

TRANS OG FUNKIS

- Helse -

Unge
funksjonshemmede

Hvorfor har vi gjennomført denne undersøkelsen?

Nasjonale livskvalitets- og levekårsundersøkelser viser at de av oss som har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, og de av oss som har en normbrytende kjønnsidentitet, generelt sett skårer lavere sammenliknet med befolkningen ellers. Begge gruppene rapporterer om lavere livskvalitet, mer psykiske plager, dårligere levekår, mer diskriminering og lavere deltakelse på ulike samfunnsarenaer.

Vi vet likevel svært lite om hvordan personer som tilhører begge gruppene, altså både har en normbrytende kjønnsidentitet og normbrytende funksjonsevne, skårer på livskvalitets- og levekårsvariabler. Vi har gjennomført denne undersøkelsen for å få bedre innsikt i hvordan det egentlig står til med de av oss som har en normbrytende kjønnsidentitet og normbrytende funksjonsevne.

I tillegg til denne rapporten har Unge funksjonshemmede laget en podkast hvor ulike temaer fra undersøkelsen blir diskutert med representater fra helsetjenesten og fra andre interesseorganisasjoner. Du kan høre podkasten Trans og funkis i alle de store podkast-tjenestene.

Hvem svarte på undersøkelsen?

- » 233 respondenter
- » Majoriteten er mellom 19-26 år
- » Majoriteten identifiserer seg som ikke-binær (ikke-binær, flytende kjønn, kjønnsfri, agender)
- » Majoriteten har en funksjonsnedsettelse knyttet til nevrovariasjon, mange har flere funksjonsnedsettelser, f.eks. en somatisk funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom og samtidig psykiske utfordringer eller nevroangfoldsdiagnoser som autisme, ADHD eller Tourettes.
- » Majoriteten tilhører andre minoritetsgrupper i tillegg til å være trans og funkis (f.eks. etniske minoritetsgrupper, skeiv seksuell orientering, religiøse minoritetsgrupper og liknende).

Unge
funksjonshemmede

Unge funksjonshemmede, 2024

Alle illustrasjoner er tegnet av Joakim Eide

Selvvurdert helse

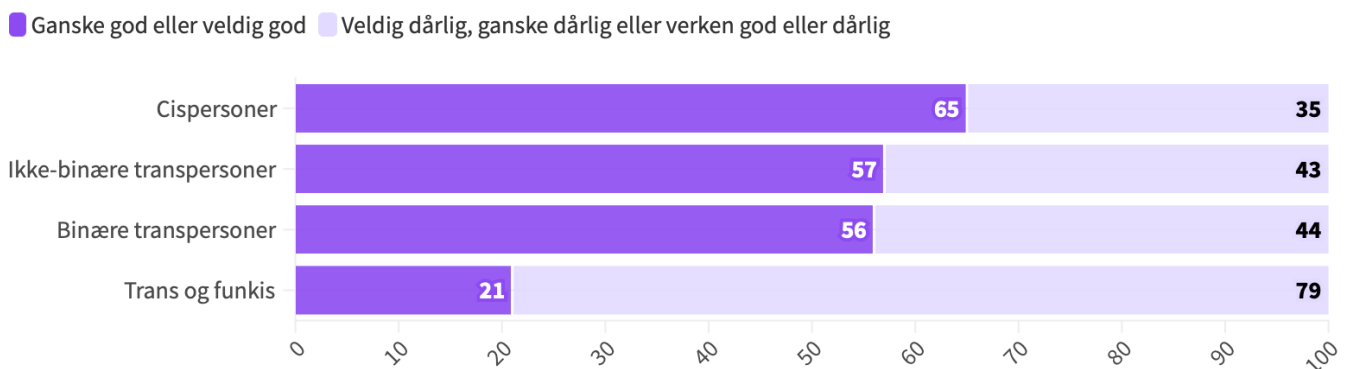
21% av Trans og funksis-utvalget vurderer egen helse som «ganske god» eller «veldig god», dette er en god del lavere sammenliknet med andre utvalg transpersoner som ikke nødvendigvis har en funksjonsnedsettelse, og sammenliknet med cispersoner. Majoriteten av Trans og funksis-utvalget vurderer egen helse som «ganske dårlig» (37%) eller som «verken god eller dårlig» (35%).

Hopkins symptomsjekkliste regnes i befolkningsundersøkelser som et pålitelig mål på psykiske plager. Ofte regner man en skår på 1.75 eller 2.0 som terskel for betydelige psykiske plager. En skår over dette indikerer altså betydelige psykiske plager eller psykiske plager som tilsier klinisk nivå, altså behov for profesjonell hjelp. Trans og funksis-utvalget har en gjennomsnittlig skåre på 2.8, som indikerer vesentlige psykiske plager blant målgruppen. Symptomene flest rangerer som mest tungtveiende er nervøsitet, håpløshet og bekymring.

*Tallene er sammenliknet med rapporten «Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår: resultater fra spørreundersøkelsen 2020» (Anderssen, et. al., 2021)
*Vi har brukt HSCL-5 med 5 spørsmål. Rapporten til Anderssen et al., 2021 har brukt en versjon av Hopkins symptomsjekkliste med 13 spørsmål. Dette kan delvis forklare forskjellen i våre tall.

