPGAVE). NTNU.
- JENTOFT, E. (2019). THROUGH THE NEEDLE'S EYE: A QUALITATIVE STUDY OF THE EXPERIENCES OF ADOLESCENTS WITH GENDER INCONGRUENCE AND THEIR FAMILIES SEEKING GENDER AFFIRMING HEALTHCARE IN NORWAY. (MASTEROPPGAVE). UNIVERSITETET I OSLO.
- JESSEN, R. (2021). INSIDE OUT AND OUTSIDE IN: TOWARDS A CLINICAL AND DIALECTICAL MODEL OF GENDER DYSPHORIA AMONGST TRANSGENDER AND GENDER NON-CONFORMING YOUTH (PH.D.-AVHANDLING). UNIVERSITETET I OSLO.
- JOHANSEN, H. M. (2019). SKEIVE LINJER I NORSK HISTORIE. SAMLAGET.

- KEARNS, S., KROLL, T., O'SHEA, D., & NEFF, K. (2021). EXPERIENCES OF TRANSGENDER AND NON-BINARY YOUTH ACCESSING GENDER-AFFIRMING CARE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ETHNOGRAPHY. *PLOS ONE*, 16(9), e0257194. [HTTPS://DOI.ORG/10.1371/JOURNAL.PONE.0257194](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257194)
- KJØLSRØD, L. (2010). UNAVT OM TILLIT. *NYTT NORSK TIDSSKRIFT*, 27(3), 318–321. [HTTPS://DOI.ORG/10.18261/ISSN1504-3053-2010-03-08](https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2010-03-08)
- LIE, A. K., & SLAGSTAD, K. (2018). DIAGNOSENS MAKT. *TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING*. [HTTPS://DOI.ORG/10.4045/TIDSSKR.18.0438](https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0438)
- LAMBROU, N. H., COCHRAN, K. M., EVERHART, S., FLATT, J. D., ZUELSDORFF, M., O'HARA, J. B., WEINHARDT, L., FLOWERS BENTON, S., & GLEASON, C. E. (2020). LEARNING FROM TRANSMASCULINE EXPERIENCES WITH HEALTH CARE: TANGIBLE INLETS FOR REDUCING HEALTH DISPARITIES THROUGH PATIENT-PROVIDER RELATIONSHIPS. *TRANSGENDER HEALTH*, 5(1), 18–32. [HTTPS://DOI.ORG/10.1089/TRGH.2019.0054](https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0054)
- LANGELAND, F., EGGEØ, H., ANDERSEN, N., & STUBBERUD, E. (2021). INTERKJØNN OG VARIASJON I KROPPSLIG KJØNNsutvikling—REFLEKSJONER OM IDENTITET, POLITIKK OG HELSETILBUD | NORDLANDSFORSKING. [HTTPS://NORDLANDSFORSKNING.NO/NB/PUBLIKASJONER/REPORT/INTERKJONN-OG-VARIASJON-I-KROPPSLIG-KJONNSUTVIKLING-REFLEKSJONER-OM-IDENTITET](https://nordlandsforskning.no/nb/publikasjoner/report/interkjoenn-og-variasjon-i-kroppslig-kjoennsutvikling-refleksjoner-om-identitet).
- LESCHER-NULAND, B., & ROS, J. VAN DER. (2020). TRANSPERSON. I *STORE MEDISINSKE LEKSIKON*. [HTTP://SML.SNL.NO/TRANSPERSON](http://sml.snl.no/transperson)
- LIE, A. K., & SLAGSTAD, K. (2018). DIAGNOSENS MAKT. *TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING*. [HTTPS://DOI.ORG/10.4045/TIDSSKR.18.0438](https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0438)
