

# **”Kan jeg ikke bare få være meg?”**

*En kvalitativ intervjustudie om transpersoners opplevelser  
av utredning og behandling relatert til kjønnsidentitet*

Guro Martine Sandholt Bø



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2019

# **”Kan jeg ikke bare få være meg?”**

*En kvalitativ intervjustudie om transpersoners opplevelser  
av utredning og behandling relatert til kjønnsidentitet*

Jeg håper virkelig at det har blitt bedre,  
Og at det kommer til å bli bedre.  
Jeg synes ingen fortjener  
å måtte kjempe seg gjennom det.  
Å føle at man sitter i avhør  
Bare for å få litt hjelp.

*Utdrag fra intervju*

© Guro Martine Sandholt Bø

2019

”Kan jeg ikke bare få være meg?”

Guro Martine Sandholt Bø

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfatter:** Guro Martine Sandholt Bø.

**Tittel:** ”Kan jeg ikke bare få være meg?”. En kvalitativ intervjustudie om transpersoners opplevelser av utredning og behandling relatert til kjønnsidentitet.

**Veiledere:** Silje-Håvard Bolstad, Mona-Iren Hauge og Guro Brøkke Omland.

**Problemstilling:** Hvilke utfordringer under utredning og behandling er det transpersoner opplever etter å ha oppsøkt helsehjelp på grunn av sin kjønnsidentitet?

**Formål:** Undersøkelsen har som formål å utforske transpersoners opplevelser av utfordringer i møtet med norske helsetilbud i håp om at den skal kunne brukes som kunnskapskilde for helsepersonell som vil øke sin forståelse av transpersoners opplevelser og hvordan man kan møte og ivareta transpersoner på måter som tilrettelegger for pålitelige utredningsprosesser og tilpasset behandling.

**Metode:** Studien baserer seg på semistrukturerte dybdeintervjuer av fem transpersoner som hadde oppsøkt helsehjelp på grunn av sin kjønnsidentitet. Analyseprosessen var inspirert av induktiv og erfaringsmessig tematisk analyse. Studien er et selvstendig forskningsprosjekt der jeg har gjennomført forarbeidet, dataproduksjonen og analysen.

**Hovedtrekk fra resultater og diskusjon:** Resultatene presenteres i fire hovedtemaer.

- 1) Opplevde utfordringer relatert til å ikke føle seg sett og forstått som enkeltindivid.
- 2) Opplevde utfordringer relatert til å ikke kjenne seg møtt med aksept.
- 3) Opplevde utfordringer relatert til å føle seg bortkommen i et system med snevre og strenge krav og retningslinjer.
- 4) Opplevde samarbeidsutfordringer, både mellom deltakerne og helsepersonell samt mellom ulikt helsepersonell og ulike helseinstanser.

I diskusjonen fremheves utfordringer spesifikt knyttet til utredning forut for kroppsjusterende behandling fordi det virker som at utredningsprosessen er kjennetegnet av flere komplekse dilemmaer relatert til frykt og avmakt. Ut ifra deltakernes historier fremstår allianse som et viktig grunnlag for å skape pålitelige utredningsprosesser, særlig i situasjoner som lett kan vekke frykt og avmakt. Resultatene tyder på at opplevde utfordringer kan dempes ved at tillit og trygghet skapes og opprettholdes i relasjonen mellom transperson og helsepersonell. Dette ser videre ut til å bidra til åpenhet fremfor fryktreaksjoner hos deltakerne, samt til å motvirke deltakernes avmakt og negative psykiske reaksjoner.

# Forord

Aller først vil jeg takke alle deltakerne som stilte opp. Jeg er veldig takknemlig og føler meg privilegert som har fått høre historiene deres. Jeg har lært masse av dere.

Videre vil jeg takke mine flotte veiledere. Takk Mona, for din varme måte å veilede på. Takk Silje-Håvard, særlig for at du så vennlig har forklart meg betydningen av ulike begreper. Takk Guro, for at du har tatt en rekke utfordringer på strak arm og stilt opp for meg på mange ugunstige tidspunkt.

Takk til Ungdomstelefonen for å ha inspirert meg. Jeg vil også takke Luca Dalen Espseth, rådgiver for Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI), for å ha hjulpet meg med å spre rekrutteringsteksten til potensielle deltakere.

Til slutt vil jeg takke de menneskene i mitt liv som har lagt til rette for at dette prosjektet skulle gå bra. Takk Henriette, Karoline, Marie og Dan Lin for at dere har vært en årelang studiegruppe der vi viktigst av alt har kunnet takle alle utfordringer sammen. Takk til mamma, pappa, Ida og Rob for emosjonell så vel som økonomisk og kulinarisk støtte. Takk Victoria, for at du alltid har hatt troen på meg. Takk til Nina og Nora for at dere har skapt en støttende og oppmuntrende atmosfære å komme hjem til. Takk til Astrid for korrekturlesing.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Transpersoner og skeiv teori	2
1.2	Transpersoners helsetilbud i Norge	4
1.3	Tidligere forskning	6
1.4	Bakgrunnen for min interesse	8
1.5	Studiens målsetting og problemstilling	9
1.5.1	Valg om språkbruk relatert til studiens målsetting	9
<b>2</b>	<b>Metode</b>	<b>11</b>
2.1	Teoretisk rammeverk	11
2.1.1	Vitenskapsteoretisk forankring	11
2.1.2	Interesse for transpersoners opplevelsesverden	12
2.2	Valg av forskningsdesign	13
2.2.1	Kvalitativ metode	13
2.2.2	Metode for produksjon av datamateriale	13
2.2.3	Analysemetode	14
2.3	Utvalg	14
2.3.1	Kriterier for deltakelse	14
2.3.2	Rekrutteringsprosessen	14
2.3.3	Deltakerne	15
2.4	Produksjon av datamaterialet	16
2.4.1	Jeg som forskningsverktøy	16
2.4.2	Utvikling av intervjuguide	16
2.4.3	Gjennomføring av intervjuene	17
2.4.4	Transkribering og anonymisering	18
2.5	Analyseprosessen	20
2.6	Forskningsetiske betraktninger	22
<b>3</b>	<b>Resultater</b>	<b>23</b>
3.1	”Forstår de ikke at jeg bare er meg?”	24
3.1.1	”Jeg burde vært den kjedelige mannen i gata”	24
3.1.2	”Jeg burde egentlig vært heterofil”	25
3.1.3	”Jeg burde også vært flink på alt”	26

3.1.4	”Jeg burde vært villig til å lære opp helsepersonell” .....	26
<b>3.2</b>	<b>”Om de ikke forstår, så kan de i hvert fall akseptere” .....</b>	<b>28</b>
3.2.1	”Aksepter min opplevelse” .....	28
3.2.2	”Aksept for transpersoner” .....	30
3.2.3	”Aksepter min usikkerhet” .....	31
3.2.4	”Aksepter at jeg har et ekte behov for hjelp” .....	32
<b>3.3</b>	<b>”Jeg føler meg forlatt i et system” .....</b>	<b>33</b>
3.3.1	”De vil at jeg skal være en ”klassisk transseksuell”” .....	34
3.3.2	”De vil at jeg skal gjennom samme behandling som alle andre” .....	34
3.3.3	”De møter meg med retningslinjer, ikke sympati” .....	36
3.3.4	”Til slutt ble siste utvei å betale det selv” .....	37
<b>3.4</b>	<b>”Det trengs mer samarbeid” .....</b>	<b>38</b>
3.4.1	”Samarbeid <u>med</u> meg” .....	38
3.4.2	”Samarbeid innad på NBTS” .....	40
3.4.3	”Samarbeid på tvers av helseinstanser” .....	41
<b>4</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1</b>	<b>Frykt på begge sider? .....</b>	<b>44</b>
<b>4.2</b>	<b>Avmakt, tillit og myndiggjøring.....</b>	<b>46</b>
<b>4.3</b>	<b>Samarbeid mellom transperson og helsepersonell .....</b>	<b>48</b>
4.3.1	Allianse .....	49
<b>4.4</b>	<b>Implikasjoner .....</b>	<b>51</b>
4.4.1	For utredning og behandling .....	51
4.4.2	For videre forskning .....	51
<b>4.5</b>	<b>Avsluttende metodologiske refleksjoner.....</b>	<b>52</b>
<b>Sluttord</b>	.....	<b>55</b>
<b>Litteraturliste</b>	.....	<b>56</b>
<b>Vedlegg / Appendiks</b>	.....	<b>67</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring</b>	.....	<b>67</b>
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide.....</b>	.....	<b>71</b>
<b>Vedlegg 3: Fremleggingsvurdering REK</b>	.....	<b>74</b>
<b>Vedlegg 4: Vurdering NSD</b>	.....	<b>75</b>

# 1 Innledning

*Det var ille før jeg fikk behandling, jeg hadde lyst til å ta livet mitt... Det er ganske viktig, kjønnsidentitet... Det gikk utover hverdagen, hvordan jeg så på meg selv, hvordan jeg hadde det, relasjoner og alt egentlig (...) Det ødela hele livet mitt følte det ut som... Og da måtte jeg jo gjøre noe med det.*

- ”Martin”

”Martin” beskriver sin opplevelse av å ha en kjønnsidentitet som ikke stemte overens med kjønnnet han fikk tildelt ved fødsel. For han ble løsningen å oppsøke hjelp av norsk helsevesen. I likhet med Martin oppsøker stadig flere transpersoner helsevesenet. Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme har de siste årene hatt en årlig økning på 100% i antall henvisninger til kroppsjusterende behandling (Wæhre & Tønseth, 2018). Det er vanskelig å estimere hvor mange transpersoner som finnes i Norge fordi tallet avhenger av formuleringen i ulike undersøkelser (Sørli, 2019; van der Ros, 2013, s. 30). Flatnes (2018, s.7) estimerte at det kan være rundt 200.000 nordmenn som kjenner usikkerhet rundt sin kjønnsidentitet, og at mellom 15.000 og 20.000 ønsker kroppsjusterende behandling. I tillegg kan transpersoner ønske hjelp i form av eksempelvis sexologisk rådgivning, samtalerterapi og samtalegrupper med kjønnsidentitet som tema.

De siste årene har transpersoners møte med helsevesenet vært et betent tema i samfunnsdebatten. Politikere, organisasjoner, helsepersonell, pårørende og transpersoner har delt sine synspunkter om temaet (e.g., Almås, 2018; Espseth, 2015; Fonn, 2017; Haus, 2018; Lohne, Falch-Olsen & Fagerheim, 2013; Sae-Khow, 2018; Simensen, 2018). Transpersoner uttrykker generelt en misnøye rundt helsetilbudet, mens helsepersonell uttrykker splittede meninger om hvordan tilbudet er og bør være. Blant helsepersonell som tilbyr kroppsjusterende behandling sees en uenighet i fagmiljøene, noe Offerdal og Tønseth (2018) hevdet at skader transpersoner som oppsøker helsehjelpen. I tillegg snakkes det om etisk stress hos helsepersonell som må ta avgjørelser rundt hvem som bør få kroppsjusterende behandling (Sveriges Television [SVT], 2019, 48:30) fordi avgjørelsene må tas til tross for mangler innenfor forskningen på området.

Samtidig som det finnes mangler innen forskningsfeltet har transpersoner vansker og ønsker hjelp nå. Transpersoner blir omtalt som en sårbar minoritet (van der Ros, 2013, s. 23), som i likhet med andre minoriteter kan oppleve minoritetsstress (Testa, Habarth, Peta, Balsam & Bockting, 2015). Det er godt dokumentert at transpersoner har høyere forekomst av psykiske plager enn den generelle befolkningen, både internasjonalt og i Norge. James et



al. (2016, s. 105) fant at transpersoner i USA hadde åtte ganger så høy forekomst av alvorlige psykologiske plager sammenlignet med den generelle befolkningen. Disse plagene var assosiert med opplevelser av diskriminering, avvísning og vold (s. 107). I en norsk levekårsundersøkelse om transpersoner rapporterte de fleste informantene om psykisk smerte grunnet manglende samsvar mellom kroppslig og psykologisk kjønn (van der Ros, 2013, s. 57). I Nederland anga opp mot 70% at de hadde vurdert å ta selvmord (van der Ros, 2013, s. 59). Statistikken inkluderte riktignok ikke de som faktisk hadde gjort det.

Når en sårbar gruppe mennesker oppsøker helsehjelp er det viktig at de møtes på en måte som legger til rette for gode prosesser i kontakten mellom helsepersonell og de som oppsøker hjelp. Ut ifra samfunnsdebatten virker det til å være uenigheter rundt hva dette kan innebære, og til tross for et økt fokus i media er det utført lite forskning på transpersoners møte med helsevesenet i Norge. I denne studien ønsker jeg derfor å undersøke hva transpersoner opplever som utfordrende etter at de har oppsøkt helsehjelp på grunn av sin kjønnsidentitet. Det å få kunnskap om deres subjektive opplevelser kan gi tips og føringer om hvordan man som helsepersonell kan møte og ivareta transpersoner på en måte som tilrettelegger for pålitelige utredningsprosesser og tilpasset behandling. Jeg vil først presentere et bakteppe av informasjon for forståelse av transpersoner, helsetilbudet for transpersoner i Norge samt tidligere forskning. Deretter vil jeg videre utdype bakgrunnen for min interesse for temaet, samt prosjektets konkrete problemstilling og målsetting.

## 1.1 Transpersoner og skeiv teori

Transpersoner blir beskrevet som mennesker med ”en kjønnsidentitet som er forskjellig fra det kjønn som er tillagt dem ved fødsel basert på kroppslige kjennetegn” (Lescher-Nuland & van der Ros, 2019). Kjønnsideititet refererer til egen psykologisk oppfatning av hvilket eller hvilke kjønn man er (van der Ros & Benestad, 2018). Ordet transperson kan sees i motsetning til cisperson, som er en betegnelse på mennesker som har samme kjønnsidentitet som det kjønn de fikk tildelt ved fødsel (Arntzen & Kahrs, 2013, s. 211). Transperson er følgelig et paraplybegrep som dekker mange ulike mennesker med ulike kjønnsidentiteter, der likheten er at de overskrider eller krysser kulturelt definerte kjønns-kategorier (s. 212).

I Norge og de fleste andre vestlige, industrialiserte land er de kulturelt definerte kjønnskategoriene mann og kvinne. Dette er kjønnene man kan få tildelt ved fødsel og de juridiske kjønnene som finnes (van der Ros, 2013, s. 9). Tradisjonelle kjønnsroller og syn på

biologisk kjønn er også koblet opp mot disse to kjønnene (Almås & Benestad, 2017, s. 164-175). Det har imidlertid ikke alltid vært slik. Laqueur (1990, s. 149-192) beskrev at kvinner frem til slutten av 1700-tallet ble ansett som mangelfulle menn fremfor et eget kjønn.

Deretter ble tokjønnsmodellen rådende, men denne har i det siste blitt utfordret. Norske leger har debattert om biologisk kjønn bør sees på som todelt eller et spekter med mann og kvinne som ytterpunkter (Austad, 2018; Slagstad, 2018a, 2018b). Flere land har innført en tredje juridisk kjønnskategori eller gjort det mulig å ikke definere seg som mann eller kvinne i juridiske papirer. Dette inkluderer India, Bangladesh, Pakistan, Nepal, Australia, New Zealand, Danmark og Tyskland (Arnesen, 2016; Helsedirektoratet, 2015), noe som medfører at 25% av verdens befolkning har mulighet til å ikke være registrert som mann eller kvinne.

Hva kjønn er vil altså avhenge av hvordan man ser på det, og det finnes flere ulike kjønnsteorier. Denne undersøkelsen vil rammes inn av skeiv teori (queer theory). Det er en fellesbetegnelse på tenke- og analysemåter hvor typiske forståelser og begreper om kjønn og seksualitet problematiseres (Butler, 1993; Kristiansen, 2014). Dette inkluderer normkritikk, å utfordre det som anses som normalt eller naturlig. En av de største inspirasjonskildene til skeiv teori er Foucault. På 1970-tallet påpekte og problematiserte han hva som ble tatt for gitt omkring kjønn og seksualitet i den vestlige verden (Foucault, 1978/1999). Skeiv teori kan videre sees i sammenheng med diskursiv og dekonstruktiv kjønnsteori, der det hevdes at kjønn produseres gjennom språk (diskursive praksiser) og forståelsen av kjønn som en binær motsetning utfordres (Jegerstedt & Mortensen, 2008, s. 18-19).

I kategoriseringen av transpersoner skilles det gjerne mellom binære og ikke-binære transpersoner. Binære passer inn i tokjønnsmodellen, og omtales med ord som mann, kvinne, transmann eller transkvinne. Ikke-binæres kjønnsidentitet faller utenfor denne. Ikke-binære kan for eksempel være mennesker uten kjønnsoppfatning, mennesker som ikke identifiserer seg som mann eller kvinne, eller mennesker som på ulik tid kan kjenne seg som mann eller kvinne eller begge deler samtidig (Matsuno & Budge, 2017). Når det kommer til kjønnsidentitet blir det stadig mer vanlig å forstå kjønn på et kontinuum med mann og kvinne som ytterpunkter fremfor å forstå mann og kvinne som to distinkte og motsatte kategorier (Fontanella, Maretti & Sarra, 2014). Kjønnsidentitet anses altså heller å strekke seg over et kjønnsspekter. Da rundt 28 000 transpersoner i USA ble bedt om å definere sin kjønnsidentitet resulterte det i over 500 ulike begreper (James et al., 2016, s. 40). Det finnes ingen komplett oversikt over kjønnsidentitetsbegreper i det norske språk, men uttrykk for kjønn forhandles også i Norge (Søndergaard, 2019, s. 197).

Det er viktig å påpeke at ikke alle som passer inn i den nevnte definisjonen av transpersoner ønsker å bli omtalt som eller kalle seg transperson. I USA anga 86% av de som kunne omtales som transperson (transgender) at de var komfortable eller nøytrale til dette ordet (James et al., 2016, s. 44). Allikevel er det nyttig å ha et ord til bruk i forskning, og transperson er et av de vanligste begrepene. Jeg bruker derfor dette begrepet i oppgaven, også fordi et flertall av deltakerne i prosjektet selv anvendte begrepet under intervjuene, og fordi det brukes av flere norske organisasjoner, som Forbundet for transpersoner i Norge, Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Skeiv Ungdom og Skeiv Verden.

## **1.2 Transpersoners helsetilbud i Norge**

Dersom en transperson ønsker offentlig finansiert kroppsjusterende behandling (også kalt kjønnsbekreftende behandling) skal vedkommende først oppsøke fastlegen sin. Fastlegen må henvise til BUP, DPS eller privatpraktiserende avtalespesialist som skal gjennomføre psykiatrisk utredning før personen henvises til utredning på Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (heretter NBTS) ved Rikshospitalet (Oslo Universitetssykehus, 2018, 2019a). Under utredningsforløpet på NBTS skal alle fremdeles følges opp av behandlere på BUP eller DPS slik at NBTS kan samarbeide med disse. Under utredningen på NBTS skal alle gjennom anamneseopptak, supplerende anamnese, psykiatrisk vurdering og diagnostisk vurdering der to eller tre utredere skal gjennomføre diagnostisk intervju og sette diagnose på bakgrunn av dette (Oslo Universitetssykehus, 2019b). For å få behandling poengterer NBTS at personen må vise ”stabilitet innen alle livsområder” og ikke ha ”sameksisterende psykososiale eller fysiske problemer som kan påvirke langtidsprognosen negativt”. De understreker også at alle forventes å utføre en virkelighetserfaring (real life test) underveis i utredningsperioden, der personen i minimum et år må leve i sitt opplevde kjønn og endre sosial kjønnsrolle på heltid. Transpersoner som etter utredning tilbys behandling hos NBTS kan motta endokrinologisk og kirurgisk behandling samt hjelp med å søke om for eksempel logopedisk rådgivning, kompresjonsplagg, hårfjerning, parykker, penisproteser, brystproteser eller lignende (2019a).

Siden 1979 har Rikshospitalet hatt nasjonalt behandlingsansvar for alle som oppfyller ICD-10-diagnosen F64.0 Transseksualisme (Oslo Universitetssykehus, 2019b). Diagnosen ligger innenfor diagnosekapittelet om psykiske lidelser og innebærer at man skal ha et ”sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn” (Helsedirektoratet, 2019). Diagnosen har blitt kritisert for å være knyttet opp mot en binær kjønnsforståelse, og kritikk

har videre blitt rettet mot at det offentlige helsetilbudet ved NBTS bygges opp rundt en binær kjønnsmodell (Benestad, Thesen, Aars, Olsen & Bjørkman, 2017). Det er kun diagnosen transseksualisme som gir rett på behandling ved NBTS, og transpersoner som diagnostiseres med andre kjønnsidentitetsforstyrrelser i ICD-10 (F64.8 eller F64.9) faller utenfor tilbudet (van der Ros, 2013, s. 16-17).

I juni 2018 ble ICD-11 publisert for at land skal kunne oversette og forberede bruk av de nye diagnoseklassifikasjonene (World Health Organization, 2018a). Endringene fra ICD-10 til ICD-11 innebærer at diagnoser for kjønnsidentitet flyttes ut av kapittelet for psykiske lidelser, og formuleringen ”kjønnsidentitetsforstyrrelser” fjernes fra manualen. Dette inkluderer at transseksualisme ikke lenger er en diagnose. I stedet er det i ICD-11 opprettet en ny diagnose kalt HA60 Kjønnsinkongruens hos ungdom og voksne, i et nytt kapittel for seksuell helse (World Health Organization, 2018b). Formuleringen ”det annet kjønn” er fjernet, og diagnosen er formulert på en måte som inkluderer mennesker med ikke-binær kjønnsidentitet (Bolstad, 2019a; Wæhre & Schorkopf, 2019). Endringene kan sees sammen med et kulturelt paradigmeskifte der transpersoner forstås i en identitetsmodell fremfor en sykdomsmodell (beskrives eksempelvis av Bockting, 2009). ICD-11 er ikke revidert og oversatt til norsk bruk, og følgelig ikke implementert i Norge. Det finnes foreløpig ingen bestemt tidsplan for implementeringen (Oslo Universitetssykehus, 2019b).

I tillegg til NBTS finnes det i Oslo en helsestasjon for kjønn og seksualitet som gir endokrinologisk behandling til transpersoner under 30 år etter tverrfaglige vurderinger av lege, psykologspesialist, helsesykepleier og sexolog (Oslo kommune, 2019; Sykepleien, 2017). Transpersoner oppsøker også enkelte ”transvennlige leger” som gir hormoner (e.g., T. M. Tønseth, 2018) eller private tilbud for fjerning av bryster og endokrinologisk behandling (e.g., Aviva, 2019; Mediwave, 2017).

I media og NBTS sine årsrapporter fra 2017 og 2018 har det blitt rettet et kritisk blikk mot at transpersoner får utredning og behandling andre steder enn ved den nasjonale tjenesten (K. Tønseth, 2017; K. Tønseth, 2018; Wæhre & Tønseth, 2018). Ansatte ved NBTS har ytret bekymring over at transpersoner som ikke oppfyller kriteriene for transseksualisme får kroppsjusterende behandling grunnet manglende vitenskapelig dokumentasjon på feltet. De har også trukket frem at behandlingsoppstart andre steder vanskeliggjør utredningsprosessen hos NBTS hvis personene etterpå ønsker å søke om behandling der. Det oppgis stor fare for feilbehandling og rekonvertering i slike tilfeller (K. Tønseth, 2017; K. Tønseth, 2018).