Hopkins skår	
Trans og funksis	2.8
Binære transpersoner	2.2
Ikke-binære transpersoner	2.4
Cispersoner	1.8

Antallet som vurderer egen helse som Ganske god eller Veldig god

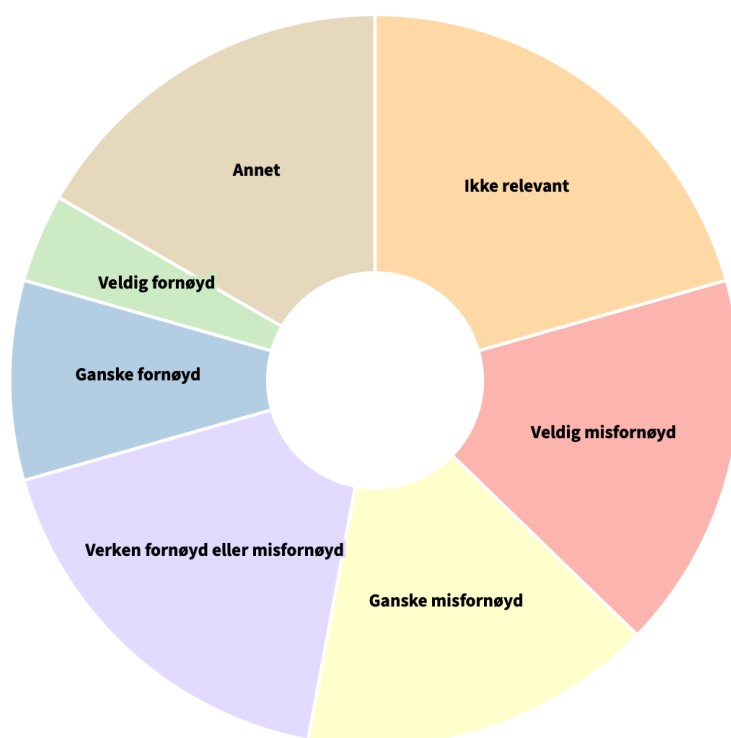


Møtet med helsevesenet

Omtrent halvparten av respondentene har mottatt ikke-kirurgisk behandling (49%). Slik behandling kan være hormonell behandling, pubertetsblokkere, psykososial oppfølging, hårfjerning, stemmetrening, hjelpemidler eller liknende. 48% har fått behandling gjennom NBTK (Nasjonalt behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens, ofte kalt Riksen/Rikshospitalet), 36% gjennom privat norsk helsevesen, 32% gjennom offentlig helsevesen utover NBTK (f.eks. Helsestasjon for Kjønn og Seksualitet (HKS), fastlege, eller annen kommunal helsetjeneste). En liten andel av utvalget har fått sin behandling i utlandet (15%). Noen få skriver at de har begynt behandlingen sin gjennom å skaffe hormoner via nett og bekjente.

Det er omtrent 1 av 4 som har mottatt kirurgisk behandling, som kan være ansiktskirurgi, brystkirurgi, genital kirurgi eller liknende. Majoriteten (77%) har fått det gjennom norsk helsevesen enten offentlig eller privat. 23% har fått inngrepene sine utenom norsk helsevesen.

Ikke relevant Veldig misfornøyd Ganske misfornøyd Verken fornøyd eller misfornøyd Ganske fornøyd Veldig fornøyd Annet



Vi spurte også respondentene om hvor fornøyde de var med helsehjelpen/oppfølgingen de hadde fått som kan knyttes til deres kjønnsidentitet. Majoriteten (33%) er veldig eller ganske misfornøyd med tilbudet de har fått. 18% er verken fornøyd eller misfornøyd, og bare 13% er ganske eller veldig fornøyd.

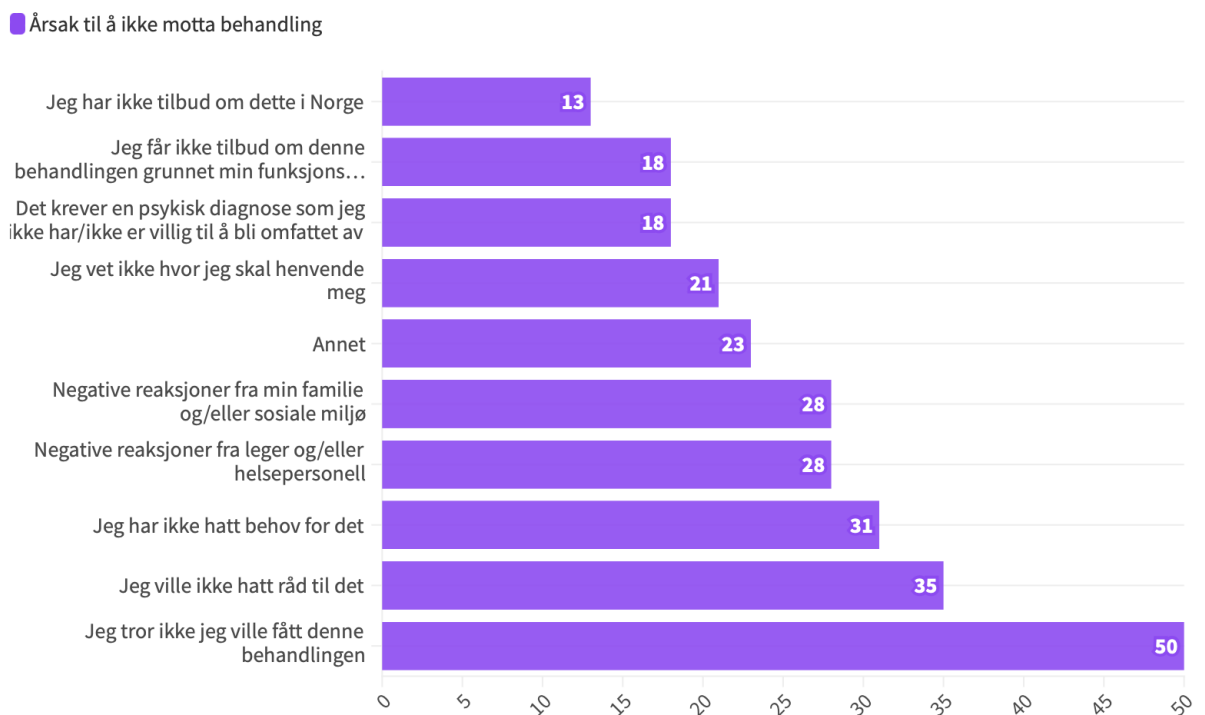
Flere har fått oppfølging noen steder de er fornøyd med, og samtidig fått oppfølging andre steder de er svært misfornøyd med. Andre er fornøyd med å ha fått behandling eller med resultatet av behandling, men misfornøyd med prosessen mot å få behandling, herunder de økonomiske kostnadene av behandling eller måten man har blitt møtt på. Mange nevner Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) som et tilbud de er svært misfornøyd med hvor oppfølgingen blant annet oppleves respektløs, lite kontinuerlig, og dårlig. Noen omtaler behandlingsforløpet hos riksen som et traume. Flere trekker derimot Helsestasjonen for Kjønn og Seksualitet (HKS) i Oslo som et godt tilbud.



