

- Nora: Unge Funksjonshemmede har gjennomført en undersøkelse for å finne ut hvordan transpersoner som også har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom opplever møtet med helsevesenet og møtet med samfunnet. Dette er første av fire episoder i serien *Trans og funkis*. Og i denne episoden, så skal vi snakke om hvordan det å ha en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom påvirker behandlingstilbudet man får for kjønnsinkongruens i Norge. Mitt navn er Nora Thunem, jeg er helserådgiver i Unge funksjonshemmede, og med meg i dag har jeg Christine Jentoft, som er rådgiver på Kjønnsmangfold i FRI, altså, Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold. Velkommen, Christine.
- Christine: Tusen takk, glad for å være her.
- Nora: Senere i episoden, så får vi også høre fra Aud Jektvik, som er koordinator for Regionalt senter for kjønnsinkongruens i Nord-Norge. Men Christine, kan ikke du fortelle litt om hvem FRI er, og hva dere jobber med?
- Christine: Ja, vi tar den korte versjonen. FRI er jo da Norges både største, men også eldste organisasjon for skeive. Den hette jo tidligere DNF-48, og ble jo liksom til kort tid etter 1948. Og har jo da over årene endret navn, da, fra liksom Det norske forbundet av 1948 til Landsforening for lesbiske og homofile, og så begynte de å legge til bifile og transpersoner, og så ble det veldig langt. Og i 2016, så endret vi da navn til FRI, Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold. Så vi er en forholdsvis stor organisasjon, med fylkeslag rundt omkring i det ganske land, som har forskjellige aktiviteter og tilbud. I tillegg til at vi da arbeider politisk for å bedre situasjonen for skeive i Norge, men også bistår i andre land, da. Mm.
- Nora: Kult. Jeg skjønner at du også er riktig person inn i denne podkasten, til å snakke om behandlingstilbud til transpersoner, ettersom du er rådgiver på kjønnsmangfold. Og i undersøkelsen vår, så spurte vi om hvilken behandling transpersoner med funksjonsnedsettelser og kroniske sykdommer har fått for sin kjønnsinkongruens. Omtrent en fjerdedel av de som svarte har fått kirurgisk behandling, som kan være ansiktskirurgi, genitalkirurgi eller brystkirurgi. Omtrent halvparten har fått annen form for behandling, som kan være hormonbehandling, hårfjerning, stemmetrening, hjelpemidler eller psykososial oppfølging. Men Christine, kan du først forklare litt kjønnsinkongruens egentlig er for noe?

- Christine: Det kan jeg gjøre. Og det er egentlig et godt sted å begynne. Altså, kjønnsinkongruens er først og fremst det at man har et manglende samsvar mellom det kjønnnet du ble registrert som ved fødsel og det du opplever deg som selv, også populært kalt transpersoner som samlekategori. Kjønnsinkongruens er også navnet på diagnosen du får, fordi for eksempel i Norge og en del andre land, men ikke alle, så må du ha en diagnose for å utløse rett på behandling. Så som for eksempel graviditet er en diagnose, kreft er diagnose, og det utløser da rett på behandling. Så for å ha rett på behandling i det offentlige Norge som transperson, hvis du har ... hvis du ønsker det, så må du da få diagnosen kjønnsinkongruens. Og den diagnosen får man da fordi man ønsker kjønnsbekreftende behandling ofte, for å hjelpe deg med det symptomet, eller da plagen som vi kaller kjønnsdysfori, som er da ubehaget de kjønnede kroppskarakteristikaene dine, altså, for eksempel bryster, testikler, sånne ting, gir deg sånn mentalt og fysisk, da. Så kjønnsbekreftende behandling tar da til sikte på å lette de plagene, sånn at man kan leve et bedre liv, i bedre samsvar med kjønnsidentiteten sin og de ønskene, eller det behovet kroppen har, for å være i match med seg selv, da.
- Nora: Mm. Men hvordan er egentlig behandlingstilbudet til personer med kjønnsinkongruens bygget opp i dag?
- Christine: Ja, altså, nå er det ... det er et litt lengre svar, fordi det foregår et lite sånt skifte i hvordan det fungerer. Sånn det egentlig er lagt opp, og sånn det til dels fungerer i dag, er jo at du får ... du går til legen din, og så sier du: «Legen, legen, jeg tror jeg er trans, jeg vil ha behandling.» Og så sier legen mest sannsynlig: «Det her kan jeg ikke en pukk om», og så henviser legen videre til BUP eller DPS, som er ment å henvise videre til Nasjonal behandlingstjeneste på Rikshospitalet i Oslo. Og så tar de og utreder deg, og cirka 50 prosent, sier de nå, får behandling, og 50 prosent får avslag. Men sånn det også nå driver og skjer et skifte til, er at det tilbudet er ment til å desentraliseres, at man skal kunne få behandling nærmere der man er, og at det egentlig skal gå fortere. Og der er vi litt uenige i om de har lagt opp et løp som ligger an til å gå fortere, sånn som det ser ut nå. Men sånn det nå skal være, er at du går til legen, og sier: «Legen, legen, jeg tror jeg er trans.» Legen fortsetter å si: «Jeg kan ingenting», og henviser videre. Og da skal enten da BUP eller DPS eller fastlegen kunne henvise videre til et regionalt senter for

kjønnsinkongruens, som vi skal ha sånn fire eller flere av, da, i de forskjellige helseregionene våre. Og så skal de da ta en innledende utredning og samtaleterapi, og hjelpe til med kjønnsbekreftende hjelpemidler og sånn, slik det er lagt opp, før de henviser videre ... altså, 50 prosent henvises videre til Rikshospitalet for kjønnsbekreftende medisinsk behandling, som inngår da i form av hormonell behandling eller kirurgi, da.