Samtidig har det blitt ytret kritiske innvendinger mot behandlingspraksisen på NBTS. Fra fagmiljøer utenfor den nasjonale tjenesten angis det at andre tilbud delvis har bygget seg

opp grunnet snever behandlingspraksis hos NBTS (Offerdal & Tønseth, 2018). Det hevdes videre at det bør utformes norske retningslinjer for behandling av alle transpersoner i tråd med føringer i ICD-11 og Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people (SOC 7) (World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2012). En norsk ekspertgruppe har også anbefalt at kroppsjusterende behandling bør tilbys på flere steder (Helsedirektoratet, 2015). Utenfor NBTS har det i tillegg blitt argumentert for en behandlingsmodell basert på informert samtykke (Bolstad 2019a) med henvisning til en amerikansk studie som viste lav grad av anger når denne modellen ble brukt (Deutsch, 2012). En slik modell baserer seg på at transpersoner med kognitiv kapasitet til å ta informerte valg om helsehjelp selv bestemmer om de vil gjennomgå kroppsjusterende behandling, mens helsepersonells rolle er å gi nødvendig informasjon om blant annet risiko og bivirkninger (Bolstad 2019a).

Utenom medisinske tilbud er det få offentlige tilbud for transpersoner, såkalte ”transspesifikke tilbud”. For transpersoner under 30 år som er bosatt i Oslo tilbyr helsestasjon for kjønn og seksualitet samtaler om kjønnsidentitet (Oslo kommune, 2019). Sex og samfunn har i Oslo samtalegrupper for transpersoner under 19 år og sexologisk rådgivning for transpersoner under 25 år (Sex og samfunn, 2019a, 2019b). Det finnes ingen transspesifikke tilbud for transpersoner over 30 år eller andre steder i Norge. I likhet med alle andre mennesker med rett til helsehjelp kan transpersoner motta offentlig samtaleterapi dersom de opplever psykiske plager (som depresjon eller angst relatert til sin kjønnsidentitet), og har rett til å bli innlagt på sykehus ved akutt selvmordsfare eller alvorlige psykiske lidelser. I tillegg finnes det private tilbud som tilbyr sexologisk rådgivning (e.g., Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi, 2019; Helse Smart, 2019).

### **1.3 Tidligere forskning**

Hovedtilnærmingen innenfor både internasjonal og nasjonal forskning er medisinsk, med et særlig fokus på endokrinologisk behandling (e.g., Chan, Jolly, Liang, Weinand & Safer, 2018; Klaver et al., 2018). I Norge finnes det også publikasjoner med juridiske og politiske aspekter koblet opp mot helsevesenet, for eksempel relatert til endring av juridisk kjønn og tvangssterilisering som del av kroppsjusterende behandling (e.g., Halvorsen, 2018; van der Ros, 2016).

Det er utført en del studier om transpersoners opplevelser i møte med helsevesenet i andre land, blant annet i Canada, USA, Australia, New Zealand, Brasil og Sverige (e.g.,

Bauer, Zong, Scheim, Hammond & Thind, 2015; Costa et al., 2018; Pitts, Couch, Mulcare, Croy & Mitchell, 2009; Poteat, German & Kerrigan, 2013; Westerbotn et al., 2017). Nylig ble 20 studier samlet i en litteraturgjennomgang (Heng, Heal, Banks & Preston, 2018). Studiene som ble inkludert var både kvalitative og kvantitative, og det ble beskrevet fire hovedfunn i den internasjonale litteraturen: 1) at transpersoner opplever at helsepersonell mangler kunnskap, 2) at transpersoners opplevelse av hvorvidt de blir akseptert eller ikke henger sammen med deres opplevelse av helsepersonells kommunikasjon og profesjonalitet, 3) at relasjonsdynamikken mellom transpersoner og helsepersonell påvirkes av opplevd maktubalanse og mangel på støtte, og 4) at deltakerne i studiene hovedsakelig ytret negative beskrivelser av helsetilbud, inkludert en misnøye med lang ventetid (også relatert til real life test). På tvers av disse fire funnene anga Heng et al. (2018) at deltakerne i studiene hadde en generell opplevelse av cisnormativitet og transfobi, og at dette videre påvirket både hvilke forventninger de hadde til helsepersonell og hvilke beslutninger de tok. Dette innebar at deltakerne skjulte sin kjønnsidentitet, kun delte informasjon som de opplevde at ville øke deres sjanse for ønsket behandling, og at de både unngikk og utsatte å oppsøke nødvendig helsehjelp for å unngå diskriminering. Ingen studier i den nevnte litteraturgjennomgangen er fra Norge, og funnene omhandler både generell helsehjelp og transspesifikke tilbud.

I norsk kontekst er det foreløpig publisert få studier som omhandler møtet mellom transpersoner og helsevesenet. Under den norske levekårsundersøkelsen i 2013 møttes 19 informanter til fokusgrupper om transpersoners levekår, livssituasjon og livskvalitet (van der Ros, 2013, s. 5). Gruppene snakket da blant annet om erfaringer med helsevesenet. Det ble trukket frem opplevelser av utilstrekkelig kompetanse generelt i helsevesenet samt mangel på varierte tilbud til transpersoner (s. 5, s. 67). I tillegg beskrives det opplevelser av skjevt maktforhold mellom transpersoner og helsepersonell på NBTS samt oppfatninger av at man ikke kan være ærlig eller uttrykke tvil under utredning fordi man må svare "riktig" på spørsmål for å unngå å bli avvist i sitt ønske om kroppsjusterende behandling (s. 60-62). For kort tid siden ble det også publisert en masteroppgave om ungdommer og deres familiers opplevelser hos NBTS (Jentoft, 2019). Jentoft fant at de opplevde kroppsjusterende behandling som livreddende og livsviktig samt at samhandlingen med NBTS var preget av manglende tillit.

Universitetet i Agder (2019) har nylig gjennomført en spørreundersøkellesbasert studie blant transpersoner i Norge (KHOM-undersøkelsen), men ikke publisert funn ennå. Noen resultater har allikevel blitt delt på offentlige arenaer (Bolstad, 2019b). Respondentene i undersøkelsen rapporterte å ha følt seg diskriminert av norsk helsepersonell i høyere grad enn av andre offentlige tjenestepersoner, venner og familie. Av rundt 500 respondenter anga

halvparten at de hadde følt seg diskriminert av helsepersonell. Det ble ikke spurt om hvor de hadde opplevd diskriminering, men av de som hadde oppsøkt utredning ved NBTS anga 71% at de hadde opplevd diskriminering, mens blant de som hadde oppsøkt utredning privat svarte 36% at de hadde opplevd diskriminering.

Som vist er det publisert få studier i norsk kontekst, og ingen søker spesifikt mot å øke helsepersonells forståelse til tross for at transpersoner gjentakende har rapportert opplevelser av utilstrekkelig kompetanse hos helsepersonell. Jeg ønsker derfor å belyse temaet på en måte som kan bidra til å øke helsepersonells forståelse av transpersoners opplevelser og videre synliggjøre muligheter for et bedre tilpasset helsetilbud.

## 1.4 Bakgrunnen for min interesse

En forutsetning for å lage gode studier er at forskeren er bevisst sine forforståelser, samt kritisk reflekterer over og synliggjør de for leseren (Braun & Clarke, 2013, s. 10; Kvarv, 2014, s. 141). Vitende om at mine forforståelser bidrar inn i forskningen og at mine interesser vil påvirke hvilke dimensjoner som vektlegges i studien vil jeg derfor synliggjøre min vei inn i prosjektet gjennom personlig refleksivitet.

Jeg er bifil/panfil og har av den grunn antakelig vært mer oppmerksom på seksualitetsmangfold gjennom livet enn det jeg hadde vært som heterofil. Tidlig i psykologistudiet oppdaget jeg at vi ikke skulle lære noe om variasjoner innenfor seksualitet. Jeg ønsket å lære, og tok dermed et enkeltemne i sexologi ved siden av. Dette emnet introduserte meg også for kjønns mangfold. Jeg husker godt en forelesning med ulike kjønnsbegreper som gjorde meg forvirret. Hva lå i alle begrepene og hvordan skulle jeg forholde meg til de som helsepersonell? Etter å ha satt meg inn i behandlingstilbudet til transpersoner ble jeg enda mer betenkt, særlig når det gjaldt kroppsjusterende behandling. Hvordan skal helsepersonell vite noe på et felt med lite forskning, og videre ta valg over andres liv basert på den kunnskapen som finnes? På samme tid var det et økende fokus på transpersoner i samfunnsdebatten. Jeg leste om NBTS og som fremtidig psykolog tenkte jeg at det ikke kunne være lett å jobbe der. Senere begynte jeg å arbeide frivillig i Ungdomstelefonen, der unge kan ta kontakt for å snakke om blant annet seksualitet, kjønn, identitet og følelser (Ungdomstelefonen, 2019). Jeg kom i kontakt med anonyme transpersoner som var usikre, redde, misfornøyde eller hadde mistet håpet. Gjennom denne jobben fikk jeg et lite glimt av problemstillinger jeg aldri selv hadde forholdt meg til. Jeg fikk øynene opp for utfordringer transpersoner kan oppleve i møte med helsevesenet.

Disse erfaringene ble spiren til prosjektet. Jeg hadde ufrivillig vært lite oppmerksom på transpersoners sider av saken. Videre begynte jeg å gå på foredrag og seminarer om kjønnsidentitet der jeg fikk mer informasjon og innblikk i at møtet med helsevesenet nødvendigvis ikke bare handler om tilgangen på kroppsjusterende behandling, men også om psykologiske og emosjonelle aspekter ved møtet. Dette interesserte meg, og jeg ønsket å gi transpersoner en mulighet til å få sine perspektiver belyst i forskning i håp om at andre kan få utvidet sin forståelseshorison, særlig helsepersonell som derigjennom kan gi et bedre tilpasset helsetilbud.

## 1.5 Studiens målsetting og problemstilling

Med samfunnsdebatten, tidligere forskning og personlige erfaringer som bakteppe vil jeg nærmere utforske hvordan utredning og behandling oppleves for transpersoner i norsk kontekst. Jeg ønsker å bringe transpersoners stemmer inn i forskning og dermed muliggjøre en dypere forståelse av deres utfordringer. Det innebærer at jeg ønsker å komme tett på deres subjektive opplevelser, inkludert tanker, følelser og handlinger i ulike situasjoner de opplever som utfordrende. Jeg synes det er viktig å få mer detaljert kunnskap om hvordan møtet med helsevesenet kan oppleves, spesielt ettersom tidligere forskning skildrer opplevelser med avvisning og diskriminering (Bolstad, 2019b; van der Ros, 2013, s. 60-62) som videre assosieres med psykologiske plager (James et al., 2016, s. 107). En slik tilnærming kan være av klinisk relevans fordi det å belyse subjektive opplevelser kan tydeliggjøre områder med utviklingspotensial samt gi tips og føringer rundt hva man som helsepersonell kan gjøre annerledes. Jeg ønsker at studien skal kunne brukes som en kunnskapskilde for helsepersonell som vil øke sin forståelse av transpersoners opplevelser og hvordan man kan møte og ivareta transpersoner på måter som tilrettelegger for pålitelige utredningsprosesser og tilpasset behandling.

**Problemstilling:** Hvilke utfordringer under utredning og behandling er det transpersoner opplever etter å ha oppsøkt helsehjelp på grunn av sin kjønnsidentitet?

### 1.5.1 Valg om språkbruk relatert til studiens målsetting

Begreper jeg bruker i oppgaven vil kunne fremstå politisk ladede, som for eksempel ”kjønn tildelt ved fødsel” og ”kroppsjusterende behandling” (som noen vil mene at bør kalles biologisk/kroppslig kjønn, og kjønnskorrigerende/kjønnskiftebehandling). Jeg har valgt å holde språket i oppgaven tett opp mot transpersoners ordbruk nettopp fordi jeg anser det å



fremheve transpersoners stemmer som et mål i seg selv. Hvordan man snakker om ulike fenomener vil forme hvordan de forstås, og ulike diskurser skaper forskjellige virkeligheter (Ulvik, 2019, s. 158). Mitt formål er at jeg gjennom språkbruk kan bidra til å tydeliggjøre transpersoners forståelser og virkeligheter. I tillegg understrekes det i etiske retningslinjer vedrørende forskning på transpersoner at det er ekstra viktig å bruke et ikke-stigmatiserende språk (Adams, 2017). Jeg håper dermed språket mitt kan bidra til å legge et grunnlag for en økt forståelse for transpersoners opplevelsesverden samtidig som det er respektfullt og ikke-stigmatiserende av etiske årsaker.

## 2 Metode

### 2.1 Teoretisk rammeverk

Målet med vitenskapelig arbeid er å oppnå erkjennelse, viten og innsikt (Kvarv, 2014, s. 35), men det finnes ulike syn på hva dette innebærer og hvordan slik kunnskap oppnås. Det er følgelig nyttig med en avklaring rundt mine ontologiske og epistemologiske antakelser som ligger til grunn for denne studien samt hvilke vitenskapsteoretiske tilnærminger jeg har blitt inspirert av. På lik måte som jeg har presentert mine personlige forforståelser vil jeg derfor synliggjøre det teoretiske rammeverket bak studien fordi det henger sammen med mine metodevalg, inkludert hvordan studien har blitt utformet og gjennomført.

#### 2.1.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Ontologisk og epistemologisk er min tilnærming plassert innenfor kritisk realisme og kontekstualisme. Kritisk realisme innebærer en tro på at det finnes en virkelighet i den ytre verden, men at denne virkeligheten ikke direkte kan avsløres gjennom forskning (Kvarv, 2014, s. 16). Jeg anser heller forskning som en indirekte måte å få tilgang på virkeligheten, som gjør at jeg tror den kun delvis kan forstås av mennesker fordi kunnskap påvirkes av forskeren og den sosiale rammen forskeren lever i (Braun & Clarke, 2013, s. 27). Jeg bryter dermed med en positivistisk antakelse om at det er mulig for forskere å avdekke en sannhet gjennom bruk av spesifikke metoder (s. 29-30), som er en vanlig tanke innenfor både psykologisk og medisinsk forskning. Kontekstualismen fremholder at mennesker handler og fortolker i en spesifikk kontekst, noe som i dette prosjektet både vil gjelde meg og deltakerne. Jeg anser derfor kunnskapen i denne studien som midlertidig, lokal og situasjonsavhengig (Madill, Jordan & Shirley, 2000). Funnene i prosjektet regnes ikke som objektivt universelle og sanne, men vil kunne være sanne i visse kontekster (Braun & Clarke, 2013, s. 31).

Jeg forholder meg til en verden utenfor deltakerne, blant annet gjennom å ha presentert transpersoners helsetilbud i Norge per dags dato. Allikevel er ikke målet med studien å avdekke en universell, sann realitet og studiens resultater kan ikke tolkes som direkte, objektive sannheter om helsepersonell og helsevesen. Transpersoners fortellinger kan innebære deres inntrykk av helsepersonells praksiser, tanker og følelser, men det betyr ikke at helsepersonell selv kjenner sine erfaringer slik, eller at fortellingene er direkte avbildninger av en virkelighet. Allikevel kan det å undersøke transpersoners opplevelser av utfordringer under utredning og behandling gi nyttig kunnskap, fordi deres opplevelser i seg selv kan gi et

innblikk i hva de vektlegger i sine møter med helsepersonell, og bidra til dybdekunnskap om deres opplevde utfordringer som videre kan ha praktisk, klinisk nytte.

### **2.1.2 Interesse for transpersoners opplevelsesverden**

Det å utvikle en god forskningsbasert undersøkelse innebærer som nevnt at jeg som forsker er bevisst mine forforståelser. Videre krever det også at jeg aktivt gjenkjenner egne oppfatninger underveis i forskningsprosessen, og er åpen for å endre disse (Kvarv, 2014, s. 141). Fordi jeg ønsker å utforske transpersoners opplevelsesverden og lære av deres historier har jeg gjennom prosjektet forsøkt å være bevisst og endringsvillig i mine forståelser. I søken etter transpersoners opplevelser har jeg vært inspirert av fenomenologi og hermeneutikk.

Fenomenologi ble først introdusert som en vitenskapsteoretisk retning av Husserl rundt år 1900, og kan defineres som læren om det som viser seg (Kvarv, 2014, s. 87). Som forsker er man innenfor denne retningen interessert i å studere deltakernes bevissthet og hvordan denne struktureres (s. 172), altså nettopp hvordan deltakerne opplever og forstår fenomener i sin "livsverden" (s. 91). Jeg har gjennomgående vært interessert i deltakernes førstepersonserfaringer, hvordan de subjektivt forstår og gir mening til sine opplevelser. Dette gjenspeiles i formuleringen av problemstillingen, der fokuset er på hvilke utfordringer transpersoner opplever. Ved å innhente transpersoners egne beskrivelser og fortolke deres stemmer i dataanalysen har jeg forsøkt å forstå det som viser seg for dem.

Hermeneutikk er en form for forståelselære eller fortolkningslære (Krogh, 2010, s. 10) med fokus på å fortolke mening (Kvarv, 2014, s. 73). Hermeneutiske tilnæringer vektlegger at forskeren ikke er nøytral, fordi man som menneske ikke kan stille seg utenfor seg selv (s. 172). Jeg er åpen for at verden og menneskelige handlinger kan forstås på ulike måter og at alle mennesker har en forforståelse som vi bærer med oss. Gjennom bruk av den hermeneutiske sirkel i tolkningsprosessen kan forforståelser og fordommer tas høyde for, og skilles fra deltakernes meninger. Det innebærer at jeg fortolker data i en sirkelbevegelse som inkluderer deler og helhet, som igjen forstås i utgangspunkt av hverandre (Kvarv, 2014, s. 76). Deler kan være konkret tekst, som deltakernes konkrete uttalelser. Disse tolkes i lys av en større helhet, en kontekst. Denne konteksten kan inkludere mine forforståelser og fordommer, kultur, samfunn og historie. Fortolkninger jeg gjør vil dermed være avhengig av hvor stor helhet jeg trekker inn. Gjennom bevissthet på eget bidrag og en gjentakende sirkelbevegelse i analysen av dataene vil jeg kunne vurdere mine fordommer og skifte ut de som forhindrer forståelse av deltakernes meninger.

## **2.2 Valg av forskningsdesign**

### **2.2.1 Kvalitativ metode**

Fordi jeg ville komme nært transpersoners opplevelser og utforske disse anså jeg det som hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode. Kvalitativ forskning egner seg når målet med forskningen er å forstå, beskrive eller forklare subjektive erfaringer samt hvordan personer gir mening til verden rundt seg (Flick, 2007). Gjennom bruk av kvalitativ metode kan kompleksiteten i deltakernes erfaringer og meninger belyses og føre til en dypere forståelse av fenomenet (Braun & Clarke, 2013, s. 24). Repstad (1998, s. 18) understreket at kvalitative metoder er nyttige når man ønsker å komme nært et bestemt miljøes særpreg og trekk uten at målet er å undersøke hvor vanlig noe er eller hvor ofte et fenomen forekommer. Dette er nettopp det jeg ønsket i studien, å komme nært transpersoners erfaringer og skape dybdekunnskap, ikke å finne generaliserbare regelmessigheter. Kvalitative metoder anses videre som særlig nyttige for å studere avgrensede enkeltmiljøer det er forsket lite på fra før, slik som på dette feltet. Konsepter kan da utvikles og bearbeides underveis i forskningsprosessen fremfor at studien på forhånd utarbeides basert på forskerens forutgående teorier eller hypoteser, slik som ved kvantitative studier (Flick, 2007). Jeg har fra starten av prosjektet vært nysgjerrig på transpersoners opplevelser slik de viser seg for dem, uten at jeg på forhånd hadde formulert egne hypoteser eller lagt teorier til grunn for utviklingen av prosjektet utenom min vitenskapsteoretiske forankring.

### **2.2.2 Metode for produksjon av datamateriale**

Ettersom jeg ønsket å få kunnskap om transpersoners opplevelser var det viktig for dataproduksjon at jeg fikk snakket med transpersoner. Jeg valgte å produsere datamaterialet gjennom dybdeintervjuer fordi bruk av intervjuer kan være nyttige når man ønsker å forstå noens verden fra deres synspunkt og med deres mening i opplevelsene (Flick, 2007). Videre valgte jeg at intervjuene skulle være semistrukturerte ettersom strukturen da kan begrense samtalen til temaer som er relevante for prosjektet, samtidig som intervjuet likevel er fleksibelt og åpner opp for rike og komplekse beskrivelser som svar på spørsmålene (Magnusson & Marecek, 2015, s. 47). Denne fleksibiliteten og åpenheten gjorde at jeg som forsker kunne følge deltakerne i deres historier, i stedet for å be om svar innenfor egne konkrete, forhåndsdefinerte konsepter.

### **2.2.3 Analysemetode**

Kvalitative analyser kan strekke seg fra å være deskriptive og utforskende, til mer teoretiserte og tolkende (Braun & Clarke, 2013, s. 174). Deskriptivt arbeid er nyttig når man ønsker å belyse stemmene til en gruppe mennesker, særlig de man vet lite om. Ettersom forskningen på transpersoner er begrenset og jeg ville komme nærmere deres opplevelser valgte jeg å ha et hovedsakelig deskriptivt fokus i analysen. Jeg valgte videre å bli inspirert av tematisk analyse fordi jeg ønsket å finne mønstre i datamaterialet. Jeg anså det som nyttig å være informert av induktiv og erfaringsmessig tematisk analyse ettersom jeg ville undersøke transpersoners egne erfaringer. Dette innebærer at analysen foregår ”bottom up”, at den i stor grad baserer seg på dataene fremfor at den baserer seg på forhåndsbestemte hypoteser og teorier jeg besitter samt at det fokuseres på hvordan deltakerne opplever og gir mening til verden (s. 175). Tematisk analyse passer godt til studien fordi metoden er fleksibel og nyttig for å finne mønstre på tvers av data, samtidig som man kan ivareta de rike og detaljerte nyansene i materialet (Braun & Clarke, 2006). For å gi en ekstra dimensjon til funnene valgte jeg at relevant teori og empiri skulle trekkes inn mot slutten av analyseprosessen, og basere seg på hva deltakerne selv fremhevet.

## **2.3 Utvalg**

### **2.3.1 Kriterier for deltakelse**

For å kunne besvare problemstillingen ønsket jeg å snakke med transpersoner som hadde oppsøkt helsehjelp på grunn av sin kjønnsidentitet. Hovedkriteriet for deltakelse ble dermed nettopp at de måtte ha vært i kontakt med det norske helsevesenet grunnet spørsmål relatert til sin kjønnsidentitet. Utover dette stilte jeg ingen krav annet enn at deltakerne måtte være over 18 år (grunnet behov for informert samtykke) og kunne stille opp til intervju i Oslo innenfor en viss tidsperiode.

### **2.3.2 Rekrutteringsprosessen**

Jeg skrev en rekrutteringstekst som inkluderte informasjon om de nevnte kriteriene for deltakelse. I tillegg poengterte jeg at jeg ønsket å snakke med mennesker med et mangfold av kjønnsidentiteter og brukte ikke ordet transperson i teksten da dette ordet kunne ha ekskludert relevante deltakere. Jeg spesifiserte også at kontakten med helsevesenet kunne

inkludere ulike opplevelser, som for eksempel kroppsjusterende behandling, samtalegrupper om kjønnsidentitet eller samtaleterapi med kjønnsidentitet som tema.

For å nå ut til potensielle deltakere i den lavfrekvente gruppen jeg ønsket å intervju kontaktet jeg en rådgiver i Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI) som delte rekrutteringsteksten i relevante plattformer på Facebook. Interesserte ble bedt om å kontakte meg direkte. Etter at mulige deltakere kontaktet meg fikk de tilsendt et informasjonsskriv med ytterligere informasjon om studien (vedlegg 1), og de ble oppmuntret til å stille spørsmål dersom de lurte på noe. Avtale om tid og sted for intervju ble bestemt dersom personen ønsket å stille til intervju etter å ha satt seg inn i informasjonen.