- LILLEENG, S. (2022, 12 APRIL). FAGFOLK KRANGLER OM HVA SOM ER DET BESTE FOR TRANSUNGDOM. NRK. [HTTPS://WWW.NRK.NO/TRONDELAG/HELSESTASJON-FOR-KJONN-OG-SEKSUALITET-\\_HKS\\_-OG-RIKSHOSPITALET-BEHANDLER-TRANSPERSONER-HELT-ULIKT-1.15911943](https://www.nrk.no/trondelag/helsetasjon-for-kjoenn-og-seksualitet-_hks_-og-rikshospitalet-behandler-transpersoner-helt-ulikt-1.15911943)
- MOEN, V. (2019). NORSKE TRANSKVINNERS OPPLEVELSE AV KJØNNsbekreftende behandling. *FONTENE FORSKNING*, 12(2), 32-45.
- MOTMANS, J., P. MEIER, K. PONNET & T'SJOEN, G. (2012). FEMALE AND MALE TRANSGENDER QUALITY OF LIFE: SOCIOECONOMIC AND MEDICAL DIFFERENCES, *J SEX MED*, 9(3): 743-50. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x
- MOTMANS, J., E. WYVERKENS & DEFREYNE, J. (2017). BEING TRANSGENDER IN BELGIUM. TEN YEARS LATER. BRUSSELS: INSTITUTE FOR THE EQUALITY OF WOMEN AND MEN [HTTPS://IGVMIEFH.BELGIUM.BE/SITES/DEFAULT/FILES/118\\_-\\_BEING\\_TRANSGENDER\\_IN\\_BELGIUM.PDF](https://igvmiefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf),
- NAEZER, M., OERLEMANS, A., HABLOUS, G., CLAAHSEN—VAN DER GRINTEN, H., VAN DER VLEUTEN, A., & VERHAAK, C. (2021). 'WE JUST WANT THE BEST FOR THIS CHILD': CONTESTATIONS OF INTERSEX/DSD AND TRANSGENDER HEALTHCARE INTERVENTIONS. *JOURNAL OF GENDER STUDIES*, 30(7), 830–843. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/09589236.2021.1881462](https://doi.org/10.1080/09589236.2021.1881462)
- OSLO PRIDE. (2021). VERDIG HELSETILBUD NÅ! [HTTPS://WWW.OSLOPRIDE.NO/A/VERDIG-HELSETILBUD-NA](https://www.oslopride.no/a/verdig-helsetilbud-na)
- PAMPATI, S., ANDRZEJEWSKI, J., STEINER, R. J., RASBERRY, C. N., ADKINS, S. H., LESESNE, C. A., & JOHNS, M. (2019). "THERE IS A POSSIBILITY THAT THINGS CAN GET BETTER": TRANSGENDER YOUTH'S EXPERIENCES WITH HEALTH CARE SERVICES. *JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH*, 64(2), S44–S45. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.JADOHEALTH.2018.10.098](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.098)
- PAMPATI, S., ANDRZEJEWSKI, J., STEINER, R. J., RASBERRY, C. N., ADKINS, S. H., LESESNE, C. A., BOYCE, L., GROSE, R. G., & JOHNS, M. M. (2021). «WE DESERVE CARE AND WE DESERVE COMPETENT CARE»: QUALITATIVE PERSPECTIVES ON HEALTH CARE FROM TRANSGENDER YOUTH IN THE SOUTHEAST UNITED STATES. *JOURNAL OF PEDIATRIC NURSING*, 56, 54–59. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.PEDN.2020.09.021](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.021)