Men der er det også veldig sånn variabelt hvor langt regionene har kommet, hva de faktisk har fått til, hvor mange de har tatt imot, og hvor godt de er rustet, da. Så det er liksom et sånt endringsarbeid. Poenget vårt med ... eller poenget med det arbeidet for å få det desentralt, var at folk skulle faktisk også få en del av den medisinske behandlingen nærmere der de bor. Sånn at, for eksempel, hvis man er da ... bor i Tromsø, og kommer til Aud, da, som skal på her, så skal man da kunne få innledende medisinsk behandling, hormonell behandling der, og diagnose settes. Og så skulle Rikshospitalet ta seg av de vanskelige casene, der hvor man var usikker, hvor både pasient og behandler var usikker, men også der hvor Rikshospitalet skulle gjennomføre genitalkirurgi. For det var liksom alle enige om, at det bør være sentralisert, sånn at det blir nok trening, og nok teknikk som samkjøres, da, var tanken.

Nora: Okei. Det var en god innføring.

Christine: Takk.

Nora: Jeg føler meg klokere.

Christine: Bra. [ler]

Nora: [ler] Ja, noe vi i Unge funksjonshemmede er særlig opptatt av når det gjelder behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens, det er hvordan det å ha en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom påvirker behandlingstilbudet man får, så det har vi jo selvfølgelig spurt våre respondenter om. Og en ting vi ser er at veldig mange opplever å få avslag, eller frykter å få avslag på behandling for kjønnsinkongruens på grunn av sin funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdom. Og det her handler jo primært om behandlingstilbudet hos NBTK, altså, Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens. Flere forteller at de opplever at det er så mange ulike årsaker å få avslag på, at man ikke egentlig ser

noe poeng i å forsøke å få hjelp i det hele tatt. Og andre forteller at de opplever at NBTK leter etter grunner til å ikke gi behandling. Så lurer jeg på, er dette her noe dere kjenner igjen fra deres arbeid i FRI?

Christine: Ja, absolutt. Dette er jo, holdt jeg på å si, som de sier på engelsk, a tale as old as time, fordi dette har både vært i form av klare uttalelser fra Rikshospitalet selv, sånn som har kommet mye i media i det siste, men også fra tidligere, så har man jo stort sett bare hørt tilbake til de som har vært i behandling der, eller forsøkt å få det, som har da meldt at de føler seg mistenkeliggjort. Og det kan være på mange grunnlag: «Du kom ut for tidlig.», «Du kom ut for sent», «Du er for gammel», «Du er for tjukk», «Du sitter i rullestol», «Du er autist», og så videre, og så videre, og så videre. Og det vi også ser, det er jo også et annet forskningsprosjekt som er gjennomført for Nordlandsforskning, hvor de også gikk inn på nettopp det her med tilliten til helsetjenesten i Norge. Og da fant jo det samme prosjektet og så det at de fleste brukerne de hadde pratet med hadde én eller flere negative erfaringer, både i møte med helsetjenesten i helhet, men også i møte med da Nasjonal behandlingstjeneste spesifikt, fordi de, som deres respondenter også sier i deres undersøkelse, at de opplever at det letes etter grunner til å ikke gi behandling. Så dette er dessverre kjent. Jeg synes det er fint at dere har gjennomført en spørreundersøkelse, sånn at man kan få bekreftet de erfaringene brukerorganisasjonene har. For da har man mer tall på det, og det er alltid positivt.

Nora: Mm. Men er det noen grupper dere ser, som rett og slett ikke får behandling?

Christine: Nei, altså, det er litt sånn vanskelig å si nøyaktig, for vi har ikke total oversikt over alle pasientene som er ved Rikshospitalet, det ville vært ganske uetisk egentlig. [ler] Men det vi får jo høre tilbake, er at jo flere liksom minoritetsfaktorer eller flere funksjonsnedsettelse og lignende du har, jo vanskeligere blir det, eller jo vanskeligere kan det være. Men at det er liksom, i gåseøyne nesten ingenting, som er totalt diskvalifiserende sånn faglig for Rikshospitalet, men at det må gjøres individuelle vurderinger, sier de da. Men hvis du møter opp der i rullestol, da, så vil det være et hinder i form av å få behandling, erfarer vi, fra det vi får høre tilbake, og det vi også har sett. Og hvis du for eksempel også, ikke nødvendigvis snakker så godt norsk, som også er en faktor, og du må ha med deg tolk, da kan det også være en faktor som fører til at du ikke får

behandling, fordi kommunikasjonen ikke fungerer godt nok. Så det er også en sånn ... eller at du kan også ha et sånt horribelt møte, hvor tolken bruker nedsettende begreper fordi de ikke kan bedre. Og så ender det opp med at du opplever at da sitter behandleren og sier stygge ting også. Så det er mange faktorer som går inn her, men det er liksom, i gåseøyne ingenting, som skal være fullstendig diskvalifiserende. Men vi har jo liksom erfaring med folk som har møtt opp der, og liksom ... ja, for eksempel da sittet i rullestol, da, og vært trans samtidig, og så har de liksom fått beskjed at: «Nei, dette er litt mye, det vil bli for vanskelig for deg, altså, å være både trans og i rullestol samtidig, det kan vi ikke ha noe av.»