Basert på prosjektets formål og tidsramme la jeg opp til å rekruttere mellom fire og åtte deltakere. Jeg ønsket å forstå transpersoners opplevelse av kontakten med helsevesenet, ikke angi hvor mange som har disse opplevelsene. I kvalitativ forskning er det nyttig med et mindre antall deltakere fordi færre deltakere kan gi mer verdifull kunnskap hvis man får brukt tiden på å gjennomføre intervjuer som gir gode, rike beskrivelser samt analysere disse (Kvale, 2007, s. 44). Mens jeg gjennomførte intervjuer hadde jeg en åpen rekrutteringsprosess der jeg fortløpende avtalte intervjuer. Etter å ha intervjuet fem deltakere ble rekrutteringen avsluttet etter en vurdering av at intervjuene hadde gitt rikelig med materiale.

### **2.3.3 Deltakerne**

Studien baserer seg på intervjuer med fem transpersoner som bruker pronomener han, hun og hen. Jørgen og Martin identifiserer seg som menn, Nina identifiserer seg som kvinne. Kim identifiserer seg som ikke-binær. Erik identifiserer seg som transmann eller transperson og føler seg ikke 100% som mann. De presenterte navnene er pseudonymer. Av hensyn til deltakernes anonymitet vil de videre presenteres som gruppe. Sitater som presenteres i oppgaven vil også som hovedregel ikke kobles til deres pseudonym, ettersom en slik kobling av flere sitater gjennom en kumulativ effekt kan øke sannsynligheten for gjenkjenning (Braun & Clarke, 2013, s. 169).

Deltakernes alder varierte mellom 18 og 45 år, med en gjennomsnittsalder på rundt 30. De fortalte om støttende kjærester, ektefeller, foreldre, barn og venner. De studerte, jobbet og hadde ulike ansvar i hverdagen. De hadde på ulikt tidspunkt i livet funnet ut av sin kjønnsidentitet. Noen hadde levd skjult i flere tiår, andre hadde delt kjønnsidentiteten sin med omgivelsene tidlig i livet. Deltakerne var ulike steder i sin prosess med helsevesenet og hadde vært i kontakt med flere ulike instanser, deriblant BUPer og DPSer, sykehus, NBTS, Sex og

samfunn samt private leger og psykologer. Selv om det ikke var et utvalgsriterium hadde alle søkt om kroppsjusterende behandling, noe som i stor grad preget deres historier og som følgelig preger resultatene og diskusjonen i denne oppgaven. Deltakerne som gruppe viste stort engasjement for forskningstemaet.

## **2.4 Produksjon av datamaterialet**

### **2.4.1 Jeg som forskningsverktøy**

I forskningsintervjuer er det forskeren selv som er ”forskningsverktøyet” (Kvale, 2007, s. 48). Forskerens kompetanse, evne og sensitivitet vil påvirke intervjuets kvalitet. Gjennom studiet har jeg øvd meg på å snakke med mennesker om sensitive temaer, og jeg har som frivillig i Ungdomstelefonen fått snakket mye om kjønn, seksualitet og følelser. Samtidig har jeg gjennom forskningsprosessen vært bevisst på at jeg vanligvis har en hjelperolle i disse samtalene, fremfor at de utføres i forskningsøyemed. Jeg har derfor måttet minne meg selv på formålet med samtalene gjennom prosessen fra utarbeidelse av intervjuguide til selve intervjuene.

### **2.4.2 Utvikling av intervjuguide**

Jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2) med formål om å skape et datamateriale med narrativt preg der deltakerne i første del av intervjuet ville oppfordres til å fortelle sine historier kronologisk fra første gang de tenkte på å ta kontakt med helsevesenet på grunn av sin kjønnsidentitet. Å skape narrativer kan anses som en helt grunnleggende måte for mennesker å gi mening til sine opplevelser og seg selv (Bruner, 1990, s. 115-116). En narrativ innfallsvinkel vil dermed kunne gi meg en forståelse av deltakernes meninger. Underveis i deres fortellinger planla jeg også at vi skulle tegne en tidslinje, for å hjelpe begge parter med å holde et felles fokus på narrativet fra start til slutt.

Magnusson og Marecek (2015, s. 46) understreket viktigheten av å gi deltakerne en mulighet til å fortelle om sine opplevelser med egne ord og på sin egen måte uten at de skal begrenses av forskerens ordbruk og kategorier. Jeg var derfor opptatt av å formulere spørsmål på en åpen og utforskende måte, og på den måten minske implisitte føringer på hva jeg ønsket at deltakerne skulle fortelle utover at jeg ønsket å vite om deres erfaringer med helsevesenet (fortalt gjennom konkrete hendelser, tanker og følelser). Grunnet ønsket om å få deltakerne til å gi konkrete beskrivelser uten at jeg i for stor grad skulle føre eller begrense

deres fortellinger planla jeg å intervju på en måte som drar veksler på Haavinds livsformsintervju (opprinnelig presentert i 1987). Ved bruk av livsformsintervjuet blir deltakerne bedt om å beskrive et hendelsesforløp så detaljert som mulig (Andenæs & Sundnes, 2019, s. 231). Haavind har videre vektlagt et ønske om at hendelser som fortelles skal plasseres i tid og rom (Haavind, 2019, s. 27). Jeg forberedte meg på å stille korte, klare oppfølgingsspørsmål som ”hvem sa det?”, ”når var det?” og ”hvor var det?” i et mildt og interessert tonefall slik at det ikke ville virke som et forhør, men heller kunne bakes inn i samtalen. Spørsmålene kunne virke banale eller selvfølgelig for deltakerne, men svarene ville gi rikere og mer konkrete beskrivelser til analysen. På den måten ville jeg legge til rette for å kunne danne meg et bilde av konkrete hendelser heller enn generelle meninger.

I andre del av intervjuguiden utarbeidet jeg spørsmål som jeg antok ville åpne opp for en ytterligere forståelse av deltakernes livsverden. Spørsmålene omhandler hvordan de nå i retrospekt ser på sine opplevelser, samt hvordan de ser for seg kontakten med helsevesenet fremover. I tillegg ønsket jeg å høre hva deltakerne ville endret i helsevesenet basert på sine egne erfaringer. På den måten håpet jeg på å få et innblikk i deres nåværende meninger gjennom deres vurderinger av sin tidligere historie.

Jeg leste gjennom og endret intervjuguiden flere ganger, og hadde et særlig fokus på at spørsmålene ikke skulle være stigmatiserende i tråd med Adams et al. (2017) sine etiske retningslinjer til forskning når transpersoner som informanter. Jeg utførte et såkalt pretest-intervju (Magnusson & Marecek, 2015, s. 57), der deltakeren til slutt fikk komme med tilbakemelding og forslag til endringer. Til slutt så to veiledere over intervjuguiden og kom med innspill til hvordan den kunne forbedres.

### **2.4.3 Gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene foregikk sommeren 2019 på undervisningsinstitusjonen jeg tilhører. Alle intervjuene ble gjennomført i et lukket lokale der deltakerne ikke kunne høres av andre enn meg. Gjennomsnittlig varighet på intervjuene var 1 time og 45 minutter. Det korteste intervjuet varte i 75 minutter, mens det lengste varte i 135 minutter. Det ble gjort lydopptak av hvert intervju, som videre ble lagret i Tjenester for Sensitive Data (TSD).

Før intervjustart ble deltakerne informert om at hensikten med studien var at jeg ønsket å undersøke hvordan mennesker med ulike kjønnsidentiteter har opplevd sine møter med helsevesenet fordi jeg tror at det å belyse slike erfaringer kan bidra til å øke helsepersonells forståelse rundt hvordan kontakten oppleves. Jeg uttrykte videre at jeg ønsket



å lære og forstå deres erfaringer inkludert synspunkter, tanker og følelser knyttet til deres kontakt med helsevesenet. Videre poengterte jeg at det ikke var noe som var riktig eller galt å si fordi jeg ønsket å gjøre deltakerne komfortable i situasjonen ved å tydeliggjøre at de ikke måtte være redde for å bli motsagt eller kritisert. Jeg anså dette som særlig viktig grunnet en antakelse om at deltakerne gjennom livet kan ha møtt motstand grunnet sin minoritetsstatus. Gjennom å poengtere at det ikke var noe riktig eller galt å si forsøkte jeg dermed å lage en plattform der deltakerne selv følte de kunne dele sine historier.

Underveis i intervjuene var jeg bevisst på den relasjonen som oppstår mellom intervjuer og deltaker (Hydén, 2000) samt min rolle som intervjuer. Jeg anerkjenner at forhold ved meg har betydning for hvordan deltakerne interagerer med meg. Slike forhold kan eksempelvis være kjønn, alder, sosial status og profesjon (van den Hoonaard, 2011, s. 115). Ettersom alle deltakerne visste at forskningsprosjektet var en del av mitt siste år på psykologstudiet vil jeg anta at spesielt min profesjon og rolle som forsker kunne spille inn på interaksjonen. Kvale (2007, s. 14) understreket at det i kvalitative forskningsintervjuer vil være en maktforskjell mellom forsker og deltaker som kan føre til at deltakeren forteller det de tror intervjueren vil høre. Jeg ønsket å redusere mine implisitte føringer og maktubalansen ved å skape en samarbeidende stemning rundt intervjuet. Det er viktig å oppnå nærhet mellom forsker og deltaker fordi en nær og likeverdig relasjon legger grunnlaget for at forskeren skal kunne forstå deltakerens motiver, tanker og følelser (Kvarv, 2014, s. 141).

I tillegg til å redusere implisitte føringer ønsket jeg å legge til rette for at deltakerne selv kunne regulere hva og hvor mye de ville dele, så de ikke skulle kjenne seg presset til å svare på spørsmål de ikke ville. Gjennom intervjuene var jeg oppmerksom på verbale og nonverbale uttrykk for ubehag, og regulerte spørsmål etter responsen jeg fikk. Når jeg fikk inntrykk av at deltakerne var ukomfortable skiftet jeg tema. Jeg ønsket at intervjusituasjonen skulle være en meningsfull og positiv opplevelse (Jansen, 2015). Avslutningsvis spurte jeg deltakerne om hvordan de hadde opplevd å bli intervjuet og om det var noe de hadde fortalt som de angret eller var usikre på. Samtlige deltakere anga at intervjuopplevelsen hadde vært positiv selv om mange hadde fortalt om vonde opplevelser. Flere kommenterte at det hadde vært deilig å få fortalt sin historie og si ting de ikke hadde snakket om før.

#### **2.4.4 Transkribering og anonymisering**

Transkripsjoner er skriftlige representasjoner og kan ikke anses som en nøytral, enkel gjentakelse av det deltakerne uttrykket i intervjuet (Braun & Clarke, 2013, s. 162). Det er

derfor viktig å vurdere hva man ønsker å transkribere basert på hva man ønsker å analysere. Intervjuene i dette prosjektet ble transkribert i TSD på en verbatim/ortografisk måte. Slik transkripsjon er hensiktsmessig når forskeren ønsker å utføre tematisk analyse (Braun & Clarke, 2013, s. 169), som i denne studien. Ved bruk av tematisk analyse fokuseres det på hvilke ord som sies heller enn hvordan de sies, og innholdet er derfor viktigere å transkribere enn paralingvistiske egenskaper. For å understreke deltakernes mening ble allikevel noen paralingvistiske egenskaper markert. Ord med særlig trykk fikk understrek og det ble lagt på ”hermetegn” der deltakerne forteller om noe de eller andre har sagt. I tillegg inkluderte jeg fremtredende nonverbale emosjonelle uttrykk ettersom disse kan være nyttige i analyse rundt emosjonelle aspekter. Disse ble skrevet i parentes, slik: (gråter) (ler) (sukker høyt).

For å øke kvaliteten av transkripsjonene hadde jeg passet på å utføre intervjuene i stille omgivelser. På den måten unngikk jeg forstyrrende lyder på lydopptakene og senket dermed sannsynligheten for å høre feil under transkribering. Videre passet jeg på å transkribere så raskt som mulig etter intervjuet, slik at jeg kunne huske det bedre. Jeg skrudde ned hastigheten på opptaket og hørte det flere ganger, først delvis underveis i transkriberingen og til slutt som helhet mens jeg fulgte transkripsjonen med øynene.

Underveis i transkriberingen ble materialet også anonymisert. I første runde endret jeg særegne uttrykk og dialektord som kunne føre til gjenkjenning av deltakerne. Det å endre deltakernes ord under transkribering er vanligvis ikke ønskelig, men ble vurdert som nødvendig for å ivareta deltakernes anonymitet. Ettersom jeg ikke hadde planer om å analysere materialet med lingvistikk- eller diskursfokus vurderte jeg at materialet fremdeles kunne brukes i tematisk analyse der det fokuseres på innholdet heller enn språket i seg selv.

Videre gjennom anonymiseringsprosessen reflekterte jeg kontinuerlig rundt hvordan jeg kunne ivareta deltakernes personvern samtidig som jeg ville ivareta innholdet i deres historier. I prosessen ble jeg inspirert av forslagene til Saunders, Kitzinger og Kitzinger (2015) vedrørende hvordan man kan håndtere anonymisering av personlig og sensitivt materiale tilhørende en lavfrekvent og sårbar gruppe. Av anonymiseringshensyn har deltakerne i prosjektet som nevnt blitt tildelt et pseudonym. Jeg har også fjernet svært spesifikke historier som kunne true deres anonymitet. Noen ganger har jeg erstattet informasjon med et passende alternativ (som at en buss har blitt til en bil) og andre ganger har jeg grovkategorisert informasjon (som at 33 år har blitt til ”i 30-årene”). Videre har jeg fjernet informasjon og spesifisert hva slags informasjon som ble fjernet (som sted, yrke eller familiemedlem). Hvilken anonymiseringsstrategi jeg valgte var avhengig av hva jeg vurderte som nyttig å inkludere eller ekskludere for å få frem deltakerens mening i det spesifikke

utsagnet. Hver gang jeg endret, grovkategoriserte eller fjernet informasjon reflekterte jeg over hva en slik endring kunne bety for muligheten til å besvare problemstillingen i prosjektet, og har med dette forsøkt å anonymisere på en slik måte at relevante nyanser i materialet har blitt ivare tatt for analyse.

## 2.5 Analyseprosessen

Tematisk analyse deles gjerne inn i seks steg (Braun & Clarke, 2006). I første steg skal forskeren få inngående kjennskap til datamaterialet (familiarizing), mens det i andre steg lages innledende koder til materialet. Tredje steg innebærer å søke etter temaer i materialet, mens fjerde steg innebærer å gjennomgå disse temaene. I femte steg skal temaene defineres og navngis, mens sjette steg innebærer å rapportere temaene skriftlig.

Selv om metoden er delt i seks steg er det viktig å understreke at prosessen ikke er lineær. Jeg har ikke avsluttet et steg for deretter å bevege meg til neste, men heller arbeidet frem og tilbake mellom de ulike stegene. Denne bevegelsen kan sees i sammenheng med den hermeneutiske sirkel der dataene tolkes i en sirkelbevegelse av deler og helhet slik at jeg har kunnet ta høyde for mine forforståelser. Jeg har gjennom hele analyseprosessen vært bevisst på at jeg tar valg ut ifra både datamaterialet og mine forforståelser ettersom jeg som forsker forsøker å gi mening til deltakernes meninger, noe som kan kalles dobbel hermeneutikk (Smith, Larkin & Flowers, 2009, s. 35-36). For å synliggjøre det som kan innvirke på analysen har jeg derfor tidligere forsøkt å tydeliggjøre mine forforståelser for leseren.

Steg 1 av analyseprosessen startet under dataproduksjonen. For å gjøre meg kjent med materialet noterte jeg ned tanker etter hvert intervju, deriblant refleksjoner rundt deltakernes fortellinger. Jeg noterte også ned refleksjoner underveis i transkriberingen, der jeg ble godt kjent med deltakernes stemmer. Videre skrev jeg også resyméer av deltakernes historier, der jeg holdt setningene tett til deltakernes uttalelser for å opprettholde stemmene.

I steg 2 så jeg på materialet med åpne analysespørsmål, som blant annet ”hva legger deltakerne vekt på?” og ”hvilke følelser beskriver de?”. Arbeid med analysespørsmål kan også kalles koding (Andenæs & Sundnes, 2019, s. 229). Desto lenger inn i prosessen jeg kom, desto mer spesifikke for materialet ble analysespørsmålene. ”Hva kjenner de savn etter?”, ”hvordan føler de seg akseptert?”, ”hvilke forventninger opplever deltakerne at helsepersonell har?”. Etter å ha skapt innledende koder gikk jeg deretter tilbake til råmaterialet og kodet alle utsagn som kunne være relevante for analysespørsmålene, for deretter å sortere dataene etter disse kodene. Jeg kodet ikke delene av intervjuene som ikke

var av relevans for prosjektet. En fallgrube ved bruk av tematisk analyse er nettopp at man koder så mye at prosjektet mister sin retning, noe jeg prøvde å unngå ved å bruke analyse spørsmål aktivt.

Steg 3 innebar å søke etter temaer i datamaterialet. Ettersom mine refleksjoner påvirkes av mine forforståelser ville jeg bli kjent med dataene på en mer systematisk måte der jeg kunne utfordre og endre mine forforståelser basert på deltakernes meninger (Haavind, 2000, s. 155). For å bli kjent med dataene på en systematisk måte søkte jeg på langs i hvert intervju og på tvers av intervjuene (s. 174-176). På langs innebar at jeg tok for meg hvert enkelt intervju og undersøkte hvordan deltakeren selv bygget sin forståelse og koblet sammen hendelser. Jeg var ute etter å forstå hver deltakers logikk, inkludert deres egne kategoriseringer og begrunnelser. På tvers av intervjuene innebar at jeg så etter mønstre mellom deltakerne. Dette inkluderte både likheter og forskjeller (fellestrekk og variasjon).

I steg 4 gjennomgikk jeg temaene gjennom bruk av tankekart og forslag til hierarkiske tabeller med hovedtemaer og undertemaer. Jeg brukte post-it-lapper i ulike størrelser og farger for å teste ut ulike måter å gruppere deltakernes erfaringer på. Videre vurderte jeg de tentative grupperingene ut fra hvorvidt hvert tema i seg selv hadde betydning for deltakernes beretninger og det jeg var interessert i, samt hvorvidt temaene hang sammen og kunne belyse problemstillingen på en forståelig måte (Braun & Clarke, 2013, s. 231). Etter å ha kommet frem til grupperinger som oppfylte de kriteriene gikk jeg tilbake til råmaterialet for å vurdere om temaene faktisk reflekterte helheten og dybden i deltakernes narrativer. Fordi jeg ønsket å ligge tett opp mot deltakernes erfaringer ble konstruksjonen av temaer tett knyttet opp til datamaterialet. Jeg sorterte videre alt råmateriale i form av sitater innunder de ulike temaene.

I steg 5 skrev og omskrev jeg forslag til hvordan temaene kunne defineres og uttrykkes. Underveis i skriveingen i steg 6 ble innholdet i de ulike temaene tydeligere, noe som gjorde det mulig å lete etter den mest logiske rekkefølgen å presentere temaene på, slik at presentasjonen av resultatene bygger på hverandre og underveis skaper et rikere og mer detaljert bilde av resultatene (s. 260). I tillegg plukket jeg ut sitater som jeg syntes bidro til dybde i framstillingen samtidig som de reflekterte innholdet i temaene.

Gjennom arbeidet i analyseprosessen har jeg lest teorier og empiri omhandlende fremtredende temaer. Resultatene av analyseprosessen vil først presenteres uten slike koblinger. Deretter vil de diskuteres opp mot teori og empiri relatert til temaene frykt, avmakt og samarbeid. Jeg har valgt å fokusere på disse temaene fordi de kaster lys over utfordringer som var særlig komplekse, og som er formåltjenlige å synliggjøre for at helsepersonell skal kunne legge til rette for pålitelige utredningsprosesser og tilpasset behandling.

## 2.6 Forskningsetiske betraktninger

Jeg har gjennomgående i metodeseksjonen forsøkt å tydeliggjøre etiske refleksjoner jeg har gjort underveis i arbeidet, deriblant rundt min rolle som forsker og ivaretagelse av deltakerne, fokus på å legge til rette for en ikke-stigmatiserende intervjuopplevelse og minske mulige negative konsekvenser av deltakelse, samt etiske overveielser rundt anonymisering og det å skulle ivareta deltakernes personvern. Videre vil jeg i tillegg trekke frem flere viktige etiske aspekter ved studien, som god datahåndtering, konfidensialitet og frivillighet.

Før gjennomføring av intervjuene sendte jeg en fremleggingsvurdering til Regional Etisk Komité (REK) og et meldeskjema til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). REK vurderte at prosjektet ikke gikk innunder helseforskningslovens bestemmelser, og studien trengte følgelig ikke deres godkjenning (vedlegg 3). NSD vurderte at prosjektets behandling av personopplysninger var i samsvar med personvernlovgivningen (vedlegg 4). Det ble kun innhentet relevante og nødvendige personopplysninger. For å ivareta konfidensialitet ble personopplysningene oppbevart i Tjenester for Sensitive data (TSD) der kun jeg og en veileder har hatt tilgang til materialet.

Deltakerne til dette prosjektet meldte seg frivillig ved å ta kontakt med meg, heller enn at jeg kontaktet de direkte. I tillegg til at deltakerne fikk tilsendt skriftlig informasjon forut for intervjuavtale ble de viktigste punktene også gjennomgått muntlig forut for intervjustart, og før deltakerne signerte på samtykkeerklæring. Alle deltakere i prosjektet var over 18 år og kunne samtykke til å delta selv. Informasjonsskrivet ble utarbeidet fra NSDs veiledende mal for informasjonsskriv (NSD, 2019). I formuleringene ble det etterstrebet klart og enkelt språk i kortfattet form for å sikre at deltakerne ville forstå hva de samtykket til, og de fikk forut for intervju beskjed om formålet med studien både skriftlig og muntlig. For å redusere sannsynligheten for at deltakere skulle føle press på å dele noe de ikke ønsket fikk alle før intervjuet beskjed om at de kunne la være å svare på spørsmål, og det ble understreket at de når som helst kunne trekke tilbake sitt samtykke uten å oppgi grunn. Også underveis i intervjuene forsøkte jeg å se etter eventuelle verbale eller nonverbale tegn på ufrivillighet, slik at jeg da kunne følge disse opp. I tillegg fikk alle deltakerne også kontaktinformasjon til meg, veilederne og universitetets personvernombud slik at de også etter intervjuets slutt kunne trekke tilbake sitt samtykke for deltakelse.

## 3 Resultater

Resultatene av analysen presenteres i fire hovedtemaer med undertemaer, som sammen gir et bilde av hvilke utfordringer deltakerne har opplevd under utredning og behandling etter at de oppsøkte helsehjelp på grunn av sin kjønnsidentitet. Navnene på temaene er ikke direkte sitater, men ligger tett opptil deltakeres utsagn med mål om å fremheve deres stemmer. Under presentasjonen inkluderes også sitater for å løfte deltakernes stemmer frem. Sitatene fremstilles som de ble transkribert, men med noen endringer for å lette lesbarhet og øke forståelse. Dette innebærer at det har blitt lagt inn punktumer samt at grammatiske feil og fyllord har blitt korrigert. Meningsinnhold har ikke blitt endret, og utsagnene er sjekket opp mot lydopptak for å sikre at de baseres på deltakeres egen intonasjon og pauser (Braun & Clarke, 2013, s. 163). Min stemme står i [hakeparentes].