- PITTS, M. K., COUCH, M., MULCARE, H., CROY, S., & MITCHELL, A. (2009). TRANSGENDER PEOPLE IN AUSTRALIA AND NEW ZEALAND: HEALTH, WELL-BEING AND ACCESS TO HEALTH SERVICES. *FEMINISM & PSYCHOLOGY*, 19(4), 475–495. [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/0959353509342771](https://doi.org/10.1177/0959353509342771)
- PLATERO, R. (LUCAS). (2014). THE INFLUENCE OF PSYCHIATRIC AND LEGAL DISCOURSES ON PARENTS OF GENDER-NONCONFORMING CHILDREN AND TRANS YOUTHS IN SPAIN. *JOURNAL OF GLBT FAMILY STUDIES*, 10(1–2), 145–167. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/1550428X.2014.857232](https://doi.org/10.1080/1550428X.2014.857232)
- PULTZ, S., & GOLDFINGER, E. (2020). BEING WRONG THE RIGHT WAY: A MULTIPLE CASE STUDY OF THREE TRANSMASCULINE PERSONS' EXPERIENCE WITH THE DANISH HEALTH SYSTEM. *THEORY & PSYCHOLOGY*, 30(4), 567–587. [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/0959354320914956](https://doi.org/10.1177/0959354320914956)
- RIDER, G. N., McMORRIS, B. J., GOWER, A. L., COLEMAN, E., BROWN, C., & EISENBERG, M. E. (2019). PERSPECTIVES FROM NURSES AND PHYSICIANS ON TRAINING NEEDS AND COMFORT WORKING WITH TRANSGENDER AND GENDER-DIVERSE YOUTH. *JOURNAL OF PEDIATRIC HEALTH CARE: OFFICIAL PUBLICATION OF NATIONAL ASSOCIATION OF PEDIATRIC NURSE ASSOCIATES & PRACTITIONERS*, 33(4), 379–385. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.PEDHC.2018.11.003](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003)
- REFORM – RESSURSSENTER FOR MENN. (2020). MASKULINITETSNORMER – EN TRUSSEL FOR TRANSMENNS HELSE? [HTTPS://REFORM.NO/NY-KUNNSKAP-OM-TRANSMENN-OG-HELSE/](https://reform.no/ny-kunnskap-om-transmenn-og-helse/)
- REISNER, S. L., CONRON, K., SCOUT, N., MIMIAGA, M. J., HANEUSE, S., & AUSTIN, S. B. (2014). COMPARING IN-PERSON AND ONLINE SURVEY RESPONDENTS IN THE U.S. NATIONAL TRANSGENDER DISCRIMINATION SURVEY: IMPLICATIONS FOR TRANSGENDER HEALTH RESEARCH. *LGBT HEALTH*, 1, 98–106. [HTTPS://DOI.ORG/10.1089/LGBT.2013.0018](https://doi.org/10.1089/LGBT.2013.0018)
- RIDER, G. N., McMORRIS, B. J., GOWER, A. L., COLEMAN, E., BROWN, C., & EISENBERG, M. E. (2019). PERSPECTIVES FROM NURSES AND PHYSICIANS ON TRAINING NEEDS AND COMFORT WORKING WITH TRANSGENDER AND GENDER-DIVERSE YOUTH. *JOURNAL OF PEDIATRIC HEALTH CARE: OFFICIAL PUBLICATION OF NATIONAL ASSOCIATION OF PEDIATRIC NURSE ASSOCIATES & PRACTITIONERS*, 33(4), 379–385. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.PEDHC.2018.11.003](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003)
- SANDHAL, S. (2021). I FRIHET, LIKHET OG MANGFOLD. KJØNNSENTITET OG SEKSUELL ORIENTERING I RETTSLIG, MEDISINSK OG SAMFUNNSVITENSKAPELIG KONTEKST. OSLO: GYLDENDAL.
- SLAGSTAD, K. (2021). RETTEN TIL KJØNNSENTITET: MELLOM RETTSLIG ANERKJENNELSE OG MEDISINSK BEHANDLING. I FRIHET, LIKHET OG MANGFOLD. KJØNNSENTITET OG SEKSUELL ORIENTERING I RETTSLIG, MEDISINSK OG SAMFUNNSVITENSKAPELIG KONTEKST. OSLO: GYLDENDAL.
- STILLINGEN, E., & ESPSETH, L. (2021, 29. JUNI). TRANSPERSONER FÅR IKKE GOD NOK HELSEHJELP. HØIE MÅ TA ANSVAR. *AFTENPOSTEN.NO*. [HTTPS://WWW.AFTENPOSTEN.NO/MENINGER/DEBATT/I/OQGJLL/TRANSPERSONER-FAAR-ИКKE-GOD-NOK-HELSEHJELP-HOEIE-MAA-TA-ANSVAR](https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/OQGJLL/TRANSPERSONER-FAAR-ИКKE-GOD-NOK-HELSEHJELP-HOEIE-MAA-TA-ANSVAR)
- STUBBERUD, E., EGGEBO, H., & ANDERSSSEN, N. (2022). SKEIVE LIV: FELLES FORTELLINGER PÅ TVERS AV FORSKJELLER. *LAMBDA NORDICA*, 26(4–1), 50–73. [HTTPS://DOI.ORG/10.34041/LN.v26.763](https://doi.org/10.34041/LN.v26.763)
- STUBBERUD, E., EGGEBO, H., & ANDERSSSEN, N. (2022). SKEIVE LIV. FELLES FORTELLINGER PÅ TVERS AV FORSKJELLER. *LAMBDA NORDICA: TIDSKRIFT OM HOMOSEXUALITET*. [HTTPS://DOI.ORG/10.34041/LN.v26.763](https://doi.org/10.34041/LN.v26.763)
- SU, D., IRWIN, J. A., FISHER, C., RAMOS, A., KELLEY, M., MENDOZA, D. A. R., & COLEMAN, J. D. (2016). MENTAL HEALTH DISPARITIES WITHIN THE LGBT POPULATION: A COMPARISON BETWEEN TRANSGENDER AND NONTRANSGENDER INDIVIDUALS. *TRANSGENDER HEALTH*, 1(1), 12–20. [HTTPS://DOI.ORG/10.1089/TRGH.2015.0001](https://doi.org/10.1089/TRGH.2015.0001)
- STUBBERUD, E., PRØITZ, L., & HAMADIASL, H. (2018). DEN ENESTE SKEIVE I BYGDA? UNGE LHBT-PERSONERS BRUK AV KOMMUNALE HELSETJENESTER. LIKESTILLINGSSENTERET KUN.