Den delen av utvalget som ikke hadde mottatt behandling fikk spørsmål om hva årsaken til dette var.

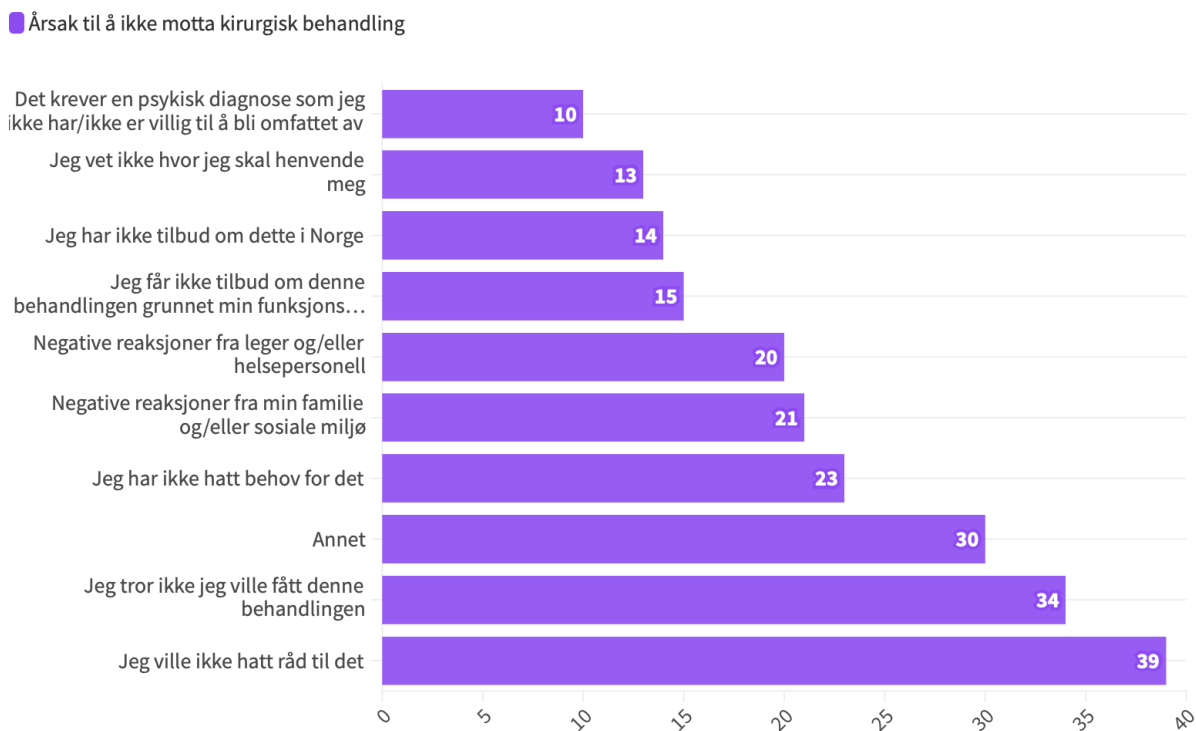
Hovedårsakene til å ikke motta ikke-kirurgisk behandling er at man ikke tror man ville fått denne behandlingen (50%), ikke ville hatt råd til slik behandling (35%), og at man ikke har hatt behov for slik behandling (31%). Mange rapporterer også at negative reaksjoner fra familie/sosialt miljø (23%) og fra leger/helsepersonell (23%) er en grunn til at de ikke har fått denne behandlingen. 21% sier at de ikke vet hvor de skal henvende seg. Og samtlige rapporterer at de ikke har tilbud om denne behandlingen enten grunnet sin funksjonsnedsettelse (18%), fordi det krever en psykisk diagnose de ikke ønsker å omfattes av (18%) eller fordi de ikke har tilbud om slik behandling i Norge (12%).