Første hovedtema ”Forstår de ikke at jeg bare er meg?” omhandler opplevelser av å ikke bli sett og forstått som individ. Flere uttrykker å ha følt at de til tider ikke kan være seg selv, men heller burde leve opp til forventninger de opplever at helsepersonell har. Andre hovedtema ”Om de ikke forstår, så kan de i hvert fall akseptere” omhandler utfordringer omkring aksept. Flesteparten forteller at de tidvis har følt seg møtt uten aksept for sin opplevelse, for sin kjønnsidentitet, sin usikkerhet og sitt behov for behandling. Tredje hovedtema ”Jeg føler meg forlatt i et system” handler om fortellinger rundt opplevelser av å kjenne seg bortkommen blant snevre og strenge krav og retningslinjer fremfor å sitte med en opplevelse av at tilbud tilpasses hver bruker og muliggjør individuell utredning og behandling. Siste hovedtema ”Det trengs mer samarbeid” omhandler fortellinger om opplevelser av samarbeidsutfordringer mellom deltakerne og helsepersonell, samt mellom ulikt helsepersonell og ulike helseinstanser.

Ettersom jeg ønsker at resultatene skal kunne brukes som en kilde til kunnskap for helsepersonell som vil tilrettelegge for pålitelige utredningsprosesser og tilpasset behandling vil jeg presentere både fellestrekk og variasjon i materialet for å belyse mangfoldet av deltakernes tanker, følelser og forståelser. Det å belyse utfordringer fra flere vinkler kan være med på å synliggjøre hva som skiller lignende situasjoner fra hverandre, der de i en viss setting oppleves utfordrende og i en annen setting ikke. Situasjoner der deltakerne kjente seg akseptert kan for eksempel bidra til å belyse utfordringen av å ikke føle seg akseptert i andre situasjoner.

### 3.1 ”Forstår de ikke at jeg bare er meg?”

De som ble intervjuet beskriver i ulik grad en opplevelse av å måtte presentere seg som noe annet enn seg selv. Flere skildrer press på å skulle leve opp til antakelser og forventninger de opplever at helsepersonell har, selv om disse går på tross av egen selvforståelse. Mange sitter med opplevelser av å ikke bli sett som individer, men som en representant for transpersoner.

#### 3.1.1 ”Jeg burde vært den kjedelige mannen i gata”

Fra utredninger beskriver flere en opplevelse av at helsepersonell forventer at de skal være en binær kjønnsstereotypi. De som har blitt utredet på NBTS beskriver å ha blitt vurdert ut fra utseende, hvor feminine og maskuline de fremsto, hvilke klær de brukte, hvordan de satt, hvilke interesser de har og hvilke leker de brukte som barn. En forteller om sin opplevelse av å ikke kunne se ut slik han selv ville:

*De driver med en rangering av utseende ditt i utredningen, som jeg synes er veldig merkelig (...) De sitter med et diagram og markerer ”okei, hvor maskulin synes jeg du ser ut?”. Det er veldig subjektivt (...) Når det er folk du møter en gang som skal rangere hvor maskulin de synes du ser ut, så er det litt sånn... Kan jeg ikke bare få være meg?*

I stedet for å kjenne seg sett og forstått som enkeltindivider med ulike uttrykksmåter har flere kjent seg presset til å skulle opptre som stereotypier. De beskriver en frykt for å ikke bli vurdert som maskulin eller feminin nok under utredningen, noe som har gjort at flere har fremstilt sitt utseende og sin væremåte mer kjønnsstereotypisk enn de vanligvis ville. ”At man ikke skal få lov til å kle seg som man vil, at det skal ha betydning for hvilket kjønn man er... Det synes jeg er like bakvendt som da man tenkte at damer ikke kunne gå i bukse”.

Opplevelsen av at utredere har et kjønnsstereotypisk fokus anses ikke bare som problematisk fordi man på tvers av kjønn kan ha ulikt utseende, klær og interesser, men også fordi det gjennom livet kan avhenge av faktorer som personlige trekk og tilgjengelighet. En som fikk tildelt jentekjønn ved fødselen forteller om sin oppvekst:

*Jeg var ikke den stereotypiske jenta da jeg var liten som var sånn ”nei, jeg vil ikke gå i kjole, jeg vil leke med bil og ha på meg dress”. Jeg var litt underdanig. Jeg gikk med kjole, og jeg lekte med Barbie, men så gikk jeg også med superheltdrakt og lekte alt mulig annet. Jeg var egentlig et barn og så tror jeg den feminine siden ble veldig fremhevet... Hvis jeg ønsket meg en actionfigur og en Barbie så fikk jeg ofte Barbien og jeg hadde ikke noe imot det. Det ble det lagt mye vekt på videre i utredningen, at jeg ikke var den typiske rebelske lille jenta som nektet å gå på ridning.*

Forut for utredningen på NBTS forteller en at han under den psykiatriske utredningen opplevde at en psykolog gjentakende konfronterte han med at han ikke var maskulin nok. Han ønsket en henvisning til NBTS, og kjente at psykologen satt i en maktposisjon: ”Han satt der og definerte meg og så kunne jeg ikke si så mye imot (...) Jeg var kjempeusikker og sjenert og turte ikke å si ”nei, jeg er så androgyn jeg vil, jeg er fortsatt trans””. Denne kontakten gjorde han skeptisk til ”hele pakken” i helsevesenet. Etter hvert unngikk han å møte opp til avtalte timer fordi han gruet seg og fryktet konfrontasjon.

### **3.1.2 ”Jeg burde egentlig vært heterofil”**

Et annet tema som går igjen i intervjuene er en opplevelse av at de som utreder på NBTS har unyttige forventinger angående transpersoners seksualitet. Utredningsspørsmål omkring sexliv, seksuelle fantasier og legning beskrives som ekle, rare, frekke, direkte og for personlige. Noen uttrykker misnøye over at temaet i det hele tatt inkluderes i utredningen. ”Det føler jeg virkelig ikke kan være relevant for hvilket kjønn jeg er”. En forteller om frykt og forvirring som oppstår når spørsmålene stilles:

*”Har du sex? Onanerer du? Hvordan onanerer du? Hva tenker du på?” De spør om alt mulig, og så blir du jo redd (...) fordi du er redd for å gjøre noe feil. Hvis jeg har denne seksuelle fantasien, tenker de at jeg ikke kan være trans da?*

Flere angir å være redde for å svare feil på spørsmålene, særlig de som omhandler legning grunnet en frykt for at de som utreder skal forvente heterofili. ”Tenk om de ikke vil gi meg hormoner, fordi de tror jeg bare er en heterofil jente som synes det er litt kult å være homo”. En beskriver at også det å ha barn kan være et dårlig utgangspunkt ettersom utredere da kan tro at man er fornøyd med sine kjønnsorganer og ikke trenger behandling, selv om det å få barn i seg selv ikke sier noe om følelser eller opplevelse av kropp og seksuelliv.

To av de som ble intervjuet ytret en forståelse for at det kan være lurt å utforske seksualitet dersom man skal gjennomføre operasjoner, men synes måten det ble gjort på var problematisk. ”De framstilte det på en veldig demoniserende måte”. Flere angir å ha måttet svare på samme spørsmål flere ganger og at spørsmålene kommer plutselig, ut av det blå, som et pang. Dette har fått en til å føle seg ”satt i et hjørne”, mens en annen beskriver å få spørsmålene ”i fleisen hver gang”.



### 3.1.3 ”Jeg burde også vært flink på alt”

Under utredning på NBTS har flere også sittet med en opplevelse av at utrederne forventer et høyt funksjonsnivå, at de skal være flinke på alt. ”Inntrykket jeg fikk var at de legger veldig stor vekt på om du fungerer ordentlig i hverdagen (...) Om du har kjæreste, om du har venner, om du har jobb, om du er på skolen, om du trives på skolen...”. Det opplevde funksjonsfokuset kan sees i sammenheng med at utredningen på NBTS innebærer en psykiatrisk utredning og vurdering. En beskriver å ha fått forklart at de må utelukke psykiske lidelser som kan gi litt lignende følelse som den man har av å være trans. En annen angir å ha fått beskjed om at behandlingen kan være for belastende å gå gjennom hvis man har psykiske lidelser ”av ulike slag”, og at dette derfor må vurderes.

Baksiden av et mål med å avdekke psykiske lidelser kan være hvis normale utsagn eller uttrykk fortolkes som et symptom, noe flere av deltakerne har en opplevelse av. Det kan være psykologisk utfordrende om verbale og nonverbale uttrykk raskt tolkes som symptomer. En beskriver å ha grått foran en lege i samtale om sin vanskelige livssituasjon: ”Hun så meg gråte i noen minutter, og så sa hun at jeg var alvorlig deprimert og at min utredning kom til å bli stoppet”. To opplevde i starten av utredningsløpet å få beskjed om at de kan ha autismespekterforstyrrelser. Mistanken skal ha blitt begrunnet i små observasjoner, mens begge hadde uavhengige psykologer som klart mente at det var unødvendig med en autismeutredning. En forteller:

*Det var helt nytt, jeg hadde da gått hos BUP i flere år, og det hadde aldri vært snakk om noe Asperger eller autismediagnose... Så jeg husker vi sa det til psykologen min da, da vi kom tilbake, for hun var jo veldig spent på hvordan dette hadde gått. Og hun begynte bare å le. Bare ”herregud, du har i hvert fall ikke det!” (...) Jeg følte allerede da et veldig press på å ikke si de gale tingene. Ikke si noe galt, for da kan du ødelegge for deg selv.*

Opplevelsen av at man fort kan si noe galt og bli misforstått har gjort at flere har latt være å dele sine tanker og følelser i frykt for at disse vil tolkes som psykiske symptomer i stedet for vanlige opplevelser individer kan ha. Flere beskriver en opplevelse av at deres følelser raskt kategoriseres som avvikende, noe som har vekket utrygghet og frykt.

### 3.1.4 ”Jeg burde vært villig til å lære opp helsepersonell”

Gjennomgående i intervjuene uttrykkes en opplevelse av at helsepersonell forventer at alle skal være villige til å svare på spørsmål på vegne av transpersoner. ”Jeg blir ofte møtt med en nysgjerrighet på godt og vondt”. Dette beskrives særlig hos fastleger og psykologer. Mange understreker at de er glade for at helsepersonell ønsker å lære mer om temaet, men at

det å måtte svare på spørsmål som ikke er nødvendige eller relevante for det de oppsøker hjelp for kan vekke frustrasjon og oppgitthet. ”Det blir de samme spørsmålene igjen og igjen og igjen og igjen (...) Jeg er ikke en vandrende Google-maskin”. Flere skulle ønske at helsepersonell kunne tilegne seg kunnskap gjennom andre kanaler. Det å skulle representere transpersoner er ofte ikke det de vil, selv når de oppsøker helsevesenet grunnet sin kjønnsidentitet. En beskriver en positiv opplevelse der han gikk til en lege for å få satt en testosteronsprøyte uten at legen stilte flere spørsmål rundt hans kjønnsidentitet. Det å ikke bli redusert til å være representant for transpersoner ga en positiv følelse. ”Jeg er jo ikke bare en transperson”. En understreker viktigheten av å bli møtt som en person, ikke en transperson:

*Det viktigste for helsepersonell er kanskje å huske på at jeg bare er meg. Jeg føler at når veldig mange møter meg så er de litt i tvil, kanskje de aldri har møtt en transperson før, og så synes de det er litt skummelt og litt rart... Men jeg er jo bare et menneske, så jeg vil bli møtt på samme måte som de møter alle andre mennesker.*

Ønsket om å få være et individ heller enn en representant gjelder også i situasjoner der de opplever en forventning om at de skal ville bidra til forskning. Flere angir at de i møtet med NBTS har følt seg som en forsøkskanin, ”bare et tall i deres statistikk”. En forteller at det som del av utredningsforløpet forventes at alle skal fylle ut en forskningsundersøkelse som tar to timer. Videre angir en at et krav i utredningen var innhenting av informasjon om foreldres svangerskap:

*Hvis du spør meg, så er det egentlig mer forskningsbasert enn rettet mot diagnostikk. (...) Det føles mer ut som en undersøkelse de har lyst til å gjøre fordi de er nysgjerrige på om det finnes en sammenheng. At et eller annet foregår gjennom graviditeten, og så ja... Det er for all del lov å være nysgjerrige, men å stille det som et kriterium for at jeg skal få en diagnose, det føltes ikke greit.*

Det føles ikke greit å kjenne seg presset til å skulle leve opp til stereotypier, antakelser og kategorier. Det å kjenne at de burde være noe annet enn de er bidrar til en psykologisk opplevelse av å bli misforstått. Flere deltakere sitter igjen med en opplevelse av at helsepersonell ikke forstår eller tar hensyn til at de både kan være enkeltpersoner med varierte livssituasjoner, tanker og følelser samtidig som de også kan kategoriseres som transpersoner.

## 3.2 ”Om de ikke forstår, så kan de i hvert fall akseptere”

Baksiden av å ikke oppleve at man kan være seg selv og kjenne seg forstått kan bli at man heller ikke føler seg akseptert. Alle som deltok i prosjektet snakket om viktigheten av aksept, og beskrev ulike opplevelser relatert til dette.

### 3.2.1 ”Aksepter min opplevelse”

En frykt for å ikke bli trodd i sin opplevelse gjennomsyrrer livsverdenen til mange av de som ble intervjuet. Flere angir at de tidligere har informert andre mennesker om sin kjønnsidentitet uten å bli trodd, noe som gjorde det enda skumlere å oppsøke helsevesenet:

*Det skumleste er kanskje det at det ikke finnes noe bevis. Hvis jeg oppsøker helsevesenet fordi jeg har brukket et ben så tar de røntgenbilde, og så kan de putte på en gips og så har man bevis på at det benet var brukket, men jeg var redd for at jeg ikke skulle bli trodd. Jeg hadde prøvd meg før, jeg fortalte det til min første kjæreste, og da lo han.*

Alle som ble intervjuet trakk frem viktigheten av at helsepersonell lytter til det de sier. ”Det er jo vanskelig for helsepersonell, de må bare lytte og stole på det jeg sier. Og jeg skjønner at det kan være vanskelig å stole på det, når man sier ”bare lytt”, men det betyr så mye for meg”. Fire har erfaringer med å føle seg lite hørt og stolt på i stedet for å føle aksept for sin opplevelse. Flere har opplevd utredningen før kroppsjusterende behandling som en kamp der de har måttet overbevise, forsvare og forklare seg. De ytrer forståelse for at de må gjennom en utredning, men misnøye over hvordan denne gjennomføres på NBTS. De føler at deres opplevelser ikke blir akseptert, at de ikke tas på alvor.

Flere aspekter ved utredningen bygger opp under deres opplevelse av å ikke bli tatt på alvor. For det første har flere opplevd å måtte svare på samme spørsmål mange ganger, noe som gjør de lei og motløse. ”Det føles som man er i avhør”. Flere trekker også frem at de må bevise sin kjønnsidentitet over tid selv om de selv lenge har visst om og levd i sitt opplevde kjønn før de oppsøkte hjelp. ”Det å gå i halvannet år og bevise at jeg er det, når jeg allerede har tatt steget... Det føles veldig kunstig og rart”. Videre har flere en opplevelse av at helsepersonell tar et utenfra-perspektiv der utredningen baseres på andre enn individet som søker hjelp. Et eksempel er et fokus på hva pårørende har observert:

*De stolte kanskje mer på foreldrene mine sin opplevelse av meg som barn, og det synes jeg er veldig feil fremgangsmåte (...) Jeg husker det var veldig frustrerende, for mamma og pappa vet jo ikke hvordan jeg følte meg da jeg var liten. Jeg husker at da jeg var fire år gammel, så lå jeg i sengen min og skulle ønske jeg våknet opp som gutt neste dag. Men det vet jo ikke de.*

Et utenfra-perspektiv oppleves ikke bare problematisk fordi følelsene til den som søker hjelp er viktige, men også fordi transpersoner kan ha et vanskelig forhold til sine pårørende. En annen forteller: ”På det tidspunktet hadde jeg ikke noe godt forhold til pappa (...) Jeg kunne ikke vite om han satt der og sa at det bare var noe jeg hadde diktet opp... Så jeg følte meg veldig hjelpeløs”.

Sinne, frustrasjon, motløshet, hjelpeløshet. Det beskrives mange følelser under utredningen, og de ser ut til å bli forsterket av den underliggende frykten. Frykten for å ikke bli trodd er så dominerende fordi det å ikke bli trodd vil resultere i en avvisning, at de ikke får behandlingen de søker. ”Jeg har hele veien vært livredd for at de bare skal kutte meg ut”. Følelsen av å ikke bli akseptert i sin opplevelse henger dermed sammen med at deltakerne selv ikke får ta valg om behandling. En tror denne utfordringen kan skyldes et syn på kjønns mangfold som en psykisk lidelse: ”Jeg er veldig glad for at transseksualisme ble fjernet fra det psykologiske kapittelet i ICD-11, for jeg tror det har påvirket hvordan man har sett på transpersoner i mange år... Som uegnet til å bestemme selv over egen kropp”. De har taklet frykten for avvisning på ulike måter. En angir at det lureste er å si så lite som mulig i mot under utredningen, ”la det passere hvis ett eller annet blir sagt som man er uenig i”. En annen skal på et tidspunkt ha løyet om sine følelser:

*De jeg hadde snakket med der, de var jo hyggelige, det var ikke det, men jeg følte ikke at jeg kunne... Jeg hadde ikke tillit til at de kom til å høre på meg (...) [Du sa det du visste at de ville høre?] Ja, jeg gjorde det.*

En tredje deltaker var opptatt av å være ærlig om sine følelser, men opplevde da å ikke bli trodd i sitt behov for behandling og ble avvist. Dette førte til at vedkommende over lengre tid unngikk all kontakt med helsevesenet, selv ved fysisk sykdom. Nå har deltakeren klart å ta kontakt med helsevesenet igjen, men holder sin kjønnsidentitet skjult. ”Jeg vil ikke ha nok en opplevelse hvor jeg ikke blir trodd på”. Det virker som at det å ikke kjenne seg akseptert i sin opplevelse både påvirker deltakernes følelser og at det videre påvirker hvordan de forholder seg til helsepersonell og helsevesenet generelt.

De gangene de derimot har kjent aksept for sin opplevelse angir de som ble intervjuet positive følelser. Alle forteller å ha opplevd at enkelte helsepersonell har akseptert deres opplevelser og tatt de på alvor. Deltakerne uttrykker da positiv overraskelse. En forteller om en utreder på NBTS: ”Jeg hadde gruet meg (...) men det var liksom poff, så var det borte”. Det beskrives som veldig deilig når følelser ikke blir avfeid. Slike opplevelser ser videre ut til å ha fått deltakerne til å åpne seg og fortelle mer om sine tanker og følelser.

### 3.2.2 ”Aksept for transpersoner”

Alle som ble intervjuet snakket varmt om helsepersonell de opplever at har vist aksept for transpersoner generelt, både under utredninger og behandling. En trekker frem helsepersonell som symbolsk uttrykker aksept, for eksempel ved å ha på seg en regnbuepin, ha bøker om kjønnsidentitet i hyllen eller plassere et transflagg synlig på kontoret. Flere har kjent aksept for sin kjønnsidentitet gjennom opplevd bekreftelse og validering av deres følelser, når helsepersonell har sagt at det gir mening at de reagerer og føler slik de gjør. Alle beskriver særlig å kjenne bekreftelse og validering når leger, psykologer og sykepleiere har tatt i bruk pronomen og navn som de selv bruker, både i samtaler og journal. En trekker frem en kirurg under behandling på NBTS: ”Selv om kirurgen sto og så på meg og tusjet på meg – og selvfølgelig da så at jeg hadde bryster – så hadde han allikevel ikke noe problem med å bruke riktig pronomen. Det gjorde meg veldig glad (smiler bredt)”.

Videre understreker flere at det var ekstra viktig å kjenne seg akseptert i møtet med det første helsepersonellet de informerte om sin kjønnsidentitet fordi dette ga håp om aksept i fremtiden. En angir at normalisering første gangen gjorde alt mindre skummelt: ”Hun gjorde det litt mer normalt, jeg hadde gått rundt og følt på at dette er det mest unormale som finnes i hele verden. Så jeg ble ganske beroliget av det”. Opplevd aksept gjennom normalisering ser ut til å henge sammen med opplevelser av at helsepersonell ikke gjør kjønnsidentitet til en ”stor greie”, men forholder seg nøytralt til informasjonen. En forteller om da vedkommende delte sin kjønnsidentitet med fastlegen: ”Jeg informerte om at jeg ikke identifiserer meg som kvinne, og hun bare ”okei”. Det var ingenting! Det var liksom bare ”okei”. Og det er kjempebra! Ikke en stor reaksjon med ”ååå” (tar seg til munnen)”. Det å kjenne aksept gjennom opplevd bekreftelse, validering og normalisering gjør godt, og deltakerne forteller at slike opplevelser vekker glede, lettelse og lykke. Helsepersonell omtales videre i ordelag som koselig, god, flink, empatisk og imøtekommende. ”De har vært veldig viktige for at jeg skulle føle meg som et menneske oppi det hele”.

På den andre siden beskriver fire av de som ble intervjuet utfordrende opplevelser der de har kjent mangel på aksept for sin kjønnsidentitet. En forteller om en psykolog som under psykologisk utredning konsekvent skrev et uønsket pronomen i journalen. En annen forteller at behandlere og miljøpersonell ved en sykehusavdeling nektet å bruke hans ønskede navn og pronomen fordi han skulle lære å takle motgang og stå opp for seg selv:

*De var veldig redde for at jeg ikke skulle takle hvordan verden skulle ta meg imot, så de var veldig opptatt av at jeg skulle bli hard. Jeg måtte kjempe for meg selv (...) Det var ganske idiotisk. Når jeg skriver Martin selv (...) og så kommer de ansatte og kaller meg... Jeg vil ikke*

*si navnet engang... Dødnavn og "hun". [Hvordan kjentes det ut?] Jeg ble rasende. Jeg trampet ut av rommet flere ganger og tenkte at jeg aldri skulle snakke med de igjen, at jeg bare skulle holde kjeft til de kalte meg Martin.*

Opplevelser av å ikke kjenne aksept for sin kjønnsidentitet har trigget både sinne og nedstemthet. Noen har gått ut fra timer gråtende, for deretter å ha følt seg trukket ned. En beskriver sin utredning for kroppsjusterende behandling som helsefarlig, flere forteller om depresjon og suicidalitet som følge av å ikke føle seg akseptert i sin kjønnsidentitet. En forteller fra en utredning hos psykolog: "Det endte med at jeg tenkte fuck dette, og så fikk jeg depresjon og så ikke psykologen min på et halvt år (...) og da jeg kom tilbake så måtte jeg bli innlagt". I tillegg til ordbruk understreker flere at det også handler om kroppsspråk og tonefall som de opplever at avslører negative holdninger. En demonstrerer hvordan leger og sykepleiere har trukket kroppen sin unna og rynket på nesen i samtaler. En annen har følt at fastlegen snakket til hen som om hen var en "freak", mens en tredje følte seg snakket til som et barn av utredere på NBTS selv om vedkommende var over 18 år. Negative følelser ser videre ut til å bli forsterket der manglende aksept oppleves på helsetilbud som er opprettet for transpersoner spesifikt, ettersom man nettopp der burde kjenne aksept:

*Ut av alle disse opplevelsene så synes jeg Rikshospitalet har vært verst, og jeg tror det er der jeg har følt meg minst bekreftet og mest utilpass og unormal og ekkel. Det er litt rart, jeg kjenner at jeg blir provosert og sint. Jeg synes det er latterlig at de som skal hjelpe er de som kommer dårligst ut for min del.*

### **3.2.3 "Aksepter min usikkerhet"**

Fra utredning på NBTS angir flere at de i liten grad har opplevd aksept for ulike former for usikkerhet. De forteller om utredere som gjentakende spør om de er helt sikre, etterfulgt av informasjon om at de kan angre. "De er så redde for å feilbehandle folk". Flere ble redde for å bli avvist hvis de uttrykket sin usikkerhet, og ytrer i intervjuene fortvilelse over opplevelsen av å ikke kunne være åpne med utrederne. En sier at det er like viktig med rom for usikkerhet når det kommer til kroppsjusterende behandling som når det kommer til terapi og sexologisk rådgivning: "Det må være rom for å utforske, uten å bli fordømt (...) Hvis du ikke føler deg trygg til å utforske hos NBTS, det eneste stedet som kan hjelpe deg... Det går ikke (sukker). Jeg synes det er skikkelig trist".