Nora: Det kjenner vi faktisk igjen fra en del andre undersøkelser som gjøres på funksjonshemmede og forhold til seksualitet og overgrep og sånn også, at man ofte høre den at: «Ja, det blir kanskje litt for vanskelig for deg hvis dette ... du skal være funksjonshemmet og i tillegg bli utsatt for overgrep. Kanskje vi skal tenke på det som en uheldig seksuell opplevelse.» Og det er jo utrolig lite tillitsvekkende.

Christine: Ja ja, det er helt forferdelig. Men det er jo ofte sånn ... det vi ofte ser innenfor det her, er at det er et sånt ovenfra og ned-klinikersyn som ofte kommer til spille hvor de vet alltid best, og du som bruker eller klient eller pasient, du aner jo ingenting, du skal egentlig bare takke pent og være fornøyd. Og det er jo det som har vært et hinder, spesielt på transfeltet, når det kommer til faktorer som brukermedvirkning, samstyre av behandling, og sånne ting. Og bare det å få individualisert behandling, det har jo vært veldig, veldig vanskelig, spesielt på det norske helsefeltet. Men sånn som det som har da vært resultatet av de erfaringene som folk har hatt med Rikshospitalet, er jo at folk har gått da til det private, og fått behandling der isteden. Fordi de opplever der å møte profesjonelle fagfolk som ikke ser på for eksempel at du er autist som en diskvalifiserende grunn for at du er trans, liksom, for det er det ikke, faglig. Sånn at de kan da oppleve at de blir møtt på en helt annen måte, fordi ... men da må du betale for det selv, da, og det er det ikke alle som har resursene til heller. Og da har vi igjen en sånn faktor at bare de med nok penger får behandling. Så ...

Nora: Ja, det ser vi også i den her undersøkelsen, flere som sier at de går til det private, både for å bli møtt på en annen måte, men også fordi det er mer fleksibelt og lettere å få tilrettelagt hvis man har en funksjonsnedsettelse

eller kronisk sykdom, da. Men det er også mange som vi nå har snakket om, som er redd for å ikke få et behandlingstilbud, og det gjelder jo særlig de av oss som har nevromangfoldsdiagnoser, som autisme, eller en historie med psykiske plager eller lidelser. Men i tillegg, så ser vi også at mange opplever at det stilles en del kriterier dersom man skal kunne motta behandling for kjønnsinkongruens da, hos NBTK. Og blant annet så forteller utvalget om vektkrav, eller krav om å stå i fullt arbeid, dersom man skal kunne på en måte kvalifisere, da. Og mange forteller at de ikke kan innfri disse kriteriene, ofte på grunn av sin funksjonsnedsettelse, for eksempel det å stå i fulltidsstudier eller fulltidsjobb, er ikke alltid noe man kan hvis man har redusert arbeidsevne.

Noe som også kommer fram i undersøkelsen, er at opplevelsen av å ikke kunne de her kriteriene for å ikke få behandling, eller da frykten for å ikke få behandling for kjønnsinkongruens har gjort at mange ikke tør å oppsøke psykisk helsehjelp selv om de trenger det, fordi de frykter at det vil ødelegge for deres behandlingsforløp hos NBTK. Og så er det også flere som forteller at de er uærlige om sin psykiske og fysiske helse ovenfor NBTK, i frykt for at sannheten ville gjort at de ikke fikk et behandlingstilbud. Og dette tenker jo jeg er veldig alvorlig. Men ...

Christine:

Mm. Men det er helt i tråd med våre erfaringer også. Jeg er egentlig, i gåseøyne glad, for at dere har det sort på hvitt på papir. For det er det vi har opplevd at folk ... spesielt de tingene som er ... én, du går ikke og oppsøker helsehjelp for andre ting du faktisk trenger helsehjelp for, fordi du vet det kan være diskvalifiserende, eller gjøre den andre helsehjelpen du skal få, vanskeligere å motta. Det er kjempealvorlig, nå sa jeg det veldig rart, men alvorlig. Og dette har vi også sett, det med at man omtrent lyver til behandlerne for å prøve å presse igjennom det løpet. Det vi også har historisk sett der, er at innad i liksom transgrupper på internett og fysisk, er jo at folk omtrent har måttet drille hverandre i hvordan du skal se ut, oppføre deg, prate, for å ha størst mulig sjans til å bli oppfattet som, i gåseøyne, trans nok, til å få behandling. Og det er jo liksom et resultat av at det er bare visse personer som har fått behandling, og at de har både sett ut og måtte oppføre seg, men også at en del av de spørsmålene man har fått ved Rikshospitalet eller lignende, har liksom tegnet et bilde av at du må være en sånn stereotypisk 1950-talls versjon av kvinne og mann, som er helt funksjonsfrisk, kan stå i full jobb, eller

fult studie er også lov. Men du må liksom være en sånn der ... du må være så nærmest mulig superprivilegert, som er mulig å få blitt, for å ha størst mulig sjans for å få litt helsehjelp som kan gjøre livet ditt bedre. Så det er sånn utrolig negativ tendens som har vært der, og veldig, veldig synd.

Nora: Men hva er egentlig utfordringen der? Handler det om at de kriteriene som stiller ikke passer med målgruppen, eller handler det om hvordan tilbudet blir kommunisert ut? Eller hva er det liksom som gjør at man ... jeg vet ikke om du har noen tanker om det?