Andre svar som går igjen er lange køer for å få behandling, kriterier for å få behandling som man ikke kan innfri, samt frykt for den psykiske og fysiske belastningen det å gå gjennom et behandlingsforløp vil medføre. Noen uttrykker også mistillit til utredning- og behandlingstilbud i Norge, og frykt for å bli møtt på en uverdigg og diskriminerende måte. Noen få skriver at de fremdeles holder sin kjønnsidentitet skjult og derfor ikke har oppsøkt behandling.



Hovedårsakene til å ikke gjennomgå kirurgiske inngrep er at man ikke ville hatt råd til det (39%), ikke tror man ville fått denne behandlingen (34%), og at man ikke har behov for det (23%). Også negative reaksjoner fra familie/sosialt miljø (21%) og fra leger/helsepersonell (20%) er en årsak til å ikke få inngrep.

Flere rapporterer at de ikke har tilbud om slik behandling, enten grunnet sin funksjonsnedsettelse (15%), fordi de ikke får tilbud om dette i Norge (14%), eller fordi det krever en psykisk diagnose de ikke har/er villig til å bli omfattet av (10%). 13% sier at de ikke vet hvor de skal henvende seg for en slik behandling. Hele 30% ønsker også å oppgi andre grunner: lange ventetider og utredningsprosesser, samt vektkrav man ikke innfrir går særlig igjen.



Opplevelsen av å ikke ha behov for kirurgisk eller ikke-kirurgisk behandling er i større grad et indre motivert forhold. De øvrige årsakene til å ikke motta behandling handler mer om ytre faktorer og strukturelle barrierer (Anderssen et al., 2021). Tallene fra denne undersøkelsen antyder at det er betydelige strukturelle barrierer mot å motta behandling for kjønnsinkongruens for transpersoner som har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom.

Påvirker funksjonsnedsettelse behandlingen eller oppfølgingen man får som kan knyttes til ens kjønnsidentitet?

Vi spurte også respondentene om de opplevde at deres funksjonsnedsettelse på noen måte har påvirket det medisinske eller psykososiale behandlingstilbudet de har fått eller ikke fått som kan knyttes til deres kjønnsidentitet. Her svarte respondentene i fritekst. Det er flere temaer som går igjen i respondentenes svar:

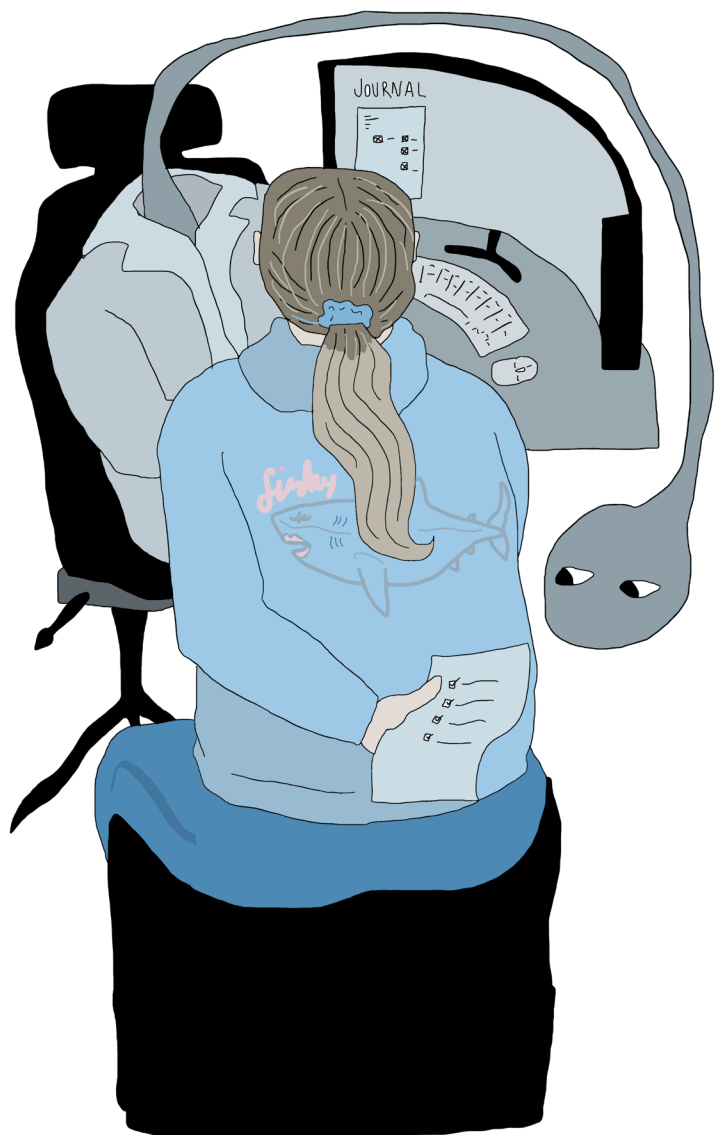
- » Avslag, eller frykt for avslag grunnet ens funksjonsnedsettelse
- » Å ikke bli tatt på alvor
- » Utilgjengelige tilbud
- » Det generelle helsevesenet

**Alle sitater som brukes i notatet er skrevet om og anonymisert.*

Avslag eller frykt for avslag

Særlig fremtredende er frykten for å bli avvist, eller erfaringer med å bli avvist/ikke få tilbud om behandling grunnet ens funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdom. Dette gjelder i overkant av 1 av 4 transpersoner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. Flere forteller at denne frykten gjør at de ikke tør å oppsøke hjelp for sin kjønnsinkongruens, at de ikke tør å oppsøke psykisk helsehjelp i frykt for at det vil ødelegge for behandlingsforløpet hos NBTK, eller at de er uærlige om egen psykiske og fysiske helse i frykt for å ikke få et behandlingstilbud for sin kjønnsinkongruens dersom deres helsehistorikk blir kjent.