Ut fra det deltakerne forteller virker det som at de har stått i dilemmaer rundt hvordan de kan forvalte sin usikkerhet i møtet med NBTS. En skal over tid ha uttrykket et stabilt ønske om kroppsjusterende behandling, men samtidig anerkjent usikkerhet rundt definisjonen

av kjønnet sitt. ”Da var de sånn ”okei, men da virker du usikker, da får du ikke time før om et halvt år. Nå må du tenke litt. [Da må du tenke hjemme?] Ja. Det skal ikke vi hjelpe deg med”. Etter denne opplevelsen turte ikke personen lenger å uttrykke usikkerheten sin, til tross for at den fremdeles var gjeldende. Vedkommende beskriver sin opplevelse av at det forventes skråsikkerhet som absurd. Skråsikkerhet trenger ikke å være en god indikasjon på at et menneske ikke kommer til å angre, det kan være uttrykk for blant annet manglende innsikt eller løgn. En annen deltaker forteller hvordan tidligere opplevelser påvirker følelsen av usikkerhet:

*Jeg opplevde at når jeg uttrykte kjønnet på en annen måte enn det som var vanlig så ble jeg trukket ned (...) Det skaper usikkerhet, når du vokser opp i et samfunn som konstant sier ”nei, du er ikke den du føler deg som”, og ”du tar feil”... Da er det veldig lett å være usikker, og tenke ”er det meg det er noe galt med?” Du får den skamfølelsen hele livet, det gjør det veldig vanskelig å være sikker...*

Tidligere opplevelser, følelser mennesker bærer med seg og uvisshet om fremtiden kan gjøre skråsikkerhet umulig, noe flere av de som ble intervjuet ønsket at utredere skulle akseptere. ”Hvis jeg skal ta hormoner med irreversible effekter så kommer jeg til å være litt usikker, for det er sånn det er å være menneske”. Alle som deltok i prosjektet uttrykket gjennom intervjuene usikkerhet i ulik grad. Usikkerheten som uttrykkes handler ikke bare om identifisering av kjønnsidentitet, men også om frykt for hormoner og operasjoner. Flere trekker frem at det går an å ta hensyn til usikkerhet som aksepteres. I stedet for å få en testosteronsprøyte som varer i 12 uker kan man for eksempel starte med en testosteronkrem som raskt kan sluttet med. En hevder at et opplevd krav om å måtte være sikker kan virke mot sin hensikt hvis de som utredes ikke tør å ytre tvil i frykt for avvisning: ”Hvis de ikke gir folk en sjanse til å gjøre det på sin egen måte, så er det mer risiko for å feilbehandle folk”.

### **3.2.4 ”Aksepter at jeg har et ekte behov for hjelp”**

Flere trekker frem opplevelser av at helsepersonell har bagatellisert og følgelig ikke akseptert deres behov for kroppsjusterende behandling. To har fått kommentarer fra leger om at de kaster bort samfunnets ressurser. En har blitt kjeftet på fordi pengene heller kunne blitt brukt på noen andre. ”Du tar behandlingen til noen andre som trenger det, du trenger det egentlig ikke (...) Det var surrealistisk at en lege som har valgt å jobbe med kjønnsproblematikk er det mest transfobiske mennesket jeg noen gang har møtt!”. En annen tror at uenigheter rundt nødvendigheten av behandling kan skyldes at leger skal kurere sykdom:

*De skal jo kurere sykdom, og så er ikke dette en sykdom... Det heter seg at man ikke skal skjære i friske kroppar (...) De gjemmer seg mye bak legeetik, som gjør at det kan være vanskelig å få den behandlingen man selv mener er riktig, fordi de mener at "kanskje du mener det er riktig, men vi mener ikke at det er riktig!". Det er en vanskelig sak. Jeg tror jo ikke at min hormonlege er uetisk... Jeg tror han gjør helt riktig (...) men han bryter med den gjengse oppfatningen om at "nja, altså du er tilsynelatende frisk, så da trenger du ikke behandling".*

De som ble intervjuet uttrykket at det å søke kroppsjusterende behandling ikke var noe de tok lett på eller gjorde plutselig. Det innebar å trosse frykt fordi det kjentes helt nødvendig ut. "Jeg må være meg selv". En omtaler det å be om kroppsjusterende behandling som en investering i fremtiden. Noen hadde prøvd å undertrykke kjønnsidentiteten sin i mange år, helt til de ikke tålte det lenger: "Det kommer alltid tilbake hvis kjønnet ikke stemmer, så for noen år siden knakk jeg sammen". Som innledningssitatet til "Martin" viser kan kjønnsidentitet påvirke områder som selvbilde, relasjoner, psykisk helse og funksjon i hverdagen. Alle beskriver plager i periodene de ikke har kunnet leve i sitt opplevde kjønn, deriblant suicidalitet, depresjon, angst og problemer med sinne, selvskading, spising, trening og sex. I tillegg til de som beskriver opplevelser med bagatellisering uttrykker to andre deltakere å ha opplevd manglende aksept for sitt behandlingsbehov i form av å bli avvist. En angir at opplevelsen var traumatisk, han trodde aldri at han ville få lettet det som trykket i han. Den traumatiske opplevelsen ble videre forsterket av måten han opplevde å få beskjed om avvissningen på:

*Det var ikke noe emosjonell støtte eller noen ting, det var bare en hard, kald beskjed om at "ja, nå er hele livet ditt ødelagt" liksom. (...) Det var som om noen slo i magen min, og at jeg fikk hull. Det gikk kaldt nedover ryggen min og jeg bare... Jeg klarte nesten ikke å stå, for jeg var så... Jeg visste ikke hvor jeg skulle gjøre av meg. Jeg strigråt og gikk bare rundt og visste ikke hvor jeg skulle gå, for jeg var helt... Det var ille å få den beskjeden (...) Det verste var at jeg ikke bare havnet helt tilbake i køen, jeg var ikke i køen engang, jeg var bare utenfor...*

Begge som ble avvist beskriver at det å havne utenfor helsevesenet kjentes ut som et fysisk slag etterfulgt av en følelse av håpløshet. Den andre deltakeren gråt under intervju mens vedkommende fortalte om avvissningen. Selv opplevde de at behandling var nødvendig og livsviktig, men at dette behovet ikke ble akseptert.

### **3.3 "Jeg føler meg fortapt i et system"**

Ikke bare avvissning kan føre til en følelse av håpløshet. Flere angir å ha kjent på håpløshet underveis i kontakten, særlig under utredningsprosessen på NBTS. De rapporterer å ha kjent seg presset inn i et firkantet system i stedet for å ha en opplevelse av at tilbud



muliggjør individuell behandling tilpasset hver bruker. De beskriver å ha opplevd snevre og strenge krav og retningslinjer kombinert med lange ventelister som har ført til håpløshet og å kjenne seg bortkommen i et system.

### **3.3.1 ”De vil at jeg skal være en ”klassisk transseksuell””**

En av utfordringene som beskrives handler om å skulle passe inn i kriteriene for diagnosen F64.0 Transseksualisme, ettersom transpersoner som faller utenfor disse kriteriene ikke får tilbud om kroppsjusterende behandling ved NBTS. En ikke-binær deltaker angir å føle at hen ”taper uansett hva jeg gjør”. Hen føler seg mistenkeliggjort grunnet mangel på tilbud for ikke-binære transpersoner, og opplever at helsepersonell ikke tror på at mennesker som ikke føler seg som helt mann eller kvinne kan være ekte transpersoner med behov for hjelp. ”Hele systemet skjønner ingenting om transpersoner i det hele tatt”. Et manglende tilbud for ikke-binære transpersoner kan videre bidra til en følelse av underlegenhet. En annen som deltok på intervju forteller: ”Jeg tenker at en transperson er en transperson og så er det ulike varianter av det, men så blir det fort en uheldig greie at man rangerer ulike typer transpersoner”. En uttrykker tristhet over sin opplevelse av at helsetilbud ikke tilrettelegges for hen, og søker i desperasjon etter andre muligheter for å få behandling:

*Jeg har hatt lyst på behandling i mange, mange år uten å søke det, fordi jeg visste at nei, jeg er ikke-binær, de vil ikke ha noe med meg å gjøre (...) Jeg håper at Norge går i samme retning som resten av verden, for det virker som at Norge har... Liksom kjempet imot det, og det gjør at jeg tenker på å forlate Norge... Jeg elsker dette landet, og har ikke lyst til å gjøre det bare for å kunne være meg selv... (gråter)*

Opplevelser av å ikke bli forstått og akseptert slik som beskrevet i tidligere temaer forsterkes av opplevelsen av at ”bare en gruppe får behandling, og alle andre blir mistenkeliggjort”. Noen beskriver dette som diskriminering. Flere drømmer om et bredere helsetilbud, ”at de har lyst til å begynne og gi behandling til alle som trenger det, ikke bare en liten gruppe”. Noen deltakere ytrer håp om at innføringen av ICD-11 skal bidra til dette, og er frustrert over at den ikke er oversatt og revidert til norsk bruk ennå. ”Jeg ønsker meg ICD-11 i morgen (...) Da slipper man lettere inn i klubben med de som har riktig diagnose”.

### **3.3.2 ”De vil at jeg skal gjennom samme behandling som alle andre”**

En annen utfordring som beskrives er en opplevelse av at helsepersonell på NBTS ikke har forståelse for at transpersoner kan ha ulike behandlingsbehov. Flere uttrykker

misnøye rundt en opplevd forventning av at alle skal ville ha ”full pakke” av kroppsjusterende behandling, at alle transpersoner ønsker seg samme type og mengde:

*NBTS er veldig sånn ”okei, da er det hormoner og kirurgi og så er du da motsatt av det du ble født som, og alle er glade”, men noen trenger bare hormoner, og de trenger ikke så høy dose heller, kanskje de bare trenger litt og så er de glade, noen trenger kanskje bare kirurgi.*

Flere har opplevd å kjenne seg presset til å skulle gå gjennom operasjoner, noe som kan sees i sammenheng med at en binær kjønnsforståelse også kan innebære en normativ forståelse av hvordan kvinnekropper og mannekropper skal være. En beskriver å ha opplevd at en operasjon for å fjerne livmor og eggstokker ble presset veldig på han: ”De satt den bare opp så fort, det var sikkert godt ment, men jeg følte meg nesten ikke klar for den operasjonen”. En annen følte seg møtt med skepsis da han uttrykte tvil om hvorvidt han ønsket å fjerne livmor og ha genitalkirurgi: ””Så du tenker ikke å bli hel?”... Hva mener dere, tenker ikke å bli hel? Jeg er jo en hel person”.

Alle uttrykket på intervju varierende ønsker rundt mengde og typer av inngrep. De forteller om frykt for komplikasjoner, usikkerhet om hvorvidt en operasjon er verdt det endelige resultatet og ubehag rundt tanken på operasjoner. ”Jeg tenker nja, kanskje vi ikke skal behøve å skjære sånn fryktelig mye, jeg er ikke veldig glad i operasjoner egentlig. Så minst mulig operasjoner”. En trekker frem at tilleggstenester som parykk, hårfjerning og logoped kan være ønskelig selv om man ikke ønsker operasjon. ”NBTS har begynt å gjøre noe rart... Du skal ha operasjonsdato før du får disse tilleggstenestene”. Rekkefølgen på tilbudene fremstår ikke som hensiktsmessig for å få ønsket hjelp uten å gjennomgå uønskede inngrep først. Flesteparten av de som ble intervjuet sa at de ønsket å bli spurt om hva slags behandling de faktisk trenger. Sett i sammenheng med å ville bli forstått som enkelt-individer ønsker de at helsepersonell skal vise forståelse og åpenhet for at man kan trenge ulik hjelp. Flere uttrykker å ha en positiv opplevelse av leger med sexologisk kompetanse i privat sektor, der det virker som de i større grad har hatt en utforskningsprosess rundt deres behandlingsbehov. Samtidig beskrives det en frykt for å utforske dette på NBTS grunnet en opplevd forventning om skråsikkerhet.

Videre snakker et flertall om at transpersoner kan ha ulike behov for hjelp også utenom medisinske intervensjoner. Noen har villet snakke med psykologer og sexologiske rådgivere om sin kjønnsidentitet, mens andre synes dette er unødvendig. Flere har gode opplevelser fra samtalerapi der de har fått snakke om sine følelser tilknyttet det å være transperson. ”Jeg trengte noen små grep for å prøve å ha et mer positivt fokus, ikke bare hele

tiden gå inn i det mørke rommet (...) Det tror jeg var... (sukker)... Livsendrende”. En trekker frem et ønske om samtalegrupper der han kan møte andre transpersoner og snakke om vansker med det å leve i sitt opplevde kjønn: ”Jeg har hatt behov for å snakke om det å ikke føle at man passer inn sosialt (...) fordi jeg ble sosialisert som jente og jeg vet ikke helt hvordan jeg forholder meg til gutter og det kan være skummelt”. Det å bli spurt om hva de faktisk trenger av behandling kan åpne opp for opplevelser av at både medisinske og andre tilbud tilpasses etter behov heller enn en følelse av å være forlatt i et system og skvist gjennom et generelt løp som ikke reflekterer egne ønsker og behov.

### 3.3.3 ”De møter meg med retningslinjer, ikke sympati”

En del av det å føle seg bortkommen og kjenne håpløshet ser også ut til å handle om hvordan de som ble intervjuet har opplevd at utredere på NBTS forholder seg til og formidler retningslinjer. Flere beskriver å føle seg møtt av en vegg:

*Helt fra starten av så har det føltes som at jeg har pratet til en vegg, eller som jeg har pratet til en informasjonsvideo som går på repeat. Hver gang jeg har sagt noe, så har jeg blitt møtt med retningslinjer tilbake. (...) Hvis jeg stilte et spørsmål, så ble jeg bare møtt med ”hos oss skal alle...” og så en opprømsing av ting som de skulle huke av for.*

Deltakerne gir ulike eksempler på hva de har opplevd at skal hukes av for under utredning. I tillegg til å ha opplevd et fokus på kjønnsuttrykk, seksualitet og funksjonsnivå forteller de å ha opplevd krav om blant annet navneendring, vektendring, å skulle gå på stranden og på jobb som sitt opplevde kjønn, å måtte gå til samtalerapi underveis selv om de ikke selv følte behov for det, og å skulle være passe preget av situasjonen: ”Du er nødt til å være litt deprimert fordi du er trans, men du kan ikke være for deprimert, for ”da kan vi ikke behandle deg””. Flere ytrer særlig misnøye over å måtte gjennomføre en ”real life test” selv om de allerede har levd åpent som sitt opplevde kjønn over lengre tid: ”De sier for eksempel ”hos oss skal alle ha en real life test”, man skal ha levd som det kjønn man føler seg som i et helt år. Og jeg skjønner kriteriet på noen måter (...) men den starter på nytt når man kommer inn der”. Misnøyen henger sammen med den tidligere nevnte opplevelsen av å måtte bevise seg, og ikke bli stolt på sine egne følelser. En ytrer forståelse for at utredere må vite at de som søker behandling har kjent sin kjønnsidentitet over lengre tid, men kjenner frustrasjon over å oppleve manglende anerkjennelse for at man selv kan ha gått gjennom en prosess før man søker hjelp av helsevesenet: ”De begynner på dag null, mens mange kanskje har gått i flere år og bearbeidet og så endelig tatt det steget og så får man høre at ”nei, det

teller ikke””. En forteller at han ikke opplevde at utrederne var sympatiske for hvor vanskelig det kan være å måtte utføre testen et ekstra år:

*Ventetiden har følt uendelig lang til tider, og så blir jeg da møtt av personer som sier ”du må huske at et år ikke er lang tid i det store og det hele”, men et år er veldig lenge å gå og si ”hei, jeg heter Jørgen” med lys stemme og bryster (...) Jeg hadde flere opplevelser hvor spesielt guttene i klassen kom og dunket til meg på brystet for å... Det var ganske tydelig at de skulle sjekke om jeg hadde pupper (...) Når du skal leve sånn i et helt år fordi det er et krav på et papir... (...) De må møte oss med medmenneskelighet. I stedet for å bli møtt med ”et år er ikke så lenge å vente, og alle andre går også gjennom dette” så ha litt forståelse for at det er en tøff prosess... Om de for eksempel kunne være litt ydmyke å si at det er kjipt at det er sånn, men det er sånn systemet vårt er, men at man skjønner at det er tøft.*

Det å føle på håpløshet og bortkommenhet handler altså ikke bare om opplevelser av å være i et firkantet system med strenge retningslinjer, men inkluderer også opplevelser av hvordan utredere forholder seg til og videreformidler retningslinjer. De ønsker å kjenne seg møtt med sympati, ydmykhet og medmenneskelighet fremfor å kjenne seg møtt av en vegg, informasjonsvideo eller en nøytral oppramsing av retningslinjer.

### **3.3.4 ”Til slutt ble siste utvei å betale det selv”**

Flere uttrykker å ha kjent oppgitthet og maktesløshet etter flere år med utredning og venting i det offentlige systemet. Kombinert med opplevelsen av å kjenne seg møtt med liten grad av forståelse, aksept og sympati bestemte flere seg for å oppsøke kroppsjusterende behandling privat. En beskriver at han hadde nådd et punkt hvor det var helt nødvendig, han følte at han aldri kom til å få gjennomslag på NBTS og at utredningen heller påvirket han i negativ retning: ”Det føltes så umulig å stå i det offentlige (sukker). På det tidspunktet tenkte jeg at hvis man ikke var psykisk syk før man kom på Rikshospitalet, så blir man det i hvert fall etterpå”. I stedet for å vente lenger og føle seg mer dratt ned bestemte han seg for å søke hjelp privat til tross for økt kostnad. Flertallet av de som ble intervjuet beskriver bekymringer omkring økonomi, og flere skal i fortvilelse ha fått eller lånt penger av andre for privat behandling. ”Det var bestefar som betalte det”. En som ikke har hatt råd til å søke behandling privat uttrykker tristhet og misunnelse på andre som har den muligheten: ”Jeg ble så lei meg... For jeg tenker at jeg ikke har penger til å gå privat, og det er urettferdig...”. Private tilbud preges av en bismak av urettferdighet fordi tilgjengeligheten på helsehjelp da avhenger av økonomisk mulighet.

Opplevelser i privat sektor beskrives utelukkende som positive, der deltakerne generelt har følt seg forstått og akseptert. En understreker at han ikke følte den private legen

var ute etter å tjene mest mulig penger: ”Hun var ute etter å hjelpe meg. Det er jo en bekymring når man går til private, at de sier ja til alt du spør etter fordi du betaler. Men... Hun var definitivt oppriktig interessert i det beste for meg”. Opplevelsene av å føle seg forstått og akseptert ser hos flere ut til å være koblet med at de i privat sektor har møtt leger med sexologisk kompetanse i tillegg til helseutdannelse. Alle som har vært i kontakt med privat sektor uttrykker videre positive følelser fra utredning og behandling, som glede, lykke og lettelse.

### 3.4 ”Det trengs mer samarbeid”

Alle uttrykker å ha opplevd samarbeidsutfordringer, på ulike nivåer. De beskriver et ønske om mer samarbeid både mellom transperson og helsepersonell, samt mellom helsepersonell.

#### 3.4.1 ”Samarbeid med meg”

Deltakerne gir uttrykk for at det er viktig å inngå i en samarbeidsrelasjon med helsepersonell, der de opplever å spille på lag og stå sammen om utredning og behandling. De angir videre at slike opplevelser innebærer god kjemi, god stemning og en fin tone. Ut ifra det de fortalte på intervjuene virker grunnlaget for et slikt samarbeid til å være at de føler seg forstått og akseptert, som presentert tidligere. Videre beskrives det at opplevd støtte og engasjement fordrer et godt samarbeid: ”Det er greit å ikke være fordomsfull, men du må liksom et hakk til da, man må vise at man er interessert, at man bryr seg”. Da deltakerne opplevde at helsepersonell viste både interesse og omsorg virket det også som at de følte seg sett som et helt menneske. En deltaker forteller å ha opplevd dette med en endokrinolog på NBTS: ”Han virket genuint interessert i at jeg skulle ha det bra. Han spurte hvordan jeg hadde det, og husket hva vi hadde pratet om tidligere (...) Han så hele meg og ikke bare de tallene han fikk på blodprøvesvarene”.

I situasjoner der deltakerne ikke har hatt en opplevelse av at helsepersonell har vært interesserte og omsorgsfulle virker det derimot som at deres usikkerhet har blitt forsterket, og at de har kjent seg i en utrygg relasjon fremfor en samarbeidsrelasjon. En beskriver for eksempel å ha blitt møtt av nøytrale ”steinansikter” under utredning på NBTS som virket uinteresserte i det som ble sagt:

*Så ser de ikke engang på deg (...) Jeg har spesielt et bilde i hodet mitt og det er en dame som sitter lent bakover i stolen og med føttene i kryss (...) og så vipper hun skikkelig på skoen sin*

*og så sitter hun og stiller spørsmål fra et skjema. Skikkelig personlige spørsmål, mens hun har steinansikt... (...) Setter seg ikke inn i situasjonen min eller noe, jeg er liksom bare en ny pasient.*

En annen trekker frem en opplevelse av at en lege ikke viste omsorg i en vanskelig situasjon:

*Han virket ikke direkte slem, men han skjønnte ikke at måten han håndterte meg på var... (begynner å gråte). Han viste ingen empati for meg. Jeg gråt veldig mye... (...) [Ja. Hva gjorde han da?] Ingenting... Jeg måtte finne papir selv, i sekken. Og jeg var veldig flau.*

Det virker videre som at deltakerne i slike situasjoner har kjent liten grad av trygghet til å dele sine meninger, forståelser og følelser. Ut ifra deltakernes historier virker det som at mange av utfordringene de har opplevd nettopp oppstår i situasjoner der de kjenner en utrygg relasjon til helsepersonellet. I tillegg reflekterer flere under intervjuene over sitt eget bidrag i en vanskelig relasjonsdynamikk. De beskriver å ha lukket seg når de har følt seg utrygge, men også å ha bidratt til en vanskeligere samarbeidsrelasjon selv: ”Man gir litt tilbake...”. I motsetning virker det som at opplevelser av å være i samarbeidsrelasjoner preget av forståelse, aksept, omsorg og interesse har fått flere til å kjenne trygghet og tillit. Dette har videre ført til at de har delt mer av sine tanker og følelser: ”Når du først har senket skuldrene, så er det mye lettere å åpne seg”.

I tillegg understreker flere på intervju at åpenheten må gå begge veier. De forteller om opplevelser der de har følt seg ivaretatt gjennom brukermedvirkning i form av informasjon og inkludering, noe som videre ser ut til å fremme et godt samarbeid. En forteller å ha vært med på en samtalegruppe der det var planlagt et opplegg, men der de som deltok i samtalegruppen kunne komme med innspill og påvirke hva de skulle snakke om. ”De var veldig fleksible, og det var veldig deilig”. Det fortelles også om brukermedvirkning i form av et spørreskjema på en privat medisinsk klinikk der deltakeren kunne gi tilbakemelding på hvordan tilbudet kunne forbedres. ”Det var veldig fint, for det viser jo at de faktisk bryr seg”.

På den andre siden deler også flere opplevelser av å ha blitt dårlig informert og ekskludert, noe som har vekket et sinne. Informasjon beskrives som dårlig og treg under utredningen på NBTS, og flere angir å aldri ha visst hvor de sto i prosessen: ”Jeg følte at det var mangel på informasjon. Det var det egentlig gjennom start til slutt, jeg visste aldri hva målet med neste time var, (...) hva jeg skulle, jeg visste ikke hva temaet for timen var, jeg visste ingenting”. En anga at det heller ikke hjalp å etterspørre denne informasjonen: ”Når jeg

stilte spørsmål, så fikk jeg aldri svar på spørsmålene mine (...) så følte jeg meg bare til bry”.