Christine: Nei, altså, jeg tror du er inne på ganske mye der. Altså, det går jo også litt inn i den kritikken som da har gått mot det norske behandlingssystemet, er jo at det først og fremst er utdaterte normer som legges til grunn, det er et utdatert vitenskapelig syn på tilstanden og hvilke kriterier som legger til. Og så er det også en enorm frykt for anger, som gjør at de derfor er veldig restriktive, at de er veldig redd for at hvis det er 100 folk som søker behandling, og 99 av dem er trans, og så ramler det inn en person som ikke er trans og får behandling, så er det for mye, liksom. Og det kan man jo være enig i, men så må man jo også se på den rene statistikken her, på dette feltet, og det er jo et av de feltene innenfor alt av medisin, hvor angerstatistikken er aller lavest. Ligger liksom som oftest på én til to prosent av liksom ... og så er det også, når vi snakker noen ganger ... her føler jeg jeg må være ryddig. Når vi også snakker om anger, spesielt i det offentlige, så er det mange som blander sammen anger fordi du fikk dårlig behandling, eller du følte deg presset til å ta behandling du egentlig ikke ønsket, av behandlerne. Sånn som når man har for eksempel et standardisert behandlingsforløp, så tvinger de deg ... eller så opplever du kanskje at du må si ja til å visse kirurgier for å få hormonbehandling, og det var egentlig hormonbehandling du ville ha.

Eller sånn som før 2016, da det fortsatt var sånn at du måtte være kastrert for å kunne endre juridisk kjønn, så la folk seg under kniven for å bli kastrert, sånn at de kunne få lov til å få rett papir, og bli anerkjent av staten. Og det er liksom ... det er noe anger, og så har du også da de som oppriktig angreir fordi det ikke var rett for dem allikevel, og kanskje skulle hatt en bedre utredning, eller skulle hatt ... men hvis man da legger opp til et løp hvor man føler seg kontinuerlig mistenkeliggjort, og man går i drilling for hvordan få behandling, da risikerer du et pasientforløp hvor ingen av pasientene dine er ærlige med deg, så da blir

du heller ikke kjent med pasientene, og da blir du heller ikke en god utreder. Så det vi også da ser, og nå skal jeg ta et eksempel tilbake fra det Nordlandsforskningsprosjektet, er jo at brukerne melder at for eksempel Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo, de nyter høy tillitt i motsetning til Rikshospitalet, og at folk å være ærlige med dem. Og hvis de da får beskjeden i samråd med da behandler, at dette kanskje ikke er riktig, eller: «Jo, men det går jo an å bare ta denne behandlingen», eller: «Hva med at vi tester ut dette, og så ser vi hvordan det virker?» Og det gjør at man i mye større grad tør å være ærlig, og tør å liksom si: «Ja, men vet du hva, det tror jeg kan være et fint sted å begynne, og så ser vi på det underveis, og så tar vi en ny vurdering.» Og det er så viktig at man ikke føler at behandlerne er imot deg, at de er liksom konkurrentene nesten. Fordi det er de som portvokteren, så det er de du må overbevise om at de skal slippe deg inn, da.

Og det er ikke heldig for et behandlingsforløp som ikke har målbare ... det er ikke sånn at du kan en blodprøve og måle hvor trans noen er, det må faktisk gå basert på tillitt og på at personen selvdeklarerer, for du ... de har ikke oppdaget noe transgen som vi bare kan ta en test for, liksom. Eller hvis du sier at du liker så og så mye turkis, så er du så og så trans, liksom, vi er ikke der, selv om noen har spekulert i det i gamle dager. Så derfor må man liksom legge opp til et trygt og godt behandlingsforløp, med tillitt til den som skal behandle.

Nora: Ja, så kunne man snudd på det også, at nå virker det kanskje som at det er den der frykten for at noen skal angre som styrer behandlingsforløpet. Men hvis man ser på det på den andre siden, så er jo også selvmordsstatistikken i denne populasjonen, psykiske lidelser og sånn, utrolig mye mer utbredt. Og det er jo også en konsekvens av å ikke få behandling, kan jeg se for meg, da.

Christine: Ja, nei, for det er jo ... nå er du inne på et ganske viktig poeng, og det er jo det at å nekte behandling er behandling det også. Og det betyr ikke at den er positiv. Og så er det heller ikke sånn at vi i Norge har gjort noen forskning på de som blir nektet behandling, og hvordan de har det, men det vi erfarer, er jo at de går da til det private, og oppsøker ... for de er jo ... selv Riksen sier de ikke er trans, så er jo de fortsatt sikre på at de er trans, og går da og får behandling et annet sted, hvor de kan få lettere høy tillitt, da, hvis de har råd til det. Og det er liksom en sånn viktig faktor, at vi må ... når vi vet at kjønnsbekreftende behandling hjelper på den

mentale og fysiske helsen til folk, så er det da viktig at man har behandlere man stoler på, og som ikke jobber imot, da. Altså, de er på lag.

Nora: Ja, veldig viktig. En annen ting vi også ser, er at mange opplever at de ikke blir tatt seriøst, at de ikke blir trodd på, og at de ikke blir forstått i helsevesenet på grunn av funksjonsnedsettelsen de har. For eksempel, så forteller flere med autismspekterdiagnoser eller psykiske lidelser at helsepersonell mener at de er forvirret, eller ikke de kan vite at de er trans, fordi de mangler evner til å forstå egne tanker og egne følelser. Og det beskrives naturlig nok som nedverdiggende, umyndiggjørende og fordummende. Og så er det også flere som sier at opplevelser med å ikke bli sett, hørt eller anerkjent over lengre tid gjør at man føler seg motløs, og at man til slutt slutter å oppsøke helsehjelp. Og du var jo lite grann inne på det, at man ser at mange går til det private, men er dette her noe dere kjenner igjen? Og hva tenker du det kan handle om?