“Jeg tør ikke å søke behandling fordi jeg er så redd for å få avslag på grunn av min mentale helse og funksjonsnedsettelse”



Frykten for at helseplager, spesielt knyttet til psykisk helse, skal gjøre at man ikke får behandling for sin kjønnsinkongruens har gjort at flere undertrykker disse helseplagene inntil de har gjennomgått behandling hos NBTK. Å undertrykke disse helseplagene innebærer for noen å ikke oppsøke nødvendig helsehjelp. For andre innebærer det å «bevise» for NBTK at man kan stå i 100% jobb eller fullføre studier på normert tid. For noen er konsekvensen at plagene deres, etter endt behandlingsforløp, er verre enn det de kunne ha vært.

“Jeg er redd for at Riksen kommer til å avslutte behandlingen min fordi jeg har blitt diagnostisert med autisme etter jeg begynte hos dem”

Videre er det mange i utvalget som har opplevelser med å få avslag på behandling, spesielt fra NBTK, grunnet deres funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdom. Det er også mange som opplever at det å ha en funksjonsnedsettelse har gjort ventetiden for behandling og prosessen mot behandling mye lenger enn normalt. Både frykten for å få avslag, og opplevelser med å få avslag grunnet ens funksjonsnedsettelse er spesielt utbredt blant de av oss med nevromangfoldsdiagnoser som autisme, og de av oss med psykiske lidelser.

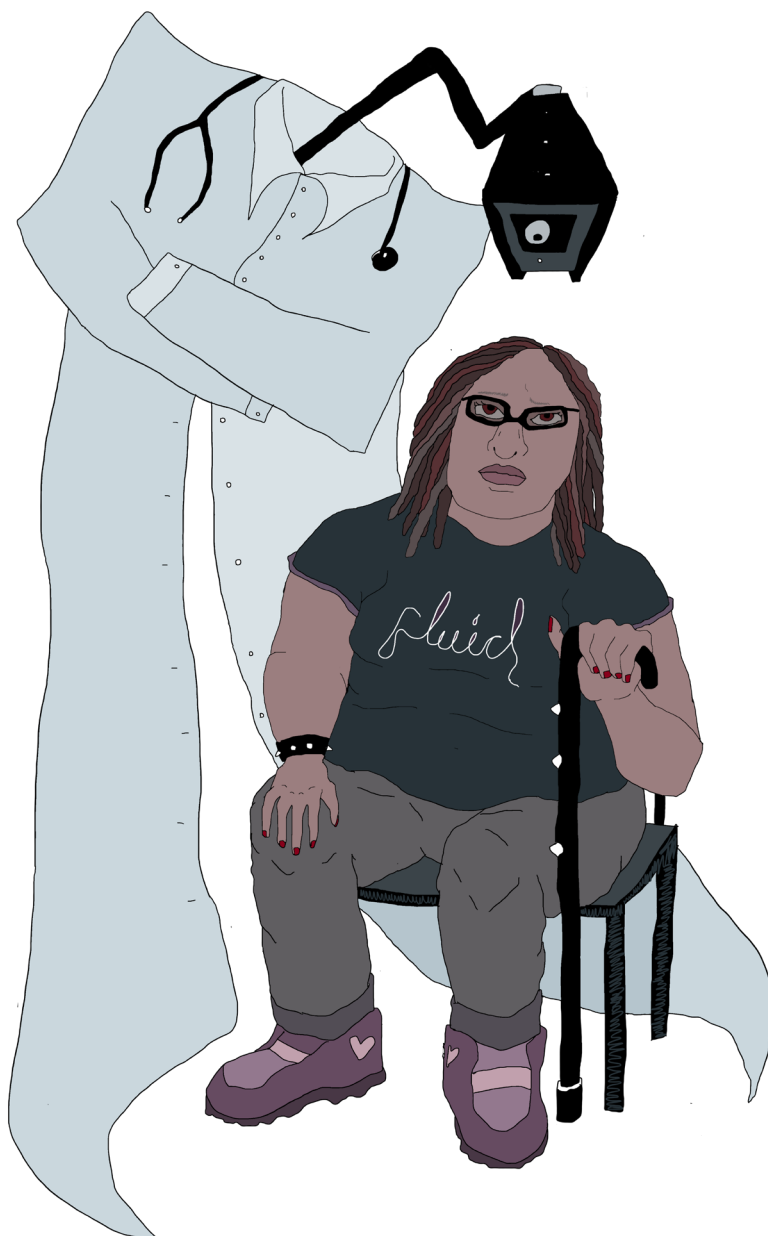
“Jeg lyver om hvordan jeg har det for å ikke bli avvist”

Det er en gjennomgående oppfatning i utvalget at Norsk helsevesen, her nevnes NBTK spesifikt, ikke tilbyr oppfølging og behandling til personer med enkelte funksjonsnedsettelse, spesielt autisme og psykiske lidelser, og heller ikke til ikke-binære transpersoner. Flere beskriver en opplevelse av at det er så mange grunnlag å få avslag på at man ikke ser noen grunn til å i det hele tatt prøve å få hjelp. Andre opplever at (NBTK) leter etter grunner til å ikke gi oppfølging og behandling.