En annen beskriver å ha blitt ekskludert fra utredning selv om han var over 18 år:

*Så kastet han meg ut på gangen, så jeg var vel med på det møtet i 10 minutter (...) Jeg tror de satt og pratet i halvannen time uten meg, hvor jeg da bare skulle sitte på gangen, og han sa jeg skulle bli tatt inn på slutten, men det ble jeg ikke. Møtet ble bare avsluttet. Den dag i dag vet jeg fremdeles ikke hva de pratet om, og det er veldig vondt (...) Det føles ikke lovlig ut... For da har de jo egentlig umyndiggjort meg uten noen som helst grunn til det. Og så var det jo liksom min prosess da.*

Ut ifra det deltakerne sa på intervjuene virker det som at hovedgrunnen til at de roser privat sektor når det kommer til kroppsjusterende behandling nettopp er at de har opplevd å ha en samarbeidsrelasjon med helsepersonellet de har møtt. En deltaker forteller: ”Hele tiden så følte det som at han brydde seg veldig, og det var veldig en-til-en-kontakt”. Det kan også virke som at private tilbud er bygget på en måte som fremmer godt samarbeid fordi man møter samme person hver gang, og det er kortere tid mellom hver time. En annen forteller:

*Det var en lege, og det var han som fulgte meg hele tiden (...) Og her hadde vi liksom fire besøk rett etter hverandre, da kunne han jo faktisk huske hvem jeg var på neste besøk (...) Det var en helt utrolig opplevelse. Jeg har aldri følt meg så trygg noe sted tror jeg, det var ordentlig godt (...) Han var ordentlig interessert i hva jeg holdt på med, men det var jo fordi han prøvde å få en følelse av ”hvem er Nina?” og det følte veldig naturlig å prate med han om alt mellom himmel og jord. Og etter fire besøk, så sa han at ”nå føler jeg meg trygg på at det er riktig å gi deg hormoner, og da kan vi starte behandling”.*

Gjennom en nær samarbeidskontakt kan det ut ifra denne opplevelsen virke som at begge partene ble tryggere og mer åpne, noe som også virket til å gi hun som oppsøkte hjelp en positiv emosjonell opplevelse i møtet.

### **3.4.2 ”Samarbeid innad på NBTS”**

Et flertall av de som ble intervjuet har videre opplevd utredningen på NBTS som kaotisk og kronglete, og beskriver en opplevelse av at NBTS er preget av dårlig samarbeid mellom helsepersonell. ”Det er bare kaos. Skikkelig kaos”. I historiene de forteller er opplevelsen av manglende samarbeid koblet med en opplevelse av ugunstig tidsbruk og at de har møtt ulike utredere som de føler at de ikke blir kjent med og som de ikke opplever at er oppdatert på deres utredning:

*Plutselig har det kommet inn en person som jeg aldri har møtt før, og stilt akkurat de samme spørsmålene som de har stilt hundre tusen ganger før og fylt ut det samme skjemaet... Den ene gangen så leste han til og med seg opp på meg, mens jeg satt inne på rommet der (...) Det*

*sier seg selv at da får du ikke mye ut av samtalen. Når de skal lese en hel livshistorie på tre minutter, og så skal du liksom gjøre noe konstruktivt...*

Flere sitter igjen med en opplevelse av at utredningstimer sløses bort, noe som i stor grad vekker frustrasjon. Følelser ser videre ut til å bli forsterket av lange ventelister på utredningstimer. De beskriver at det gikk opptil seks måneder mellom hver time, og uttrykker frustrasjon, fortvilelse og motløshet over å møte opp til timer som føles kaotiske, uplanlagte og bortkastede, for deretter å vente et halvt år på neste time. ”De kaster jo bort ganske mye tid, når de sitter der og gjør sånne ting... Du bruker jo ikke tiden din godt da, og så får verken de eller vi noe ut av det”. De beskriver å ikke forstå nytten av timene, og sitter med en opplevelse av at de over tid sto helt stille i utredningsprosessen.

### **3.4.3 ”Samarbeid på tvers av helseinstanser”**

Flere uttrykker også å ha opplevd at det trengs mer samarbeid på tvers av helseinstanser. Et flertall av de som ble intervjuet trekker frem opplevelser rundt samarbeidet mellom BUP/DPS og NBTS. En har kjent at det å skulle gå gjennom flere psykiatriske vurderinger har vært skuffende og unødvendig. Vedkommende forteller fra NBTS:

*Jeg fikk beskjed om at de skulle gjøre alt på nytt, og at alt av papirer bare ble kastet vekk, for de var ekspertene på dette, så dette var deres oppgave. [Ja. Hva kjente du da de sa det?] Jeg følte at hjertet sank, verden stoppet opp, jeg var litt sånn... Sier du at dere kan kjenne meg bedre enn psykologen jeg har gått til i flere år?*

Flere har videre opplevd det som unødvendig å gå til BUP eller DPS mens de ble utredet på NBTS, og forteller at også behandlere på BUP/DPS synes det var unødvendig: ”Han følte ikke at jeg hadde behov (...), det jeg hadde var naturlige reaksjoner til min situasjon. Men det er jo et krav, man må gå til psykolog når man er hos Rikshospitalet, hvis ikke stopper de utredningen...”. Flere beskriver frustrasjon og oppgitthet over å skulle ta opp en plass hos psykolog uten å kjenne behov for det. ”Jeg vil ikke legge meg opp i den krigen. Jeg kjenner at jeg ikke trenger DPS til noen ting (...) Jeg er der og tar opp plass, men det er ikke mitt valg”. En beskriver også ha kjent skyldfølelse ovenfor sin psykolog etter at psykologen flere ganger ble bedt om å bli med til NBTS, for deretter at timer ble avlyst eller forsinket. ”Det var jo ikke min feil, men jeg fikk jo dårlig samvittighet (...) da var jo han opptatt en hel dag”. Ut ifra det deltakerne forteller virker det som at de til tider har kjent seg skvist mellom opplevde forventninger fra ulike kanter. Noen beskriver at løsningen for dem ble å ha psykolog på papiret uten at de faktisk møtte til jevnlig timer.



Videre drømmer flere om et samarbeid på tvers av landsdeler når det gjelder kroppsjusterende behandling. De mener at prosessen kan være mindre utfordrende hvis man får hjelp nærmere der man bor. Lang reisevei til NBTS virker til å vekke frustrasjon, sinne og fortvilelse. En forteller å ha vært på vei til NBTS, for så å ha fått beskjed om at timen var avlyst: ”Timer kunne bli avlyst samme dag, klokken ni hvis jeg skulle være der klokken ett (...) Da har du jo allerede kommet halvveis på reisen”. Flere uttrykker at utredning og hormonbehandling bør spres på tvers av landsdeler:

*Vi vil jo helst ha en kirurg som gjør dette flere dager i uken, og da må det være et sentralisert tilbud, men alt det andre... (...) [Så det er et ønske du har, at det skal bli spredt?] Ikke bare et ønske, men det er helt nødvendig. Skal man ta transpersoner på alvor og gi et ordentlig helsetilbud, så er man nødt til å bryte opp og spre det mer.*

Noen beskriver også opplevelser av samarbeidsvansker mellom offentlig og privat sektor når det kommer til kroppsjusterende behandling. Flere angir at offentlige leger har snakket negativt om de private tilbudene til dem. En forteller: ”Han begynte å snakke om private behandlere som gir kirurgi til transpersoner, og hvor forferdelig det var”. En annen påpeker under intervjuet at man har fritt behandlingsvalg og at man bør kunne velge private tilbud uten at dette skal ha noe å si for fremtidig kontakt med offentlige tilbud, men beskriver selv å ha opplevd at en lege på NBTS uttrykte at det å oppsøke private tilbud var galt: ”Hun pratet til meg som om jeg var narkoman. (...) [Hva refererte hun til da?] Til at jeg hadde startet på hormoner privat. Hun sammenlignet det med å ta steroider... Så satt hun og kjefte på meg i 20 minutter”.

Ut ifra det deltakerne fortalte i intervjuene virker det som at de ikke har en opplevelse av godt samarbeid på tvers av helseinstanser, og at de ønsker seg at ulikt helsepersonell kan samarbeide og dra nytte av hverandres spesialkunnskaper på tvers av instanser gjennom å dele erfaringer og lytte til hverandre. En deltaker sier: ”Sånn som det er i dag har NBTS (...) stor interesse av å dele sin erfaring, men null interesse av å ta imot erfaring fra andre fordi de vil gjøre sine egne erfaringer... Det tror jeg bare senker utviklingen”. Kun en av de som ble intervjuet beskrev å ha opplevd godt samarbeid mellom offentlige instanser. Vedkommende ble henvist fra sin psykolog til en samtalegruppe for transpersoner på Sex og samfunn, der de som ledet samtalegruppen videre inviterte forskjellig helsepersonell fra ulike helseinstanser for å snakke i gruppen.

## 4 Diskusjon

Ut ifra det deltakerne fortalte på intervju virker det som at mye av det de opplever som utfordrende i norsk kontekst ligner på det transpersoner har beskrevet fra andre land og det norske transpersoner tidligere har uttalt i forskning. For det første uttrykker de at helsepersonell ikke har tilstrekkelig kompetanse om transpersoner, som også har blitt rapportert i 18 internasjonale studier (Heng et al., 2018) og den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 (van der Ros, s. 5). Opplevelsen av at helsepersonell mangler kunnskap virker å henge sammen med deltakernes opplevelser av å måtte lære opp helsepersonell (som vist på s. 26-27) samt å skulle leve opp til forventninger de opplever at helsepersonell har for å få tilgang på kroppsjusterende behandling (fra s. 24). Opplevd press på å skulle passe inn i kjønnsstereotypier rapporteres også i fem av de internasjonale studiene (Heng et al., 2018).

I tillegg ser deltakerne i dette prosjektet også ut til å være opptatt av kommunikasjon og relasjonsdynamikk. I likhet med syv internasjonale studier (Heng et al., 2018) trekker de frem situasjoner der de har opplevd utfordringer omkring aksept relatert til at helsepersonell ikke har brukt deres ønskede navn og pronomen (s. 30-31). Videre beskriver flere en maktubalanse (som for eksempel han som ønsket en henvisning til NBTS og kjente at psykologen satt i en maktposisjon, s. 25). Skjeve maktforhold har tidligere blitt tematisert i ni internasjonale studier (Heng et al., 2018) og den norske levekårsundersøkelsen (van der Ros, 2013, s. 60). En annen særlig fremtredende likhet mellom det deltakerne uttrykker i denne studien og i levekårsundersøkelsen er en opplevelse av å ikke kunne være ærlig eller uttrykke tvil under utredning for kroppsjusterende behandling fordi de ønsker å unngå avvisning.

I likhet med Jentofts studie (2019) beskriver deltakerne at det å motta kroppsjusterende behandling oppleves helt nødvendig og livsviktig for å skulle kunne leve et godt liv (s. 32-33), og flere angir at de ikke hadde tillit til utredere på NBTS (som en deltaker sa: ”Jeg hadde ikke noe tillit til at de kom til å høre på meg”, s. 28). Videre beskrives det opplevd diskriminering på bakgrunn av kjønnsidentitet ved at ”bare en gruppe får behandling, og alle andre blir mistenkeliggjort” (s. 34), som kan sees i sammenheng med KHOM-studiens høye tall for opplevd diskriminering (Bolstad, 2019b).

Deltakerne forteller også at situasjoner der de har kjent seg møtt med liten grad av støtte og omsorg har vært utfordrende, som for eksempel i møte med nøytrale ”steinansikter” under utredning på NBTS (s. 38) og lite uttrykk for sympati omkring at ventetiden kan være tøff (s. 37). I likhet nevnes opplevelse av manglende støtte i flere av de internasjonale studiene, særlig relatert til ventetid (Heng et al., 2018). I samsvar med den internasjonale

litteraturen ser også noen av deltakerne i denne studien ut til å ha kjent seg møtt med transfobi (som på s. 32: ”Det var surrealistisk at en lege som har valgt å jobbe med kjønnsproblematikk er det mest transfobiske mennesket jeg noen gang har møtt!”), og flere angir at de har blitt påvirket av negative opplevelser på en måte som har gjort at de har endret atferd (til blant annet løgn og unngåelse, s. 28).

Det finnes altså betydelige likheter mellom resultatene av dette prosjektet og tidligere forskning, noe som indikerer at de som har blitt intervjuet i de ulike studiene har lignende erfaringer med helsevesenet. Fordi jeg ønsker å komme tett på opplevde utfordringer for å skape dybdekunnskap som kan være til hjelp for helsepersonell fokuserer jeg videre på et utvalg av utfordringene slik at kompleksiteten av disse kan bli synligere. Jeg har valgt å fremheve utfordringer knyttet til utredning forut for kroppsjusterende behandling, fordi det virker som at utredningsprosessen kjennetegnes av flere dilemmaer både for utredere og de som oppsøker hjelp. Jeg vil presentere disse gjennom temaene frykt, avmakt og samarbeid for å belyse utviklingspotensial på en måte som kan informere helsepersonell.

## 4.1 Frykt på begge sider?

Deltakerne delte mange historier der de var preget av frykt under utredningen forut for kroppsjusterende behandling. Som en deltaker sa: ”Jeg har hele veien vært livredd for at de bare skal kutte meg ut” (s. 29). Det gis uttrykk for at frykten for å ikke bli trodd henger sammen med at det ikke finnes objektive bevis for deres behov. De beskriver frykt for å ikke bli vurdert som maskulin eller feminin nok, og frykt for å vise ”feil” oppførsel eller uttrykke tanker og følelser som vil gjøre at de blir avvist i sitt ønske om behandling. Flere beskriver å ha kjent et press på å ikke skulle si noe galt, deriblant å ikke kunne vise noen form for usikkerhet eller ytre hva de faktisk kjenner at de trenger av behandling. Det virker som at deltakerne over tid har opplevd å stå i dilemmaer rundt hvordan de best kan håndtere sin frykt, og flere beskriver typiske fryktreaksjoner som arter seg lignende de fysiologiske fryktresponsene flukt (flight), kjemp (fight) og frys (freeze) (Malt, 2018). I møte med trusselen om å ikke få tilgang på opplevd nødvendig helsehjelp anga en deltaker å ha unngått helsevesenet (flyktet), en anga at det lureste er å ikke motsi helsepersonell (fryse) og flere deltakere skal ha rettet seg etter opplevde krav og forventninger selv om de ikke stemte overens med deres egen opplevelse, og følgelig i ulik grad løyet (kjempet).

Under intervjuene ble jeg overrasket over at de fleste deltakerne som del av deres fortellinger om egen frykt også delte deres inntrykk av helsepersonells tanker og følelser.

Dette kan være uttrykk for at de søker å forstå hva som skjer. Flere satt med et inntrykk av at utredere også kjente på frykt, men at denne frykten omhandlet å skulle feilbehandle eller at de skulle angre. Dette er temaer som også er fremtredende i samfunnsdebatten (e.g., Glorvigen, 2018; Lorvik & Westeng, 2019; Rønstad & Ring, 2019), og som sannsynligvis kan sees i sammenheng med det tidligere omtalte etiske stresset hos helsepersonell. Noen presenterte videre empatiske ytringer ovenfor helsepersonell som skulle utrede dem, som ”det er jo vanskelig for helsepersonell, de må bare lytte og stole på det jeg sier. Og jeg skjønner at det kan være vanskelig å stole på det, når man sier ”bare lytt”, men det betyr så mye for meg” (s. 28). Under analyseprosessen fremsto det som at deltakernes inntrykk av hva utredere frykter står i motsetning til hva de selv frykter. Deltakerne frykter å ikke få behandling, mens de opplever at helsepersonell som utreder frykter å gi behandling. Videre virker det som at dette hos flere har fått dem til å lukke seg, trekke seg unna og tilpasse seg de opplevde kravene i stedet for at de beskriver å ha gått gjennom en utredning som de følte var tilpasset dem og muliggjorde individuell behandling.

Utredningstilnærmingen som deltakerne beskriver på NBTS minner om den internasjonalt anerkjente ”watchful waiting”-modellen for utredning av transpersoner der helsepersonell i kliniske team over lengre tid observerer og tester for å kartlegge kognitiv, emosjonell og sosial funksjon i tillegg til kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Ehrensaft, 2017). Dette kan tenkes å gjøre helsepersonell tryggere på at det å tilby kroppsjusterende behandling er riktig, samtidig som det ut fra deltakernes beskrivelser virker som at en slik tilnærming bygger opp deres frykt og følelse av å ikke bli tatt på alvor. Samtlige av deltakerne som har vært gjennom en utredning på NBTS uttrykker at den for dem har vært svært utfordrende, der de har opplevd å ha måtte overbevise, forsvare og forklare seg. Flere angir å forstå at de må gå gjennom en utredning, men at de ikke forstår hvorfor de over tid må besvare de samme spørsmålene og møte ulikt helsepersonell. ”Det føles som man er i avhør” (s. 28).

Det beskrives også frykt koblet opp mot opplevelsene av å bli vurdert ut fra kjønnsuttrykk og seksualitet, samt opplevelsene av at utrederne verdsetter skråsikkerhet, høyt funksjonsnivå og tålmodighet. Gjennom deltakernes historier får jeg et inntrykk av at de opplevde at utrederne ble tryggere i sine vurderinger ved å fokusere på disse aspektene, men at det snarere gjorde at deltakerne selv i større grad følte seg misforstått, ikke akseptert og at det underbygget deres frykt. Basert på deltakernes opplevelser kan det være fordelaktig for helsepersonell å reflektere over nytteverdien av slike aspekter. Validiteten av utredningen kan tenkes å synke hvis transpersoner opplever at de må skjule sine usikkerheter, samt tanker og følelser som ikke passer overens med de opplevde krav og forventninger. Dette synliggjør

noen dilemmaer for utredere. Hvordan kan man finne ut av hva som er rett for en enkelt person dersom personen unngår, lukker seg eller lyver i frykt for å bli avvist? Hvordan kan man som helsepersonell forholde seg til mennesker som er gjennomsyret av frykt og er villige til å gjøre mye for å få tilgang på behandlingen de søker? Flere av deltakerne uttrykker at helsepersonell bør være åpne for forskjellene ulike transpersoner opplever, slik at de kan dele sine varierte tanker, følelser og usikkerheter uten å frykte å ”bli fordømt” (s. 31). En deltaker anga til og med at opplevd manglende aksept for ulike opplevelser og usikkerheter kan øke sjansen for feilbehandling: ”Hvis de ikke gir folk en sjanse til å gjøre det på sin egen måte, så er det mer risiko for å feilbehandle folk” (s. 32).

## 4.2 Avmakt, tillit og myndiggjøring

Deltakernes opplevelser av utfordringer under utredning forut for kroppsjusterende behandling er ikke bare koblet med frykt, men også med oppgitthet, motløshet og håpløshet som kan være uttrykk for avmakt. Frykten og avmakten virker til å henge tett sammen, fordi frykten for avvising henger sammen med at deltakerne ikke selv bestemmer om de får behandlingen de søker (s. 28-29). Grimen (2001) poengterte at asymmetri mellom kontroll og interesse fører til maktforhold. Det virker som at deltakernes opplevde avmakt kan sees i sammenheng med et slikt maktforhold, der utrederne kontrollerte tilgangen på behandlingen de ønsket, mens de selv ikke hadde kontroll over noe av interesse for utrederne.

I likhet med frykten for avvising ser avmakt ut til å være en gjennomgående opplevelse i store deler av utredningen. Videre er avmakten særlig fremtredende i deltakernes historier om ventetid (som på s. 37) og da de opplevde å måtte begrense seg og uttrykke seg på visse måter foran utrederne slik at de skulle passe inn i opplevde forventninger og krav. På bakgrunn av dette ser avmakten ut til å henge sammen med opplevelsen av å ikke bli forstått som enkeltindivider, og videre ikke akseptert for sine varierte opplevelser, følelser og behov. I tillegg virker det som avmakten er særlig stor hos deltakerne som ikke opplevde å kunne definere kjønnet sitt som de ville, fordi ”bare en gruppe får behandling, og alle andre blir mistenkeliggjort” (s. 34).

Det fremstår som at deltakerne har stått i dilemmaer rundt hvordan de kan ivareta egen selvforståelse samtidig som de kan overbevise utrederne om at de trenger behandling. Dette kan sees i sammenheng med at helsepersonell besitter definisjonsmakt, som inkluderer diagnosesetting og videre definisjon av hva som regnes som nødvendig helsehjelp (Slettebø, 2013, s. 143). Som nevnt innledningsvis er det bare de som NBTS vurderer at oppfyller

kriteriene for transseksualisme som får tilbud om offentlig finansiert behandling. Allikevel har jeg i denne studien kommet i kontakt med noen som får behandling ved NBTS selv om selvforståelsen ikke stemmer overens med kriteriene for transseksualisme. Dette har gjort at jeg har undret meg over hvor gunstig det er at behandling forbeholdes de som fyller kriteriene for transseksualisme, hvis andre da gjennom utredningen fremstiller seg på en annen måte enn de faktisk forstår seg selv fordi de opplever frykt og avmakt relatert til å ikke skulle få behandling. Dette skaper også noen dilemmaer for helsepersonell rundt hvordan de kan tilrettelegge for pålitelige utredningsprosesser med mennesker som opplever avmakt.

Tilstedeværelsen av avmakt i deltakernes fortellinger er videre nyttig å synliggjøre fordi avmakt kan føre til psykiske problemer (Axelsen, 2009, s. 63), spesielt i situasjoner der en persons selvoppfatning trues (s.55). En transpersons oppfatning av sitt kjønn kan sies å være en slik selvoppfatning. Sett i sammenheng med avmakt anga flere deltakere å bli negativt påvirket under utredningen. Som en deltaker sa: ”Det følte så umulig å stå i det offentlige (sukker). På det tidspunktet tenkte jeg at hvis man ikke var psykisk syk før man kom på Rikshospitalet, så blir man det i hvert fall etterpå” (s. 37). Dette tyder på at det kan være betydningsfullt om utredere aktivt jobber for å dempe avmakt, både med mål om å tilrettelegge for åpenhet rundt selvforståelse, men også med mål om å motvirke utilsiktede negative innvirkninger på transpersoners psykiske helse. Ut ifra deltakernes fortellinger fremstår det som at avmakt kan dempes gjennom økt tillit og myndiggjøring.

Avmakt ser hos deltakerne ut til å være koblet med lav grad av tillit. Kristiansen (2011, s. 100) poengterte at mennesker gir sin tillit til helsepersonell når de søker om hjelp, men at det er knyttet en risiko til å vise denne tilliten fordi de som søker hjelp blir sårbare. I følge Grimen (2001) blir personer ekstra sårbare i maktsituasjoner hvor de ikke har valgfrihet. Dette kan sies å gjelde transpersoner som ønsker kroppsjusterende behandling, ettersom de ikke selv kan bestemme hvorvidt de skal få behandling eller hvor de skal søke om behandling, noe flere av deltakerne har uttrykt at har vært utfordrende. Det kan under utredningsprosessen samtidig tenkes at utrederne opplever dilemmaer rundt hvordan de kan møte denne sårbarheten og bygge tillit, samtidig som de besitter makten og ansvaret for å ta valg om hvorvidt enkeltpersoner burde få tilbud om behandling.