Christine: Nei, altså, hvis du ikke blir respektert for det mennesket du er, og ikke du blir trodd, og du blir liksom devaluert som at du ikke er et myndig voksent menneske når du er, så er jo det selvfølgelig faktorer som fører inn til en ekstremt lav tillitt og mistro til et system som egentlig skal hjelpe deg og ha ryggen din. Så da vil du jo selvfølgelig ikke gå og finne en annen del av det nødvendigvis. La oss si det er det offentlige tilbudet du er misfornøyd med, og du har opplevd det er dårlig, og du ser at alle rundt deg har opplevd det dårlig også, hvorfor skal du gå til andre deler av det da, når du har hørt om at det finnes andre alternativer, som du vet kan respektere deg bedre, som behandler deg som et menneske, og som ser mer enn bare en diagnose som de har masse forventninger og stereotyper til, som ikke nødvendigvis stemmer, fordi vi er alle individer og kapable til å ta valg for egne liv, liksom? Men det er dessverre veldig kjent, spesielt det ... når du kommer til ... Rikshospitalet gjør ofte det til media, og sier ofte også det til media, de trekker fram ADHD og autisme veldig, veldig ofte, som faktorer som gjør det veldig, veldig vanskelig.

Og jeg opplever at måten de snakker om disse gruppene på, er som om det er mennesker som absolutt ikke aner sitt eget beste, og nesten ikke burde få lov til å smøre på brøds-kiva si en gang, liksom. Og det opplever jeg som ekstremt ugrei retorikk å ha ovenfor en gruppe mennesker. Men nå var det min personlige mening her, men den er grei nok.

[begge ler]

Nora: Det er lov med personlige meninger. Men du, Christine, hva tenker er veien videre nå? Hva kan vi gjøre med funnene vi har fra denne undersøkelsen?

Christine: Det vi kan gjøre med de funnene fra undersøkelsen, det synes jeg er et godt sted å begynne, for det er mye som kan gjøres med veien videre nå. Men jeg tenker at det som er viktig med funnene fra undersøkelsen, er å få det presentert for politikere, få de til å være innforstått med at dette er reelle behov og reelle mennesker, og ikke bare tall på papir eller lignende. Og det kan være også en viktig faktor, spesielt med mye annet vi også ser nå, akkurat nå er det en ganske stor backlash mot transrettigheter globalt, også i Norge. Vi ser innskrenkninger i behandlingstilbud, vi har mistet flere private behandlere, og lignende. Og det å få trygge politikere til å stå og faktisk forstå hvem vi er og hva vi trenger, og hva som er riktig, basert på fag og forskning og våre egne erfaringer, det tenker jeg er alfa og omega for at vi skal ha en sjans til å snu den trenden som skjer.

Nora: Og hvis du skal nevne topp tre, da, hvilke endringer mener du må til, dersom transpersoner generelt, men også transpersoner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer skal få et bedre helsetilbud?

Christine: Oh, nå har ikke jeg preppet noe topp tre, så dette blir sånn on the top of my head, men vi kjører.

Nora: [ler]

Christine: Først og fremst så må en ekstrem kompetanseheving innad i hele helsefeltet når det kommer til kjønns mangfold. Og da spesielt nevromangfold og kjønns mangfold i ett. Men også andre tilstander, og annet som liksom oppstår. Altså, bare alt som har med kjønns mangfold, så fort det er inne der, så må det en kompetanseheving inn. Så det må inn. Holdningene til de som skal spesifikt behandle på dette feltet, der må det en snuoperasjon til, jevnt over. Og der er det et historisk problem at pasienter og brukere, og brukerorganisasjoner og representanter ikke har blitt invitert inn, ikke har blitt samtalet med, og at behandlerne her ikke deltar i forskning som gjøres av andre enn dem selv. Det må gjøres noe

med. Og som nummer tre, så må vi ha på plass, og ha en større, bredere forståelse i det norske samfunn, for at kjønn er mangfoldig på mange måter. Enten det er snakk om at vi har annerledes kropper, annerledes sinn, annerledes forståelse av vårt kjønn, og så videre. Samtidig som vi ikke fordummer ned dialogen og feltet med falske påstander om at transpersoner, transaktivister mener det finnes tre kjønnsceller og what not, som de hevder vi påstår, som ikke stemmer. Det finnes bare store og små kjønnsceller inntil videre, vi har ikke funnet den tredje, det hadde vært lol. Så det må liksom til, og så var det egentlig noen jeg skulle følge opp, som var som en del av det jeg også sa, og det er jo også det at forskningen som gjennomføres ... nå er jeg egentlig på fire, men hysj. [ler] Forskningen som gjennomføres ved Rikshospitalet må ha en mye, mye høyere grad av etisk forsvarlighet enn det det har hatt tidligere.

Dette er en lang story i seg selv, men kort oppsummert, så har Rikshospitalet gjennomført forskning tidligere, hvor de har spurt helt upassende spørsmål, som går egentlig på ... av seksuellnatur, sånn: «Hva har du på deg når du onanerer?», «Tenker du på mamma og pappa når du onanerer?», og lignende. Og det sier noe om et grunnleggende syn på pasientgruppen som veldig, veldig negativt. Og det tror jeg ... det jeg skal avslutte med der, er at man må slutte å se på det å annerledes som noe negativt, når det egentlig er noe positivt.

Nora: Mm. Det var klar tale. Veldig, veldig bra.

Christine: Takk.

Nora: Tusen takk, Christine, for at du kom og delte din kunnskap og dine perspektiver med oss.

Christine: Selv takk som inviterer, og takk igjen for undersøkelsen, dette tar vi også med oss videre.