Å ikke bli tatt på alvor

Et annet gjennomgående tema i respondentenes svar knyttes til opplevelsen av å ikke bli tatt seriøst, ikke bli trodd på, og ikke bli forstått i helsevesenet, grunnet ens funksjonsnedsettelse. Dette gjelder omtrent 1 av 6. Mange forteller at deres kjønnsidentitet ikke blir tatt på alvor, men heller bortforklares med forvirring, manglende evne til å forstå egne tanker og følelser, hormonubalanse knyttet til somatisk diagnose, og historie med psykiske plager. Dette beskrives som nedverdiggende, umyndiggjørende og fordummende.

“Jeg blir ikke tatt seriøst, de tror jeg er forvirra eller at jeg misforstår”



Flere respondenter forteller om en opplevelse av at det ikke er plass til både deres kjønnsinkongruens og funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdom samtidig. For eksempel opplever flere at symptomene på deres kjønnsinkongruens tolkes til eller forklares med deres fysiske eller psykiske diagnose. På den andre siden opplever flere at alle symptomer de oppsøker hjelp for i det generelle helsevesenet knyttes opp mot behandlingen de får for kjønnsinkongruens, eller til deres kjønnsidentitet.

“Autisme gjør at leger og psykologer blir veldig motvillige til å tro på deg”

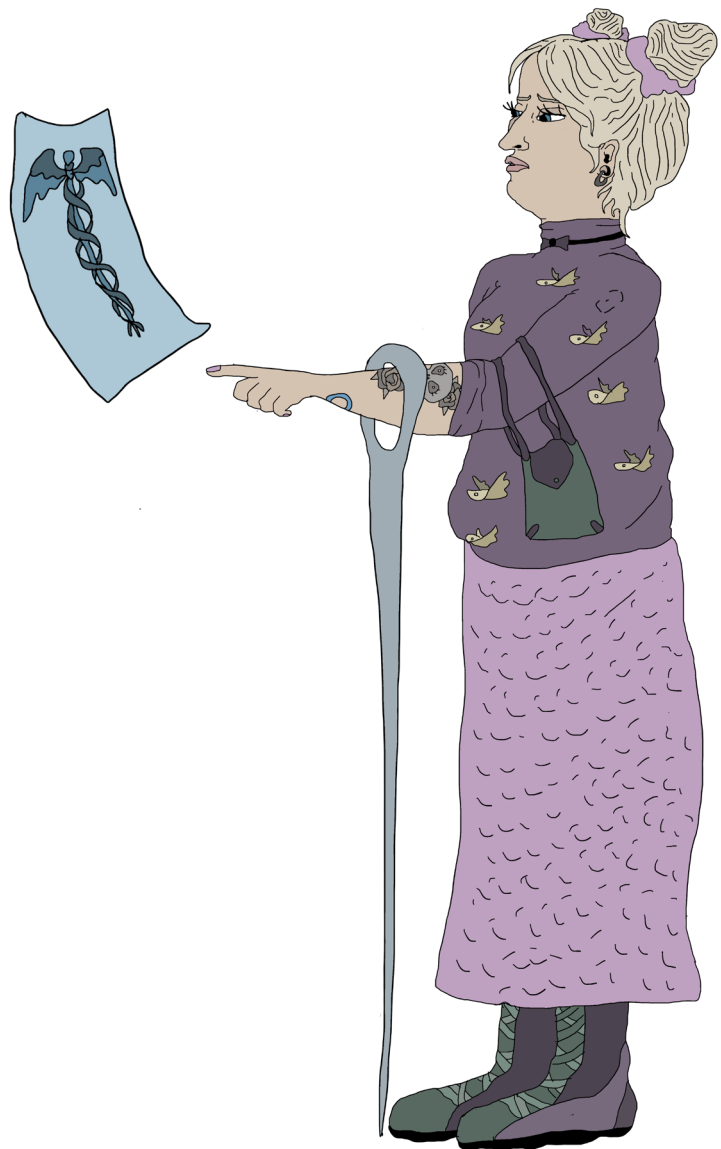
Respondenter forteller at opplevelsen av å ikke bli sett, ikke bli hørt, og å ikke bli anerkjent over lengre tid gjør at man føler seg motløs og at man slutter å oppsøke helsehjelp. Noen forteller at disse møtene med helsevesenet oppleves så belastende at det er bedre for egen mental helse å unngå å oppsøke helsehjelp, til tross for at man trenger det enten psykisk eller fysisk.

Noen trekker også frem at de kan møte en holdning om at «helsepersonell vet hva som er best for deg» når de oppsøker sosial støtte fra venner eller familie. Dette oppleves ytterligere belastende når man selv opplever at helsepersonell ikke tar en seriøst eller lytter til de utfordringene en selv trekker frem.

“Helsepersonell tror at folk med autisme ikke kan vite at de er trans”

Utilgjengelige tilbud

Et tredje tema som går igjen i respondentenes svar handler om opplevelsen av at behandlingstilbud for kjønnsinkongruens er utilgjengelige fordi tilbudet ikke er tilrettelagt den funksjonsnedsettelsen eller kroniske sykdommen man har. Flere opplever at behandlere mangler kunnskap om hvordan behandling for kjønnsinkongruens vil påvirke eller fungere i kombinasjon med ulike funksjonsnedsettelser. Blant annet pekes det på manglende kompetanse på normbrytende kjønnsidentitet og nevromangfold, og manglende kunnskap om hvordan hormonell behandling virker i samspill med andre medisiner. Det pekes også på et savn etter, og behov for, alternative behandlingsformer for de av oss med kjønnsinkongruens som ikke kan benytte ordinært behandlingsforløp.