Grimen (2001) hevdet at det tross sårbarhet kan oppstå tillit i relasjoner med maktubalanse. Han anga at grad av tillit avhenger av kommunikasjonen mellom partene og samhandlingens etiske kvalitet, og poengterte at tillit må bygges og pleies i hvert unike møte. Dette kan sees i sammenheng med deltakernes historier rundt hvordan de føler seg møtt gjennom utredningen, som deltakeren som følte seg snakket til som et barn (s. 31), deltakeren

som følte seg møtt av ”steinansikter” (s. 38), opplevelsen av å bli møtt med retningslinjer i stedet for sympati (s. 36) samt opplevelsen av å bli møtt med kroppsspråk som avslørte negative holdninger (s. 31). I følge Grimen (2001) kan tillitsrelasjoner videre oppstå hvis de som oppsøker hjelp blir møtt som en hel person. Deltakernes lave grad av tillit kan tenkes å henge sammen med nettopp det at de ikke føler seg sett om et individ under utredningen.

Mange av deltakerne etterspør myndiggjøring (empowerment). De skildrer opplevelser av å bli forbigått når det gjelder muligheter til å påvirke og være en del av utredningsprosessen, noe som øker avmaktfølelsen. Som en deltaker sa: jeg ”taper uansett hva jeg gjør” (s. 34). Økt myndiggjøring vil kunne dempe opplevelse av avmakt fordi det nettopp omhandler å oppnå kontroll og makt i eget liv (Lord & Hutchison, 1993). Det er imidlertid ikke noe en person kan oppnå alene, det krever samhandling med omgivelsene. Myndiggjøring som konsept ble introdusert på 1980-tallet (Rappaport, 1981, 1984, 1987) og det har siden da vært et økende fokus på at helsepersonell bør jobbe sammen med, ikke for andre mennesker. Dette gjenspeiles i dag ved at de som oppsøker helsehjelp har rett til informasjon og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 og §3-2) og at det sees et økt fokus på brukermedvirkning innenfor ulike helsetilbud (e.g., Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I en norsk rapport om brukermedvirkning angis det at målet er et ”likeverdig samarbeid basert på gjensidig tillit, der partene deler makt og innflytelse” (s. 10), og det beskrives at brukermedvirkning kan bidra til at utforming og gjennomføring av tilbud gjøres mer ”treffsikkert” for brukerne (s. 9). Dette kan sees i sammenheng med deltakernes ønsker om å ville bli spurt hva de faktisk trenger av behandling (s. 35). Samtidig kan det også tenkes at utredere står i vurderingsdilemmaer omkring grad av medvirkning. Hvor mye er passe mengde for å oppnå at avmakten dempes og tillit bygges?

### **4.3 Samarbeid mellom transperson og helsepersonell**

Det ovennevnte kan sees i sammenheng med deltakernes konkrete ønske om å inngå i et samarbeid med helsepersonell (s. 38). Det fremstår som at det å legge til rette for pålitelige utredningsprosesser og tilpasset behandling hos transpersoner kan innebære aktiv jobbing for å redusere frykt og avmakt i hvert møte. Sagt på en annen måte virker det som at det innebærer å skape trygghet og tillit, noe deltakerne beskriver å kjenne i samarbeids-relasjoner der de opplever å spille på lag med helsepersonellet (som Ninas gjorde på s. 40). Som tidligere beskrevet virker det ut fra deltakernes historier som at opplevelser av samarbeid oppstår når de føler seg forstått og akseptert i tillegg til at de kjenner seg møtt med interesse

og omsorg fra helsepersonells side. Da beskrives det at de føler seg sett som et helt menneske (s. 38). Det uttrykkes videre at dette har ført til at deltakerne har åpnet seg for helsepersonell og delt mer av sine tanker og følelser (s. 39).

Cooper og McLeod (2011, s. 37) anga at kjernen i et godt samarbeid er en åpen, toveis dialog der begge lytter og deler. Nettopp dette fremstår som viktig for deltakerne, ettersom samtlige fremhever at de vil bli lyttet til (s. 28) og flere poengterer at de vil bli informert (s. 39). Ut i fra det deltakerne uttrykker kan det virke som de ønsker å bli møtt med en tilnærming som er i tråd med "gender affirmative model" (Ehrensaft, 2017), og at dette kan bidra til å skape samarbeidsrelasjoner. Modellen har mange likhetstrekk med "watchful waiting"-modellen, men baseres på at transpersoner selv kan kategorisere sin kjønnsidentitet slik de ønsker grunnet en tanke om at kjønnsidentitet er et mer stabilt konstrukt enn kjønnsuttrykket som kan observeres objektivt. Helsepersonell skal i følge denne modellen fokusere på å skape et støttende rom der transpersoner fritt kan utforske sin kjønnsidentitet, og der de sammen kan diskutere behovet for behandling gjennom åpen dialog. I tillegg skiller den seg fra "watchful waiting"-modellen ved at det ikke fokuseres på at transpersoner må følges opp av et team over lengre tid. Behandling kan derimot starte når det vurderes hensiktsmessig av helsepersonellet som har samarbeidsrelasjon med transpersonen, uavhengig av tidsaspektet.

### **4.3.1 Allianse**

Samarbeidsrelasjonen som deltakerne uttrykker at de ønsker kalles ofte allianse i psykologisk litteratur. En anerkjent modell er Bordins trekomponentsmodell (1979) der allianse anses å bestå av samarbeid om oppgaver, samarbeid om mål og utvikling av et emosjonelt bånd preget av respekt, tillit og at partene liker hverandre (Bordin, 1994, s. 16).

Det emosjonelle båndet dannes gjennom at partene tar del i en felles aktivitet. På bakgrunn av hva deltakerne beskriver kan en sånn aktivitet eksempelvis være at man sammen utforsker deres kjønnsidentitet og behov for behandling med et felles mål om å komme frem til hva slags behandling hver enkelt trenger. Det fremstår som at et slikt bånd lettere kan oppstå når deltakerne føler de kan uttrykke tvil og usikkerhet uten å bli "fordømt" (s. 31). I tillegg virket det som at emosjonelle bånd i større grad oppsto når deltakerne møtte samme helsepersonell fra gang til gang og dermed fikk "en-til-en-kontakt" hvor de opplevde at helsepersonellet husket hva de hadde snakket om tidligere (s. 40). Deltakernes opplevelser



med god kjemi, god stemning og fin tone (s. 38) kan være uttrykk for at det har oppstått et emosjonelt bånd mellom de og helsepersonellet.

Hilsenroth, Cromer og Ackerman (2012, s. 368-371) la fram egenskaper som kan virke alliansefremmende eller -hemmende mellom helsepersonell og pasienter. Disse egenskapene har i stor grad blitt uttrykt av deltakerne i studien når de omtalte hva de opplever at skiller gode opplevelser med helsepersonell fra de utfordrende. Gode møter med helsepersonell beskrives i sammenheng med at de har opplevd helsepersonell som forståelsesfulle, aksepterende, empatiske, varme, vennlige, interesserte, ærlige, fleksible, respekterende og tillitsvekkende. En nærliggende antakelse er at utredninger kan bli mer pålitelige og behandling i større grad tilpasses i situasjoner der transpersoner opplever at helsepersonell fremstår med slike alliansefremmende egenskaper. Utfordringer skildres derimot i situasjoner hvor de har opplevd at helsepersonell har fremstått rigide, kalde, distanserte, kritiske og likegyldige. Dette kan eksempelvis sees i sammenheng med deltakernes opplevelser med nøytrale ”steinansikter” (s. 38).

Angående samarbeid om mål og oppgaver kan det ut ifra deltakernes fortellinger virke som at de i liten grad har opplevd dette med utrederne. Deltakernes mål om å få kroppsjusterende behandling kan sees i motsetning til opplevelser av bagatellisering og avvising (s. 32-33), og deres frykt for å ikke få behandling står i kontrast til deres opplevelse av helsepersonells frykt for å feilbehandle (s. 45). I tillegg beskrives det lite samarbeid om oppgaver, der flere har opplevd at utrederne stiller gjentakende spørsmål fra skjemaer uten at de selv har forstått poenget med dette. Flere ga uttrykk for å føle at utredningstimer var bortkastede og kaotiske (s. 40). Videre beskriver flere som nevnt at de ikke opplever å ha fått medvirke i sin utredning (s. 48), men heller å ha blitt dårlig informert og ekskludert (s. 39).

Det deltakerne forteller tyder på at de i større grad kunne opplevd god allianse med utrederne hvis de opplevde å vite hvor de sto i sin utredningsprosess, og forsto hvorfor de skulle svare på de ulike spørsmålene. Flere nevner for eksempel en frykt for at de som utreder skal forvente heterofili (s. 25). Heterofili har vært et formelt kriterium for transseksualisme tidligere (Benjamin, 1966, s. 13-14), men er ikke dette nå. Denne frykten kunne antakelig vært dempet hvis deltakerne hadde opplevd å bli fortalt at sexpartners kjønn ikke er av betydning for diagnosen, og at de videre hadde fått en begrunnelse for hvorfor utrederne stiller spørsmål om deres seksualitet. I historier der deltakerne fortalte om godt samarbeid poengteres det nettopp som viktig at de følte seg inkludert og informert, enten direkte gjennom metakommunikasjon eller indirekte via tilbakemeldingsskjema (s. 39).

Metaanalyser har vist at allianse er viktig når det kommer til utfall av individuell psykoterapi (e.g., Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Martin, Garske & Davis, 2000), men gjennom deltakernes opplevelser kan det virke som at allianse også er viktig i andre møter med helsevesenet, særlig i situasjoner der deltakerne lett kan kjenne frykt og avmakt slik som ved utredning forut for kroppsjusterende behandling.

## **4.4 Implikasjoner**

### **4.4.1 For utredning og behandling**

Basert på deltakernes opplevelser virker det som at det å ha fokus på allianse under utredning og behandling kan bidra til å øke pålitelighet i utredningsprosesser og bedre tilpasset behandling. Det kan virke som at dette er spesielt viktig i situasjoner hvor transpersoner er ekstra sårbare for å kjenne frykt og avmakt, som under utredning forut for kroppsjusterende behandling. Ut ifra det deltakerne beskrev virker det som at tillit og trygghet kan skapes og opprettholdes gjennom god allianse mellom partene. Dette ser videre ut til å legge til rette for åpenhet fremfor fryktreaksjoner, samt virker til å motvirke avmakt og følgelig kunne forebygge negative innvirkninger på transpersoners psykiske helse. Studier viser at helsepersonell er parten med størst innflytelse på alliansen (e.g., Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers & Schauenburg, 2008), noe som kan tyde på at helsepersonell har gode muligheter til å legge til rette for gunstige prosesser. Slik tilrettelegging kan skje på både systemnivå og individnivå. Ut ifra det deltakerne fortalte kan det for eksempel være allianseskapende om det på systemnivå legges opp til at transpersoner får møte samme helsepersonell fra time til time, fremfor flere ulike. På individnivå kan det å jobbe alliansefremmende for eksempel inkludere å jobbe for å forstå hver transperson som et unikt individ med unike behov, å finne måter for brukervedvirkning i form av informasjon og inkludering, samt å tydelig uttrykke aksept ved eksempelvis å bruke hver persons ønskede navn og pronomen.

### **4.4.2 For videre forskning**

Deltakernes fortellinger inkluderer deres inntrykk av helsepersonells praksiser, tanker og følelser, men det betyr ikke at det er slik helsepersonell selv kjenner sine erfaringer. Følgelig kan det å intervjuer kun en part i en relasjon bidra til et ensidig bilde av et fenomen.

For å få et alternativt perspektiv og skape et større bilde av møter mellom helsepersonell og transpersoner kan det derfor være nyttig å intervju helsepersonell. Det går for eksempel an å utføre en kvalitativ undersøkelse der man studerer hvilke vurderinger, tanker og følelser som er fremtredende hos helsepersonell som gjennomfører utredning og behandling med transpersoner. Et slikt materiale vil kunne analyseres på mange interessante måter for å skape bredere kunnskap om kontakten. Det hadde for eksempel gått an å gjennomføre en diskursiv kvalitativ analyse for å utforske hvilke forståelser omkring kjønn, utredning og behandling som vises og skapes gjennom helsepersonells språk (Braun & Clarke, 2013, s. 192), noe som antakelig vil kunne bidra til økt forståelse for helsepersonells sider av saken.

I dette prosjektet fremstår samtlige av Bordins komponenter som sentrale for alliansen mellom helsepersonell og transpersoner, også i andre møter enn ved individuell psykoterapi. Det kunne vært interessant med allianseforskning relatert til eksempelvis utredning forut for kroppsjusterende behandling og samtalegrupper. Videre kan det være nyttig å undersøke hva som særlig kan bidra til å styrke alliansen mellom transpersoner og helsepersonell, slik at helsepersonell kan ha et ekstra fokus på dette i møtet. Det ville også vært interessant å gjennomføre et kvantitativt studie basert på funnene i dette prosjektet. En mulighet kan være å rekruttere et større utvalg av transpersoner og utforske hvor mange som sitter med de ulike opplevelsene som ble delt av deltakerne i denne studien.

## **4.5 Avsluttende metodologiske refleksjoner**

Betraktninger omkring reliabilitet, validitet og generaliserbarhet gjøres ofte for å vurdere kvaliteten av forskningsstudier. Begrepene er best kjent fra kvantitativ forskning der de dekker vurderinger av hvorvidt man har klart å minimere en forskers påvirkning på studien og videre avdekket en nøytral sannhet som kan generaliseres fra utvalg til populasjon (Braun & Clarke, 2013, s. 279-281). Slike vurderinger hviler på positivistiske antakelser og er følgelig problematiske i denne studien der mine bidrag anerkjennes og funnene anses å være avhengig av tid, sted og situasjon.

For å vurdere forskningskvaliteten i kvalitative studier er det heller nyttig å vurdere studiers troverdighet eller pålitelighet (Braun & Clarke, 2013, s. 279). Dette inkluderer hvorvidt forskeren er bevisst sine bidrag gjennom hele forskningsprosessen, reflekterer rundt disse og videre synliggjør de for leseren. Jeg har i forarbeid, gjennomføring, fortolkning og rapportering kritisk reflektert over prosjektet, mine valg og mine antakelser. Høy grad av transparens kan styrke troverdigheten og jeg har derfor fremstilt mine epistemologiske,

ontologiske og personlige utgangspunkt i tråd med å skulle "eie mitt perspektiv" (Elliott, Fischer & Rennie, 1999). Videre har jeg grundig redegjort for metodevalg og begrunnet hvorfor de passer til studiens formål og problemstilling. I tillegg til det som tidligere er beskrevet vil jeg videre synliggjøre flere av mine refleksjoner og vurderinger relatert til studiens troverdighet slik at leseren får mer grunnlag til å evaluere studiens kvalitet.

For økt troverdighet anbefales det at utvalget er homogent og at alle har nylige erfaringer med fenomenet som skal undersøkes (Hill et al., 2005; Hill, Thompson & Williams, 1997). Deltakerne i denne studien kan sies å skille seg fra hverandre på flere sentrale måter, som at de har ulike kjønnsidentiteter og at de på ulike tidspunkt i sine liv fant ut av disse. Dette kan tenkes å svekke utvalgets homogenitet. Samtidig retter ikke studien seg mot deres selvforståelse og livshistorie, men heller mot deres kontakt med helsevesenet. På den måten er utvalget homogent fordi alle som ble intervjuet har oppsøkt helsevesenet, til forskjell fra andre transpersoner som ikke ønsker helsehjelp. Heterogenitet relatert til andre egenskaper kan da være nyttig for å få belyst nyanserte erfaringer innenfor problemstillingen.

Angående anbefalingen om at deltakerne bør ha nylige erfaringer med fenomenet kan de sies å ha nylige opplevelser av helsevesenet, men samtidig strekker deres historier seg over mange år og det kan dermed tenkes at naturlige glemselsprosesser har påvirket deres evne til å besvare spørsmål om tidligere perioder. Flere anga under intervju at de hadde glemt konkrete deler av deres historier, og mange slet med å huske opplevelser i kronologisk rekkefølge. Allikevel ga de rike og detaljerte beskrivelser av erfaringer som hadde gjort inntrykk på dem, det virket som at de enkelt kunne huske detaljer fra situasjoner som hadde hatt stor betydning. Dette gjorde det allikevel mulig å besvare problemstillingen til tross for deltakernes svekkede hukommelse for mindre viktige hendelser og det temporale aspektet.

Sannsynligheten for konsistens på tvers av forskningsintervjuene øker når alle intervjuene er gjennomført av en person (Hill et al., 1997), slik som i denne studien. Samtidig øker faren for at forskerens forventninger og intervjustil kan påvirke resultatene. Som nevnt har jeg fra starten av vært bevisst maktforskjellen mellom meg og deltakerne, og jeg prøvde å skape en samarbeidende stemning rundt intervjuet der jeg understrekte at jeg ønsket å lære om deres erfaringer og at det ikke var noe som var riktig eller galt å si. Jeg etterstrebet videre å fremstå utforskende og spørrende fremfor førende for å legge til rette for at deltakerne kunne svare ærlig fremfor det de forventet at jeg ville høre. Videre forsøkte jeg å minimere mulige misforståelser underveis gjennom å stille undrende oppfølgingsspørsmål så deltakerne kunne bekrefte eller avkrefte min forståelse av det de sa, som anbefalt av Kvale (2007, s. 80).

Et eksempel var da en deltaker snakket om å skjule eller sperre inne følelser omkring sin kjønnsidentitet: ”[Da var det litt vanskelig å innse på en måte? Eller ville tillate deg å innse det?] Eller akseptere det. For jeg visste det jo egentlig, men jeg bare klart ikke å akseptere det”. Deltakerne svarte ofte bekreftende, men samtlige svarte også av og til modererende eller benektende, noe som kan indikere at de følte seg trygge nok til å rette opp min forståelse i situasjoner der den ikke passet deres egen.

Videre fulgte jeg flere retningslinjer for analyse og rapportering, som Braun og Clarke (2013, s. 286) sine 15 punkter for en god tematisk analyseprosess. Dette inkluderer blant annet at jeg har lyttet til hvert lydopptak flere ganger både under og etter transkribering for å sjekke nøyaktigheten av transkripsjonen, at jeg har samlet og sortert alle relevante tekstutdrag under hvert tema samt at resultatene har blitt presentert i en balanse mellom analytisk narrativ og illustrerende sitater der sitatene ikke utgjør mer enn halvparten av presentasjonen. I tillegg har jeg som tidligere nevnt brukt analysespørsmål aktivt, systematisk analysert på langs og på tvers i datamaterialet og beveget meg frem og tilbake mellom deler og helhet i tråd med den hermeneutiske sirkel. Gjennom hele prosessen har jeg gått tilbake til råmaterialet for å sjekke deltakernes uttalelser. En vanlig anbefaling til forskningsprosjekter som vil fremme deltakernes stemmer er at analysen kan presenteres for deltakerne slik at de kan kommentere på det som har blitt skapt i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2013, s. 282). Å gjennomføre dette tar minst en måned (s. 284), noe som ikke gikk innenfor tidsrammen til dette prosjektet. Jeg har derimot prøvd å være transparent i mine tolkninger så leseren selv kan evaluere troverdigheten.

Generaliserbarhet handler i kvalitative studier om hvorvidt funnene kan ha overføringsverdi fra en gruppe og kontekst til en annen, der resultatenes innhold og form kan sees som tilstandsbilder og kunnskapsforslag som kan øke forståelse innenfor ulike temaer (Andenæs, 2000, s. 287-316). Med denne studien ønsket jeg å legge til rette for at leseren kan øke sin forståelse av hvordan møtet med helsevesenet kan oppleves for transpersoner, spesielt fordi jeg ønsker at funnene skal kunne brukes som kunnskapskilde for helsepersonell. Funnene i studien er ikke objektive sannheter på tvers av kontekst, men situert kunnskap der sammenheng er viktig. Jeg har derfor prøvd å være tydelig på konteksten rundt deltakernes opplevelser, slik at lesere kan vurdere overføringsverdien til andre kontekster og grupper.

# Sluttord

Denne studien gir et bilde av fem transpersoners opplevelser av utfordringer under utredning og behandling etter at de oppsøkte helsehjelp på grunn av sin kjønnsidentitet. Jeg har ønsket å komme nært på og fremheve deltakernes stemmer og opplevelsesverden i håp om at dette kan kaste lys over utviklingspotensial og bidra til en dypere forståelse rundt hvordan helsepersonell kan møte og ivareta transpersoner på måter som tilrettelegger for pålitelige utredningsprosesser og tilpasset behandling.

Gjennom oppgaven har ulike utfordringer og dilemmaer blitt belyst, særlig knyttet til utredning forut for kroppsjusterende behandling. Det kan både for transpersoner og utredere være svært krevende å stå i disse, særlig med tanke på hvor store konsekvenser de kan ha. Kroppsjusterende behandling beskrives som livsviktig og helt nødvendig. Som ”Martin” anga innledningsvis opplevde han at kjønnsidentiteten ødela hele livet hans før han fikk hjelp. Deltakernes beskrivelser av møtet med utredningsprosessen skaper videre et bilde av at de selv har opplevd å måtte være fleksible og tilpasningsdyktige, fremfor at de sitter med en opplevelse av at helsetilbudet er tilpasset dem som individer. På den andre siden skimtes det dilemmaer for helsepersonell, hvordan kan de legge til rette for å ta gode valg i situasjoner der transpersoner lett preges av frykt og avmakt?

I deltakernes historier fremstår relasjonen mellom helsepersonell og transperson som helt sentral for hvordan de har opplevd situasjonen og følgelig hvordan de har reagert både emosjonelt og handlingsmessig. Gjennom opplevelser av å spille på lag med helsepersonell beskrives det åpenhet, utforskning, trygghet og tillit fremfor fryktreaksjoner og håpløshet. Funnene kan indikere at gode kommunikasjonsferdigheter og relasjonskompetanse er viktige egenskaper hos helsepersonell, særlig i situasjoner som lett kan vekke frykt og avmakt hos transpersoner. Ut ifra denne studien fremstår alliansen mellom helsepersonell og transperson som avgjørende for tilrettelegging av pålitelige utredningsprosesser og tilpasset behandling.

# Litteraturliste

- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, 2(1), 165-175. doi: 10.1089/trgh.2017.0012
- Almås, E. (2018, 6. juni). Flere grunner til misnøyen med Rikshospitalet. *Morgenbladet*. Hentet fra <https://morgenbladet.no/ideer/2018/06/flere-grunner-til-misnoyen-med-rikshospitalet>
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Andenæs, A. (2000). Generalisering. Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (s. 287-321). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andenæs, A., & Sundnes, A. (2019). Døgnet rundt: Utforskning av foreldres omsorg for barn. I A. Andenæs & A. Jansen (Red.), *Hverdagsliv, barndom og oppvekst. Teoretiske posisjoner og metode grep* (s. 226-251). Oslo: Universitetsforlaget.
- Arnesen, L. A. S. (2016). *Verken mann eller kvinne i pass og identitetspapirer. En utredning av internasjonale og nasjonale krav til kjønnsmarkører i identitetspapirer*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/52302/Verken-mann-eller-kvinne-i-pass-og-identitetspapirer.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
- Arntzen, M., & Kahrs, K. (2013). *De usynlige kjønn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Austad, T. M. (2018, 30. november). Biologisk kjønn består ikke av et bredt spekter. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/11/kommentar/biologisk-kjonn-besta-ikke-av-et-bredt-spekter>
- Aviva. (2019). Fjerning av bryst. Hentet 3. oktober 2019 fra <https://avivahelse.no/behandlinger/fjerning-av-bryst/>
- Axelsen, E. D. (2009). *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax Forlag.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842

- Bauer, G. R., Zong, X. C., Scheim, A. I., Hammond, R., & Thind, A. (2015). Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: A respondent- driven sampling survey. *PLOS ONE*, *10*(12), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0145046
- Benestad, E. E. P., Thesen, J., Aars, H., Olsen, G. F., & Bjørkman, M. (2017). Helsevesenet svikter transpersoner. *Tidsskriftet den Norske legeforening*, *21*, 1686-1688. doi: 10.4045/tidsskr.17.0422
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press Inc. Publisers.
- Bockting, W. (2009). Transforming the paradigm of transgender health: A field in transition. *Sexual And Relationship Therapy*, *24*, 103-107. doi: 10.1080/14681990903037660
- Bolstad, S.-H. (2019a, 18. februar). ICD-11: Helse til alle kjønn. *Psykologtidsskriftet*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2019/02/helse-til-alle-kjonn>
- Bolstad, S.-H. (2019b, 15.juni). *Kjønnsinkongruens: fersk norsk forskning fra undersøkelsen om kjønn, helse og medborgerskap (Universitetet i Agder)*. Innlegg presentert ved Pride House, Oslo.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, *16*(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *The working alliance. Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research*. Los Angeles: SAGE.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Butler, J. (1993). Critically queer. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, *1*, 17-32. doi: 10.1215/10642684-1-1-17
- Chan, K. J., Jolly, D., Liang, J. J., Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2018). Estrogen levels do not rise with testosterone treatment for transgender men. *Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, *24*(4), 329. doi: 10.4158/EP-2017-0203
- Cooper, M., & McLeod, J. (2011). *Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE Publications Ltd.