Nora: Så bra. Jeg har også med Aud Jektvik, som er koordinator ved Regionalt senter for kjønnsinkongruens i Nord-Norge og sitter i Tromsø. Velkommen Aud.

Aud: Takk.

- Nora: Christine og jeg, vi pratet tidligere litt om hvordan behandlingstilbudet til transpersoner er bygget opp i dag. Men kan ikke du forklare litt først, hva de regionale senterne for kjønnsinkongruens er, og hva dere jobber med?
- Aud: De regionale sentrene for kjønnsinkongruens er plassert i hver sin helseregion, og jeg har da region Nord-Norge. Vi er plassert i spesialisthelsetjenestene, så det betyr at man trenger henvisning for å komme til oss. Bestillingen av de regionale senterne kom jo fra politisk hold i 2020, og så har det jo tatt vinter og vår før vi kom i gang, som det ofte gjør når man skal [ler] gjøre ting store sånne byråkratiske prosesser. Og jeg er veldig glad for at sentrene er i gang, det vi foreløpig kan tilby, for eksempel i Nord-Norge, er støttesamtaler, eller rådgivende samtaler. Vi kan tilby noe med hjelpemidler, og det kommer mer etter hvert som vi får samlet resurser, henvisning til stemmetrening, henvisning til den nasjonale behandlingstjenesten for medisinsk behandling. Vi kan tilby foreldresamtaler, og så litt andre ting, men i hovedsak, så er det det jeg har ramset opp nå, som jeg jobber med til daglig. Og så tenker jo jeg at én av de viktigste oppgavene nå, er jo å lytte til de klientene som kommer inn til oss, hva behovet deres er, og så forhåpentligvis klare å forme tilbudet etter hvert, etter hva behovet er. Fordi man kan planlegge og ha mange tanker om hva man vil tilby, men det er jo brukergruppen selv som vet hva de har bruk for.
- Nora: Mm. Så spennende. Og tidligere i dag, så snakket jeg med Christine om hvordan det å ha en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom kan innvirke på behandlingstilbudet man får for kjønnsinkongruens. Og noe vi ser i vår undersøkelse, som også er noe FRI kjenner igjen fra sitt arbeid, det er at mange opplever å få avslag, eller frykter å få avslag for behandling, eller på behandling for kjønnsinkongruens, da særlig hos NBTK, på grunn av funksjonsnedsettelsen sin, eller den kroniske sykdommen. Og så ser vi at det her særlig ... eller personer med nevromangfoldsdiagnose, som autisme eller en historie med psykiske plager eller lidelser. Og Christine forteller blant annet de ser en sånn tendens til at jo flere minoritetsgrupper man tilhører, jo vanskeligere blir det å potensielt få behandling, da. Og du, Aud, du representerer jo ikke NBTK, som de fleste i denne undersøkelsen oppgir å ha negative opplevelser med, men du kan jo likevel en del om behandlingstilbudet til personer med kjønnsinkongruens gjennom din rolle på RSKI i Nord-Norge. Og tenker du at det er en grunn til å frykte at man får avslag på

behandling for kjønnsinkongruens hvis man har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom?

Aud:

Ja, som du sa, jeg kan ikke svare på vegne av NBTK, som mange har uttalt seg om, men i helsevesenet generelt, så er det jo sånn at man risikere å bli infantilisert, eller man kan risikere å bli ... at det blir stilt tvil ved liksom ens evne til å ta gode beslutninger for seg selv eller sånn, når man har en funksjonshemming eller er nevrodivergent. Og det er jo sånne ting som opprører meg, da, som helsepersonell, at de holdningene fremdeles finnes, at vi vet at folk som har ADHD kan være mer impulsiv, ja, men hvis man har holdt fast på sin identitet i årevis, så tenker jeg at da må folk liksom klare å skille mellom hva man tenker og hvordan, at man ... jeg har mye å si om det her, har jeg. Jeg tror at i hele ... altså, i alle grunnutdanningene, da, kan du si, så trenger man mer kunnskap om nevrodivergens, og også om mennesker med funksjonshemminger, fordi en av de spørsmålene jeg får, da, ofte, er ... for jeg har jobbet med mennesker med funksjonsvariasjoner, mennesker med funksjonshemminger i noen år også, er liksom hvordan snakker man med autister, eller hvordan ... og så blir jeg litt sånn: «Oi, [ler] hvordan svarer man på det?» Hovedidéen min er jo at man må se hver klient som en egen person med de egenskapene som man har. Og at hvis man vet at vedkommende er autist, eller har ADHD, eller noe annet, hva med å bare spørre, da: «Hvordan kommuniserer du best? Hvordan foretrekker du å bli stilt spørsmål? Trenger du noen tilpasninger?»

Det er ikke alle som gjør det, men noen gjør det. Og i hvilken grad? Og liksom, være ærlig på hva man har kompetanse og ikke har kompetanse på, og så istedenfor å da kanskje problematisere diagnoser som vedkommende har, og si at: «Nei, vi kan ikke hjelpe deg», så prøv å hente den kompetansen man mangler, da. For det er ikke så vanskelig, det finnes resurser der ute. Man kan liksom få inn samarbeidspartnere som kanskje er mer trent i å jobbe med mennesker med utfordringer med språk og kommunikasjon. Eller man kan ikke si at: «Jeg kan ikke love at det her blir perfekt, men jeg skal prøve. Kanskje kan vi jobbe med alternative måter å uttrykke seg på, som å tegne eller å skrive, eller ...» Ja, det er så mange måter å kommunisere på, utenom akkurat det muntlige.