Videre forteller flere at behandlingsforløpet for kjønnsinkongruens er så krevende at det er umulig å stå i med lite energi, fatigue eller andre utfordringer i tillegg. Andre forteller at det å reise til og fra Oslo for å motta behandling er for krevende for deres helse, og som en konsekvens har de ikke noe reelt tilbud. Det blir også nevnt at man har gått til det private helsevesenet fordi dette er mer forutsigbart og lettere å få tilrettelegging i sammenliknet med det offentlige helsevesenet.

Andre igjen forteller at det vil være umulig for dem å innfri enkelte av kravene som stilles dersom man skal motta behandlingstilbud for kjønnsinkongruens. Disse kravene er blant annet knyttet til arbeidsevne og vekt.

“Jeg måtte stå i 100% jobb for å ikke miste tilbudet mitt,
det gjorde meg utrolig mye dårligere”

Til slutt er det også flere respondenter som forteller at behandling for kjønnsinkongruens stadig blir nedprioritert grunnet andre helserelaterte behov. Noen opplever at det er helsepersonell som nedprioriterer behandling for kjønnsinkongruens. Flere har fått høre at «vi må først prøve å få deg litt friskere før vi kan gå inn på dette med kjønnsidentitet». Dette kan oppleves svært problematisk ettersom ikke alle kan regne med å bli så mye «friskere» med den kroniske sykdommen eller funksjonsnedsettelsen de har. Andre nedprioriterer selv å behandle sin kjønnsinkongruens fordi deres helsetilstand allerede krever mye av deres energi, psyke eller økonomi.

“Jeg har ikke overskudd til å kjempe for å bli tatt på alvor”

”Min funksjonsnedsettelse krever allerede dyrere medisiner enn det jeg har råd til”

Det generelle helsevesenet

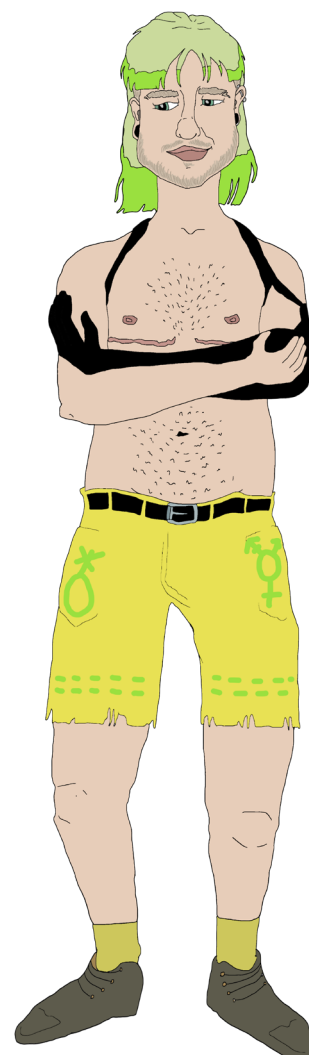
Funksjonshemmede som gruppe er, på generell basis, oftere i kontakt med helsevesenet sammenliknet med befolkningen generelt. Det er derfor interessant å si noe om hvordan møtet med det generelle helsevesenet oppleves når man både har en normbrytende kjønnsidentitet og en normbrytende funksjons- evne. Dette var ikke i utgangspunktet noe respondentene fikk spørsmål om, men flere har likevel fortalt om deres opplevelse med det generelle helsevesenet. Temaet «det generelle helsevesenet» er basert på et mindre utvalg sammenliknet med de øvrige temaene.

Noen opplever at deres kjønnsidentitet kan få for mye fokus eller bli brukt som en forklaring for andre helserelaterte problemer. Dette gjelder særlig i det psykiske helsevesenet. Flere forteller at psykisk helsevesen bruker mye tid på å lete etter grunner til at man har en normbrytende kjønnsidentitet, eller forklarer psykiske plager/lidelser med at man har en normbrytende kjønnsidentitet. Andre sier at fokuset i behandlingen i stor grad dreier seg om kjønnsidentitet til tross for at man selv opplever at det er andre ting man gjerne skulle fått hjelp til å bearbeide og prosessere. Noen opplever derfor at deres kjønnsidentitet anses som en reaksjon på noe (som skal nøstes opp i) fremfor en identitet.

Det er også flere som opplever at helsepersonell som har kompetanse på kjønnsidentitet og transhelse har lite kompetanse på funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. Og motsatt: at helsepersonell med god kompetanse på funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer ikke har kompetanse på transhelse. Noen opplever at de må lære opp helsepersonell de møter om transtematikk og om hvordan deres kropp fungerer, også de gangene det ikke er relevant for helseutfordringen man har oppsøkt hjelp for.

Noen forteller at det å flere ganger ha opplevd at helsepersonell mangler kunnskap og kompetanse på deres kropp og helse, resulterer i en mistillit til helsevesenet. Man blir både redd for at transtematikk vil overskygge andre utfordringer man har, at man må utlevere om sin opplevelse med å være trans, eller man blir redd for at helsevesenet rett og slett ikke kan hjelpe deg eller i verste fall feilbehandle deg.

Det er også noen som peker på at man får for lite informasjon om transhelse og ivaretagelse av egen helse og kropp etter endt behandling. Man sitter igjen med en opplevelse av at man må finne ut av mye selv – spesielt når man i tillegg har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, og ikke møter et helsevesen som har kompetanse på interseksjonen mellom disse.