- Costa, A. B., Filho, H. T. d. R., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., . . . Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20*(1), 115-123. doi: 10.1007/s10903-016-0527-7
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*, 642-649. doi: 10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Deutsch, M. B. (2012). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism, 13*(3), 140-146. doi: 10.1080/15532739.2011.675233
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*(3), 344-354. doi: 10.1002/jclp.20443
- Ehrensaft, D. (2017). Gender nonconforming youth: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 8*, 57-67. doi: 10.2147/AHMT.S110859
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38*(3), 215-229. doi: 10.1348/014466599162782
- Espseth, L. D. (2015, 19. juni). Luca Dalen Espseth: Vi må få et helsevesen som hjelper transkjønnede fremfor å forgripe seg på oss. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/AkVz/luca-dalen-espseth-vi-maa-faa-et-helsevesen-som-hjelper-transkjoennede-fremfor-aa-forgripe-seg-paa-oss>
- Flatnes, K. (2018). "Jeg er ganske mye mer enn bare det at jeg ikke identifiserer meg som mann eller kvinne". *En kvalitativ undersøkelse av opplevelsen av å ha en ikke-binær kjønnsidentitet*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/63431/1/Masteroppgave-Flatnes-V18.pdf>
- Flick, U. (2007). Editorial introduction. I *Doing Interviews*. London: Sage.
- Fonn, M. (2017, 20. september). Er barnet trans? Eller bare deprimert? *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/09/er-barnet-trans-eller-bare-deprimert>
- Fontanella, L., Maretti, M., & Sarra, A. (2014). Gender fluidity across the world: A multilevel item response theory approach. *Quality & Quantity, 48*(5), 2553–2568. doi: 10.1007/s11135-013-9907-4

- Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie 1: Viljen til viten* (E. Schaaning, Overs.). Valdres: Pax forlag. (Opprinnelig publisert 1978).
- Glorvigen, M. (2018, 24. november). Han ble født som Tuva. Nå vil 16 år gamle Thomas bli kjønnsoperert for å bli gutt, *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/9mwv0l/Han-ble-fodt-som-Tuva-Na-vil-16-ar-gamle-Thomas-bli-kjonnsoperert-for-a-bli-gutt>
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt - tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121(30), 3617-3619.
- Halvorsen, M. (2018). Om lov om endring av juridisk kjønn. *Lov og Rett*(08), 457-473. doi: 10.18261/issn.1504-3061-2018-08-02
- Haus, L. (2018, 9. april). Transpersoner i Norge raser – nå lover helseministeren bedring. *NRK*. Hentet fra [https://www.nrk.no/sorlandet/transpersoner-i-norge-raser-\\_na-lover-helseministeren-bedring-1.13951146](https://www.nrk.no/sorlandet/transpersoner-i-norge-raser-_na-lover-helseministeren-bedring-1.13951146)
- Helsedirektoratet. (2015). *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn: Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongurens og kjønnsdysfori*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613619>
- Helse Smart. (2019). Sexologisk rådgivning. Hentet fra <https://www.helsesmart.no/sexologisk-radgivning/>
- 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. doi: 10.1080/15532739.2018.1502711
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.196
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572. doi: 10.1177/0011000097254001
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. I R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Red.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (s. 361-380). New Jersey: Humana Press.

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Hydén, M. (2000). Forskningsintervjuen som relationell praktik. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haavind, H. (1987). *Liten og stor: Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haavind, H. (2000). Analytiske retningslinjer ved empiriske studier av kjønnede betydninger. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (s. 155-219). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haavind, H. (2019). Livsformsintervjuet: En veiviser til subjektive erfaringer. I A. Andenæs & A. Jansen (Red.), *Hverdagsliv, barndom og oppvekst. Teoretiske posisjoner og metodiske grep* (s. 26-56). Oslo: Universitetsforlaget.
- Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi. (2019). Privatklinikk for sexologi og terapi. Hentet fra <https://www.sexologi.no/>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- Jansen, A. (2015). Positioning and subjectivation in research interviews: Why bother talking to a researcher? *International Journal of Social Research Methodology*, 18(1), 27-39. doi: 10.1080/13645579.2013.845711
- Jegerstedt, K., & Mortensen, E. (2008). Hva er kjønn? Ulike tilnæringsmåter. I *Kjønnsteori*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jentoft, E. 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). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/69519/Thesis-Elian-Jentoft-corrected-table-of-contents.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Klaver, M., de Blok, C. J. M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Dekker, M. J. H. J., de Mutsert, R., . . . den Heijer, M. (2018). Changes in regional body fat, lean body mass and body shape in trans persons using cross-sex hormonal therapy: Results from a multicenter prospective study. *European journal of Endocrinology*, 178(2), 163-171. doi: 10.1530/EJE-17-0496

- Kristiansen, A. (2011). Tillit i samarbeid. I *For di vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk* (2 utg., s. 99-106). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kristiansen, H. (2014). Skeiv teori. *Store norske leksikon*. Hentet 16. oktober 2019 fra [https://snl.no/skeiv\\_teori](https://snl.no/skeiv_teori).
- Krogh, T. (2010). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews* (U. Flick Red.). London: Sage.
- Kvarv, S. (2014). *Vitenskapsteori - tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo: Novus forlag.
- Laqueur, T. W. (1990). *Making sex. Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Lescher-Nuland, B., & van der Ros, J. (2019). Transperson. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 2. oktober 2019 fra <https://sml.snl.no/transperson>.
- Lohne, J.-L., Falch-Olsen, I., & Fagerheim, R. H. (2013). Ingentransland - På Rikshospitalet avgjør tre mennesker fremtiden til alle som ønsker å skifte kjønn i Norge. *Verdens Gang*. Hentet fra <https://www.vg.no/spesial/2013/transer/>
- Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The process of empowerment: Implications for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health, 12*(1), 5-22. doi: <http://dx.doi.org/10.7870/cjcmh-1993-0001>
- Lorvik, N., & Westeng, K. (2019, 4. april). Svenske leger advarer: -Ungdommer angre på kjønnskorrigerings, *Nettavisen Livsstil*. Hentet fra <https://www.nettavisen.no/livsstil/svenske-leger-advarer---ungdommer-angrer-pa-kjonnskorrigering/3423649272.html>
- Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology, 91*(1), 1-20. doi: 10.1348/000712600161646
- Magnusson, E., & Marecek, J. (2015). *Doing interview-based qualitative research. A learner's guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malt, U. (2018). Flight-fight respons. *Store norske leksikon*. Hentet 21. september 2019 fra [https://snl.no/flight-fight\\_respons](https://snl.no/flight-fight_respons).
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438

- Matsuno, E., & Budge, S. (2017). Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature. *Current Sexual Health Reports*, 9, 116-120. doi: 10.1007/s11930-017-0111-8
- Mediwave. (2017). Medisinsk utredning, vurdering og behandling: Alle typer sexologiske problemstillinger. For alle kjønn. Hentet 3. oktober 2019 fra <https://www.mediwave.no/>
- NSD. (2019, 23. januar). Hva må jeg informere om? Hentet fra [https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informere\\_om.html](https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informere_om.html)
- Offerdal, A., & Tønseth, T. M. (2018). Nasjonal uenighet i behandling av kjønnsinkongruens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 13. doi: 10.4045/tidsskr.18.0556
- Oslo kommune. (2019). Helsestasjon for kjønn og seksualitet. Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehjelp/helsestasjon/helsestasjon-for-ungdom-hfu/helsestasjon-for-kjonn-og-seksualitet-hks/#gref>
- Oslo Universitetssykehus. (2018, 26. september). Transseksualisme, kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/transseksualisme-kjonn-dysfori-og-kjonn-sinkongruens-utredning-og-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar>
- Oslo Universitetssykehus. (2019a, 8. mai). Transseksualisme, voksne. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/transseksualisme-voksne>
- Oslo Universitetssykehus. (2019b, 26. august). Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, OUS-informasjon om utrednings- og behandlingstilbudet til pasienter over 18 år. [Informasjonskompendium til behandlere i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og media]. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Nevroklinikken/Informasjonskompendium%2026.08.19.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- 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. doi: 10.1177/0959353509342771
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84(2013), 22-29. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.019

- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25. doi: 10.1007/BF00896357
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 5, 1-7. doi: 10.1300/J293v03n02\_02
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 1-24. doi: 10.1007/BF00919275
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rønstad, M., & Ring, A. (2019). Høy risiko for feilbehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(7), 531-533.
- Sae-Khow, N. (2018, 5. april). Skeiv Ungdom: – Behandlingen av transpersoner er fullstendig uforsvarlig. *NRK*. Hentet fra [https://www.nrk.no/trondelag/skeiv-ungdom\\_-\\_behandlingen-av-transpersoner-er-fullstendig-uforsvarlig-1.13991251](https://www.nrk.no/trondelag/skeiv-ungdom_-_behandlingen-av-transpersoner-er-fullstendig-uforsvarlig-1.13991251)
- Saunders, B., Kitzinger, J., & Kitzinger, C. (2015). Anonymising interview data: Challenges and compromise in practice. *Qualitative Research*, 15(5), 616-632. doi: 10.1177/1468794114550439
- Sex og samfunn. (2019a). Samtalegruppe for unge med utfordringer knyttet til kjønnsidentitet. Hentet fra <https://www.sexogsamfunn.no/klinikk-og-tilbud/tilbud/samtalegruppe-trans/>
- Sex og samfunn. (2019b). Sexologisk rådgivning. Hentet fra <https://www.sexogsamfunn.no/klinikk-og-tilbud/sexologisk-radgivning/>
- Simensen, H. V. (2018, 2. april). Transpersoner lider under stadige utsettelse og likegyldighet i det offentlige helsevesenet. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/vmbAdV/transpersoner-lider-under-stadige-utsettelse-og-likegyldighet-i-det-offentlige-helsevesenet-halfdan-vier-simensen>
- Slagstad, K. (2018a, 11. desember). Hvorfor kjønn er mer enn mann og kvinne. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/12/kommentar/hvorfor-kjonn-er-mer-enn-mann-og-kvinne>
- Slagstad, K. (2018b). Ikke begge. Alle kjønn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 19. doi: 10.4045/tidsskr.18.0888

- Slettebø, Å. (2013). Samhandling i helsetjenesten - makt og avmakt i møtet med helsevesenet. I T. Mesel & P. Leer-Salvesen (Red.), *Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal Akademisk.
- Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sveriges Television SVT. (2019, 2. april). *Uppdrag granskning: Tranståget och tonårsflickorna* [Videodokumentar]. Hentet fra <https://www.svtplay.se/video/21717158/uppdrag-granskning/uppdrag-granskning-sasong-20-avsnitt->
- Sykepleien. (2017, 21. september). – Ja, vi gir kjønnshormoner til ungdommer. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/09/ja-vi-gir-kjonnshormoner-til-ungdommer>
- Søndergaard, D. M. (2019). Seksualisert digital interaksjon: Forhandling af køn og seksualitet i analog og digital forskydning. I A. Jansen & A. Andenæs (Red.), *Hverdagsliv, barndom og oppvekst. Teoretiske posisjoner og metodiske grep* (s. 188-225). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørli, A. (2019). Hvor vanlig er kjønnsinkongruens? Hentet 20. oktober 2019 fra <https://kjonnsinkongruens.no/kjonnsinkongruens/hvor-mange-er-trans/>
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65-77. doi: 10.1037/sgd0000081
- Tønseth, K. (2017). *Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme* (OUS årsrapport). Hentet fra <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2017>
- Tønseth, K. (2018). *Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme* (OUS årsrapport). Hentet fra <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2018>
- Tønseth, T. M. (2018, 4. juni). Jeg er en av de ”behandlingsivrige sexologene som spanderer hårvekst og mørkere stemme på nasjonens døtre” | Thomas Mørk Tønseth. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/vmP2vj/jeg-er-en-av-de-behandlingsivrige-sexologene-som-spanderer-haarvekst-og-moerkere-stemme-paa-nasjonens-doetre-thomas-moerk-toenseth>

- Ulvik, O. S. (2019). Matpakker og makt. Risikodiskurser i tidlig barndom. I A. Jansen & A. Andenæs (Red.), *Hverdagsliv, barndom og oppvekst. Teoretiske posisjoner og metodiske grep* (s. 149-170). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ungdomstelefonen. (2019). Om oss. Hentet fra <https://ungdomstelefonen.no/om-oss/>
- Universitetet i Agder. (2019). *Kjønn, helse og medborgerskap*. Hentet fra <https://www.uia.no/om-uia/fakultet/fakultet-for-helse-og-idrettsvitenskap/forskningsprosjekter/khom>
- van den Hoonaard, D. K. (2011). *Qualitative research in action: A canadian primer*. Canada: Oxford University Press.
- van der Ros, J. (2013). *Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. Hamar: Likestillingscenteret.
- van der Ros, J. (2016). Den norske staten og transpersoner; - velferdsstatens og rettsstatens unnlattelsessynder. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 31(03), 264-289. doi: 10.18261/issn.1504-2936-2016-03-03
- van der Ros, J., & Benestad, E. E. P. (2018). Kjønnsideidentitet. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 2. oktober 2019 fra <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsidentitet>.
- 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. doi: 10.1177/2057158517695712
- World Health Organization. (2018a, 18. juni). WHO releases new international classification of diseases (ICD 11). Hentet fra [https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- World Health Organization. (2018b). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11 utg.). Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>
- World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of care (SOC7) for the health of transsexuals, transgendered and gender nonconforming people*. Hentet fra: <https://www.wpath.org/publications/soc>
- Wæhre, A., & Schorkopf, M. (2019). Kjønnsvariasjon, medisinsk behandling og vårt ansvar. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 7. doi: 10.4045/tidsskr.19.0178
- Wæhre, A., & Tønseth, K. A. (2018, 23. mars). Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret, Bent Høie? *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/BJvg49/Vi-har-fatt-en->



eksplosiv-økning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret\_-Bent-Hoie--Anne-Wahre-og-Kim-Alexander-Tonseth

# Vedlegg / Appendiks

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Vil du delta i forskningsprosjektet

### *”Kjønnsidentitet og møter med helsevesenet”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan mennesker med ulike kjønnsidentiteter har opplevd sine møter med helsevesenet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Vi ønsker å gi mennesker med ulike kjønnsidentiteter mulighet til å uttale seg om sitt møte med det norske helsevesenet. Med prosjektet ønsker vi å innhente erfaringer som kan bidra til å øke helsepersonells forståelse rundt hvordan denne kontakten oppleves. Hvordan har det vært å henvende seg til helsevesenet med spørsmål omkring kjønnsidentitet? Hva skjedde, og hvilke tanker og følelser ble vekket? Mer kunnskap på området vil kunne bidra til å forbedre helsetilbudet til mennesker med kjønnsinkongruens.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Studien er en hovedoppgave i psykologi som gjennomføres ved Universitetet i Oslo (UiO). Etter innlevering av oppgaven er det ønskelig å publisere en artikkel basert på funnene. Psykologstudent Guro Martine Sandholt Bø vil gjennomføre studien under veiledning av hovedveileder Silje-Håvard Bolstad og biveiledere Mona-Iren Hauge og Guro Brokke Omland. Omland er prosjektansvarlig og faglig ansvarlig på vegne av UiO.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du inviteres til å delta i prosjektet fordi du har erfaring med å oppsøke det norske helsevesenet grunnet spørsmål omkring kjønnsidentitet.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta innebærer det at du deltar på et intervju. Intervjuet vil vare ca halvannen time. Det vil inneholde spørsmål omkring dine forventninger, opplevelser, tanker og følelser relatert til kontakten med helsevesenet. Du vil også bli spurt om det er noe du skulle ønske var annerledes. Svarene dine vil tas opp på lydopptak for at de skal kunne bli gjengitt korrekt. Videre vil svarene skrives ned og lagres elektronisk.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle opplysninger vil behandles og lagres i Tjenester for Sensitive Data (TSD). TSD er en sikker forskningsplattform som oppfyller strenge krav. Det vil kun være psykologstudent Bø og veiledere Bolstad, Hauge og Omland som har tilgang. I prosessen med å skrive ned svarene i intervjuet og lagre disse elektronisk, vil svarene dine anonymiseres. Informasjon som antas å kunne føre til gjenkjenning vil ekskluderes eller endres. Det skal ikke være mulig for andre å gjenkjenne deg i publikasjoner. Utdrag av dine svar vil gjengis under fiktivt navn.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes i oktober 2019. Etter prosjektslutt vil alle personopplysninger slettes eller anonymiseres. Alle lydopptak vil slettes. Alt datamateriale som tas vare på lenger enn oktober 2019 vil være anonymisert, det vil ikke være mulig å kjenne igjen deltakere.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg,

- å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Student Guro Martine Sandholt Bø, (epost), (tlf)
- Prosjektansvarlig Guro Brokke Omland (UiO), (epost), (tlf)
- Hovedveileder Silje-Håvard Bolstad, (epost), (tlf)
- Biveileder Mona-Iren Hauge (UiO), (epost)
- Vårt personvernombud (Universitetet i Oslo), [personvernombudet@uio.no](mailto:personvernombudet@uio.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Guro Brokke Omland  
Prosjektansvarlig (UiO)

Guro Martine Sandholt Bø  
(Student)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”Kjønnsidentitet og møter med helsevesenet”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju
- at det blir tatt lydopptak av intervjuet
- at anonymiserte svar brukes i hovedoppgave og artikkel

Jeg samtykker til at mine personopplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. okt-2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 2: Intervjuguide

## Intervjuguide

**Briefing:** for å sikre at informasjonen om prosjektet er forstått slik at deltaker kan gi et reelt informert samtykke, samt forsøke å gjøre deltaker mest mulig komfortabel i situasjonen.

- Introdusere meg selv.
- Introdusere prosjektet og definere situasjonen.
  - o Formål: å undersøke hvordan mennesker med ulike kjønnsidentiteter har opplevd sine møter med helsevesenet.
  - o Ønsker å lære og forstå dine erfaringer.
    - Høre dine opplevelser, synspunkter, tanker og følelser
    - Vil gjerne at du forteller hendelser detaljert.
    - Ikke noe er riktig eller galt å si.
  - o Dersom deltaker er usikker, oppfordre til å spørre. Ingen spørsmål er feil.
- Oppsummere informasjonsskrivet og innhente skriftlig samtykke.
  - o Anonymitet og konfidensialitet.
  - o Frivillighet, med særlig fokus på at deltaker kan trekke seg når som helst uten å oppgi grunn.
  - o Bruk av båndopptaker
    - Forklare hvorfor og informere om at filene håndteres forsvarlig.
- Er det noe du lurer på før vi går i gang?

### Innledende

Jeg tenkte jeg ville begynne med å spørre om du kan fortelle meg litt om deg selv?

### Før kontakten med helsevesenet

Kan du fortelle meg om den første gangen du tenkte på å ta kontakt med helsevesenet på grunn av din kjønnsidentitet?

- Hva gjorde du?
- Hva tenkte du?
- Hvilke forventninger hadde du til helsevesenet før du tok kontakt?
- Hva gjorde at du valgte å ta kontakt?

## **Kontakten med helsevesenet**

Kan du fortelle meg hvordan ditt første møte med helsevesenet var?

- Kan du huske hva som skjedde da du tok kontakt?
- Hvordan var det for deg å be om hjelp?
- Hvordan føler du at du ble møtt?
- Hvilke tanker gjorde du deg?

Kan du beskrive hva som skjedde videre?

*(Gjennomgå kronologisk, oppmuntre til å fortelle historien sin fra første til siste møte)*

- Hva skjedde etter det?
- Hvilke tanker gjorde du deg da?
- Hva følte du om det?

## **Nå, retrospekt**

Hvilke tanker gjør du deg når du tenker tilbake på dette i dag?

- Hva ble som forventet? Hva ble annerledes enn forventet?
- Hvordan vil du bedømme helsehjelpen du har fått?
- Hvordan føler du deg møtt?
- Hva synes du har vært de største utfordringene knyttet til kontakten med helsevesenet?
- Hva synes du har vært de mest positive opplevelsene?

## **Fremtiden**

Når du ser fremover, hvordan ser du for deg kontakten med helsevesenet?

- Hvilke forventninger har du?

Hvis du nå hadde møtt en person som vurderte å ta kontakt med helsevesenet på grunn av sin kjønnsidentitet, hva ville du sagt til vedkommende?

Hvis du kunne endret noe i helsevesenet, hva ville du endret basert på dine erfaringer?

- Hva skulle du ønske deg at helsepersonell gjorde annerledes?
- Hva kan gjøre møtet bedre?
- Hvis du skulle gitt noen råd til helsepersonell, hva ville det vært?

## **Avsluttende**

Hvis deltakeren ikke har gitt svarene i løpet av intervjuet:

- Alder?
- Pronomener?
- Hvilke begrep bruker du for å beskrive deg selv? (mann, kvinne, trans, transperson, transmann, transkvinne, kjønnsflytende, ikke-binær etc.?)

## **Debriefing:**

- Hvordan opplevde du å bli intervjuet?
- Er det noe av det vi har snakket om som du er usikker på?
- Er det noe du angrer på at du delte?
- Er det noen andre ting du forventet at jeg skulle spørre om, som jeg ikke har gjort?
- Er det noe du ønsker å legge til?
- Takk for deltakelse



## Vedlegg 3: Fremleggingsvurdering REK

Vår ref.nr.: 2019/743 B

Hei.

Vi viser til skjema for fremleggingsvurdering for prosjekt «Kjønnsidentitet og møter med helsevesenet», mottatt 30.04.2019.

Prosjektet har som formål å undersøke transpersoners erfaringer og subjektive opplevelse av møter med det norske helsevesenet.

Prosjektets formål er ikke å gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan, men om hvordan kontakt med helsevesenet oppleves for denne pasientgruppa. Forskningsprosjektet faller dermed ikke inn under helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4 bokstav a.

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen  
Henriette Snilsberg  
komitésekretær  
[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
T: 22845531

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>



## Vedlegg 4: Vurdering NSD



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Kjønnsidentitet og møter med helsevesenet

#### Referansenummer

791008

#### Registrert

21.05.2019 av Guro M. S. Bø · \_\_\_\_\_ @student.sv.uio.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Psykologisk institutt

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

Guro Brokke Omland, \_\_\_\_\_ @psykologi.uio.no, tlf: \_\_\_\_\_

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Guro Martine Sandholt Bø \_\_\_\_\_ @student.sv.uio.no, tlf: \_\_\_\_\_

#### Prosjektperiode

27.05.2019 - 15.10.2019

#### Status

28.05.2019 - Vurdert

#### Vurdering (1)

---

##### 28.05.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 28.05.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.10.2019.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

---

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)