Nora:

Mm. Det der kjenner vi også igjen en del fra undersøkelsen, faktisk, at en del etterlyser akkurat det, kompetanse på den interseksjonen, eller at man

i hvert fall henter inn den kompetansen, at man ... mange forteller at de opplever at noen har kanskje god kunnskap om transhelse, men ikke så mye om funksjonsnedsettelse, og motsatt, da, de som kanskje har god kompetanse på diagnosen din, de kan veldig lite om transhelse. Og så finner man på en måte ikke helt de personene som kan litt om begge ting, og opplever kanskje heller ikke at det helsepersonell, eller de helsepersonellene, hvis man kan si det sånn, man er i kontakt med, samarbeider så veldig.

Aud: Nei, og det er klart at helsevesenet vårt er jo bygd opp på en måte som ikke nødvendigvis gjør det enkelt å hente inn resurser fra andre plasser, fordi alt skal jo måles og veies og telles. Men for å komme tilbake til det du opprinnelig spurte meg om da: «Er det grunn til å frykte og bli nektet behandling?» Jeg vil si at nesten generelt i helsevesenet, så er det grunn til å frykte at man blir nektet behandling. Og det er noe vi er nødt til å ta på alvor, og jobbe med. Og da tenker jeg ikke på transhelse spesielt en gang, jeg tenker generelt, at ... ja. Og sånn skal det ikke være, for det er jo diskriminerende å ikke få tilpasset tilbudet etter behovene sine. Når man har det travelt og må prioritere hardt, så kan man føle seg litt hjelpeløs, man har kanskje ikke tid til å ta de telefonene for å finne den riktige kompetansen eller sånn. Men det er en forklaring, og ikke en unnskyldning. Da må man prøve å liksom ta opp det med leder eller prøve ta opp det med kollega: «Hva skal vi gjøre for å få hjulpet de folkene som det gjelder?» Og det er klart at den interseksjonaliteten, den kan jo handle om så mye, da. Hvis man ... ja, jeg ser at det kan gjøre det mer utfordrende å få den hjelpen som man har krav på.

Nora: Men litt i forlengelse av det, da, så ser vi også i den her undersøkelsen at en del har opplevelser med å ikke bli trodd, eller tatt seriøst, eller forstått i helsevesenet. Og Christine trekker jo blant annet fram at dette er noe de kjenner igjen i FRI, og at det ofte fører litt til mistillit til helsevesenet. Og at ofte det her med å ikke bli trodd på eller forstått bunner litt i stereotypier hos behandlere, eller manglende kunnskap, da. Og da lurte jeg på, har du noen tanker om dette, er det liksom fordommer og negative holdninger, eller er det ... finnes det forskning og litteratur som for eksempel tilsier at personer med autismespekterdiagnoser eller psykiske lidelser ikke burde bli trodd på samme måte hvis man har en normbrytende kjønnsidentitet?

Aud: Det finns ikke noe sånn litteratur som jeg vet om, det gjør det ikke. Det finnes derimot en del litteratur motsatt vei.

[begge ler]

Aud: At når man ser at det er en såkalt overrepresentasjon, da, av transpersoner blant autister for eksempel, så tenker jeg jo at det neste burde være litt sånn motsatt, at hvis man har en samvarians, da, at man både har ADHD og er trans, så tenker jeg at det nesten burde være sånn forsterkende. Ja, men da er det kanskje mer sannsynlig da, fordi det er vanlig, vi vet at det er ganske vanlig. Men det er ikke sånn systemet fungerer per nå, da. Jeg har jo sett det når jeg har jobbet med ... særlig med mennesker med intellektuelle funksjonsnedsettelse, at man ofte ikke blir trodd på. Helt fra sånne basale enkle behov, til mer sammensatte ting. Det finnes mange gode hjelpere der ute, vi skal ikke liksom underslå det, mange folk som virkelig gjør sitt beste, og som bruker masse tid og ressurser på å lære seg hvordan man kommuniserer best og hvordan man tolker best, og vil mye. Men jeg ser at nyansene forsvinner ofte, og at man også blir mer ... man faller lett ned i å tenke stereotypisk, da, som du var litt inne på, når det gjelder mennesker som kanskje ikke er akkurat som en selv, eller som man ikke har så mye erfaring med. For det er jo litt sånn felles for mange mennesker som jeg har jobbet sammen med, som har erfaring med mennesker med funksjonsvariasjoner, at man ser hele mennesket med sammensatte egenskaper.

Og så ser jeg, når man jobber både med kjønn og seksualitet, at man blir ... alle har et slags sånn manus i hodet sitt når man sier et ord. For eksempel hvis man sier: «Sex», så ser man for seg to, gjerne heterofile, relativt unge, såkalt funksjonsfriske mennesker, da, hvite, som har penetrerende sex. Og disse manusene blir på en måte strengere eller sterkere, eller forenklet når man snakker om mennesker med funksjonshemninger, opplever jeg. At hvis man påpeker at det er ikke lett å være en dobbeltminoritet, å være for eksempel ... ha downs syndrom og være homofil, så blir folk nesten overrasket over at man kan ha downs syndrom og være homofil, eller at man kan ha ... ja, en funksjonshemming og være trans. Men jeg tenker, selvfølgelig kan man det. Hvorfor skulle det være annerledes?

Nora: Det kjenner vi veldig igjen, for det ...

Aud: Ja.

Nora: Det kjenner vi veldig igjen fra tidligere undersøkelser også, at veldig mange funksjonshemmede opplever at den seksualiteten... altså, først og fremst at de ikke blir ansett som veldig seksuelle, og ofte nesten litt sånn kjønnsfri også. Men også at den seksualiteten man faktisk har anses som mer avvikende enn det den kanskje er, da, at man opplever det at folk blir veldig overrasket hvis man er skeiv, eller veldig overrasket hvis man forteller om en kjæreste i det hele tatt. Mm.