Oppsummering

Mottatt behandling knyttet til kjønnsidentitet:

- » Ca. 1 av 2 har mottatt ikke-kirurgisk behandling (f.eks. hormonell behandling, hjelpemidler, psykososial oppfølging)
- » Ca. 1 av 4 har mottatt kirurgisk behandling (f.eks. ansiktskirurgi, brystkirurgi, genital kirurgi)
- » 33% er ganske eller veldig misfornøyde med behandlingen de har fått knyttet til sin kjønnsidentitet.

Hovedårsakene til å ikke motta ikke-kirurgisk behandling er:

- » «Jeg tror ikke jeg ville fått denne behandlingen», «Jeg har ikke råd til denne behandlingen», og «Jeg har ikke behov for denne behandlingen».
- » Nesten 1 av 5 oppgir at de ikke ville fått denne behandlingen grunnet deres funksjonsnedsettelse.

Hovedårsakene til å ikke motta kirurgisk behandling er:

- » «Jeg ville ikke hatt råd til denne behandlingen», «Jeg tror ikke jeg ville fått denne behandlingen», og «jeg har ikke behov for denne behandlingen»
- » 30% ønsker å oppgi andre årsaker, deriblant lange ventetider og utredningsprosesser, vektkrav man ikke innfrir, og mistillit til behandlingstilbudet for kirurgi i Norge.
- » Nesten 1 av 7 oppgir at de ikke ville fått denne behandlingen grunnet deres funksjonsnedsettelse.

Utvalget opplever generelt at det å ha en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom innvirker på behandlingstilbudet man får for kjønnsinkongruens. Det som særlig går igjen er:

- » Avslag, eller frykt for avslag på behandling for kjønnsinkongruens grunnet ens funksjonsnedsettelse.
- » At man ikke blir tatt på alvor, trodd på eller anerkjent med den kjønnsidentiteten man har grunnet ens funksjonsnedsettelse.
- » At behandlingstilbud knyttet til kjønnsidentitet og kjønnsinkongruens er utilgjengelige fordi de ikke er tilrettelagt ulike funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer.

Møtet med det generelle helsevesenet beskrives som preget av manglende kompetanse på interseksjonen mellom transhelse og funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer, kjønnsidentitet og kjønnsinkongruens nedprioriteres grunnet andre «viktigere» helseutfordringer, mye fokus vies kjønnsidentitet også i de tilfellene pasienten selv ikke opplever kjønnsidentitet som viktig for grunnen til at de oppsøkte helsevesenet.

Ønsker for et fremtidig helsevesen

Det generelle helsevesenet

- » Et oppskalert psykisk helsetilbud: transpersoner med funksjonsnedsettelse etterspør et psykisk helsevesen som er mer tilgjengelig, med økt kapasitet, og kompetanse på interseksjonen mellom kjønnsidentitet og funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom.
- » Anerkjennelse og se hele mennesket: transpersoner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer opplever at det ikke er plass til både deres kjønnsinkongruens og funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdom samtidig.
- » Oversikt over generalister med relevant kompetanse: transpersoner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer ønsker seg en oversikt over helsepersonell, derav fastleger og gynekologer/urologer, som har kompetanse på transhelse og funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer.

Behandlingstilbud knyttet til kjønnsidentitet og kjønnsinkongruens

- » Holdningsendring: transpersoner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer ønsker å bli møtt med respekt og anerkjennelse, ikke med skepsis. Å ikke bli lyttet til, anerkjent eller trodd på oppleves nedverdiggjørende, umyndiggjørende og fordømmende.
- » Individuelt tilpassede behandlingsforløp: ikke alle transpersoner passer med det pakkeforløpet som i dag er tilgjengelig. Noen ønsker ikke alle delene av behandlingen, andre kan aldri innfri kravene som i dag stilles for å motta behandling.
- » Flere tilbud rundt om i landet: ikke alle transpersoner har økonomi eller helse til å reise til og fra Oslo for å motta behandling for sin kjønnsinkongruens.
- » Inngangstilbud og lavterskel oppfølging til alle aldersgrupper: det er et behov for flere kommunale tilbud, som Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo, som tilbyr lavterskel oppfølging til alle transpersoner uavhengig av alder.
- » Deler av behandlingen må være mer tilgjengelig: behandling og tilbud som laserbehandling, parykker, binders og liknende må være lettere å få, også før man har fått diagnosen «kjønnsinkongruens».
- » Mer brukermedvirkning i utforming av tilbud: brukerorganisasjoner og pasientorganisasjoner må inkluderes og rådføres når behandlingstilbud og politikk knyttet til transhelse utformes.
- » Økt kompetanse: kompetansen knyttet til interseksjonen mellom normbrytende kjønnsidentitet og normbrytende funksjonsevne må styrkes. Spesielt er det behov for økt kompetanse knyttet til nevromangfoldsdiagnoser (som autisme) og kjønnsidentitet.

Kilder

Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. & Holmelid, Ø. (2021) *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

Ønsker du å lese mer om denne tematikken kan vi anbefale rapporten «Likeverdig helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens», skrevet av Frederik Langeland, Marianne Gulli og Birgitte Rigrup-Lindeman. Utgitt av Nordlandsforskning, 2023.

Takk til alle som svarte på undersøkelsen, informantene som stilte til intervju og referansegruppen som har bidratt med kunnskap og perspektiver.

Takk til Joakim Eide for gode illustrasjoner.