- STUBBERUD, E. (2015). AU PAIRING IN NORWAY—THE PRODUCTION OF A (NON) WORKER. NORWEGIAN UNIVERSITY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY
- STUBBERUD, E., EGGEBO, H., & ANDERSSON, N. (2022). SKEIVE LIV: FELLES FORTELLINGER PÅ TVERS AV FORSKJELLER. LAMBDA NORDICA, 26(4-1), 50-73. [HTTPS://DOI.ORG/10.34041/LN.v26.763](https://doi.org/10.34041/LN.v26.763)
- SVENDSEN, S. H. B., STUBBERUD, E., & DJUPEDAL, E. F. (2018). SKEIVE UNGDOMMERS IDENTITETSARBEID: SKAM ETTER HOMOTOLERANSEN. TIDSSKRIFT FOR KJØNNSFORSKNING, 42(3), 162–183. [HTTPS://DOI.ORG/10.18261/ISSN.1890-7008-2018-03-03](https://doi.org/10.18261/ISSN.1890-7008-2018-03-03)
- THOMASSEN, M. (2000.). SÅRBARHET OG FELLESKAP. I EKSISTENSIELLE BEGREPER I HELSE- OG SOSIALFAGLIG PRAKSIS. RYKKJE, L. & AUSTAD, A. (RED.) OSLO: UNIVERSITETSFORLAGET.
- TJORA, A. (2017). KVALITATIVE FORSKNINGSMETODER I PRAKSIS. GYLDENDAL AKADEMISK.
- TYLDUM, G. (2018). TILGANG PÅ BRUKERERFARINGER. FAFO-NOTAT 2018:25
- VAN DER ROS, J. (2014). ALSKENS FOLK. LEVEKÅR, LIVSSITUASJON OG LIVSKVALITET FOR PERSONER MED KJØNNSENTITETSTEMATIKK. LIKESTILLINGSSENTERET.
- VAN DER ROS, J. (2021). HELSE TIL ALLE KJØNN? I FRIHET, LIKHET OG MANGFOLD. KJØNNSENTITET OG SEKSUELL ORIENTERING I RETTLIG, MEDISINSK OG SAMFUNNSVITENSKAPELIG KONTEKST. HELLUM, A., & SØRLIE, A. (RED.). GYLDENDAL.
- WESTERBOTN, M., BLOMBERG, T., RENSTRÖM, E., SAFFO, N., SCHMIDT, L., JANSSON, B., & AANESEN, A. (2017). TRANSGENDER PEOPLE IN SWEDISH HEALTHCARE: THE EXPERIENCE OF BEING MET WITH IGNORANCE. NORDIC JOURNAL OF NURSING RESEARCH, 37(4), 194–200. [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/2057158517695712](https://doi.org/10.1177/2057158517695712)
- WÆHRE, A. (2021). MEDISINSK PERSPEKTIV PÅ BEHANDLING AV MEDFØDT VARIASJON I KROPPSLIG KJØNNUTVIKLING OG KJØNNINKONGRUENS HOS BARN OG UNGE (FRIHET, LIKHET OG MANGFOLD. KJØNNSENTITET OG SEKSUELL ORIENTERING I RETTLIG, MEDISINSK OG SAMFUNNSVITENSKAPELIG KONTEKST). GYLDENDAL.
- WÆHRE, A., & TØNSETH, K. (2018, MARS 21). VI HAR FÅTT EN EKSPLOSIV ØKNING I ANTALL TENÅRINGSJENTER SOM ØNSKER Å SKIFTE KJØNN. AFTENPOSTEN.

NF-RAPPORT NR. 6/2023

ISBN (TRYKK): 978-82-7321-875-9

ISBN (DIGITAL): 978-82-7321-874-2

ISSN (TRYKK): 0804-1873

ISSN (DIGITAL): 2704-033X