Aud: Ja. Og sånn skal det jo ikke være.

Nora: Nei. En annen ting som kommer fram i den undersøkelsen her, er at mange transpersoner som også har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom ikke opplever å ha et reelt tilbud om behandling for kjønnsinkongruens på grunn av manglende tilrettelegging. Og ting som går igjen, som vi også har snakket om tidligere i dag, det er opplevelser med å ikke kunne innfri kriterier som stilles for å få behandling, og trekkes blant annet krav om å stå i full jobb eller BMI frem. Og flere sier også at behandlingsforløpet rett og slett er så krevende å stå i dersom man også har andre plager, som fatigue eller smerter. Og fra et sånt helsefaglig ståsted, kan du si litt om hvorfor det stilles en del kriterier dersom man skal gjennomgå et sånt type behandlingsforløp?

Aud: Det er jo vanskelig for meg å svare på, siden vi ikke tilbyr medisinsk behandling, så vi har ikke de samme kravene. Men fordi jeg jobber med utredning, da, ikke sant man samler informasjon til en henvisning, så vil jo RSKI-ene føye seg etter det som er nødvendig for å bli henvist, og for at henvisningen skal bli godtatt, det er viktig. Vi samler opplysningene som er ønsket. Men hvorfor kravene er akkurat som de er, det kan ikke jeg svare så mye på, fordi at det er ikke mitt bord, siden vi ikke tilbyr den type behandling. Men som mangeårig fettaktivist, så synes jeg jo at BMI-kravet er utfordrende å forholde seg til.

Nora: Men hva skjer egentlig hvis man ikke kvalifiserer til å få behandling hos NBTK? Finnes det andre alternativer?

Aud: Ja, det gjør det jo. Noen velger å få behandling privat, gjennom andre aktører. Og så, av de som ikke får behandling, så er det jo noen som velger å vente ... altså, som ikke får behandling i første omgang i hvert

fall, så går det an å vente og prøve på nytt. Eller at man prøve da, å oppnå så god livskvalitet man kan uten behandling. Men det er utfordrende for oss behandlere også, å se de konsekvensene det får når folk blir nektet behandling. Og selv om man som fagperson kan forstå en del av avveiningene, så er jo ikke vi fagfolk heller alltid enige.

Nora: Men Aud, vi skal begynne å runde av. Men de regionale senterne for kjønnsinkongruens, de er jo ganske nye, og kan kanskje tenke litt nytt rundt hvordan man skal følge opp transpersoner. Så hva er det du tar med deg spesielt fra den undersøkelsen her?

Aud: Jeg tar jo med meg at vi har en jobb å gjøre, at vi har en stor jobb å gjøre. Og det visste jeg jo fra før, fordi det gjelder jo ikke bare på transhelsefeltet, men det er jo mange som har negative opplevelser med ... altså, knyttet til helsevesenet. Mange som har veldig gode også, men nå snakker vi om en undersøkelse med et resultat, og jeg tenker at det verste man kan gjøre er å stikke hodet i sanden og si at: «Ja ja, det var sånn.» Men å heller bruke det som et verktøy, da, ikke sant, å se på, hva er det folk er misfornøyde med? Hvordan kan vi prøve og endre det? Og jeg tenker at når man jobber som behandler, så er det viktig å prøve og se hvert enkelt individ, selv om man etter hvert får en viss sånn mønstergjenkjenning og begynner å anta ting, så må man se når det skjer, og prøve og unngå det. Og at istedenfor å tenke: «Oi, dette er noe nytt jeg må lære meg om», og: «Det har jeg ikke tid til», så tenk: «Okei, men det er en ny kompetanse jeg får. Etter å ha hatt én eller fem eller ti klienter med akkurat dette behovet eller dette ønsket, så kan jeg hjelpe de neste enda bedre.» Og så er det ikke rettferdig for de første at man må være litt sånn prøvekaniner for nye måter å kommunisere på, og nye måter og jobbe på, men jeg tror at vi skal klare å få til en forskjell på sikt. Jeg er forsiktig optimistisk på at denne veldig negative bølgen med innstramminger i rettigheter og så videre, på verdensbasis må ta slutt en gang, [ler] og at vi skal liksom kunne se framover.

Og så skulle jeg ønske at folk var flinkere til å lytte til brukerorganisasjonene og til brukerne, til å hente inn tilbakemeldinger på arbeidet sitt. Jeg pleier å spørre på slutten av samtaler, for eksempel: «Hvordan har samtalen vært?» Og i begynnelsen, så er folk kanskje litt redde for å gi litt negative tilbakemeldinger, men det er jo de vi lærer av. Ikke fordi vi elsker å få kjeft, men fordi det er viktig å vite hva som ikke fungerer. [ler] Og jeg tenker at den undersøkelsen bør man bruke i både

stort og smått, da, til å se: «Hvor er forbedringspotensialet?» Og hvis det er ting man ikke kan endre, så bør man argumentere veldig godt for hvorfor kan ikke de endres, sånn at det i alle fall blir forståelig. Og så har jeg lyst å si at det og delta i debatter eller podkaster eller sånn, det synes jeg egentlig at flere behandlere burde gjøre. Fordi det handler ikke om å ha de rette svarene, eller å si de riktige tingene alltid, men det handler litt om at åpenhet bygger tillit, og at vi må noen ganger si at: «Vet du hva, tilbudet er for dårlig.» Det må vi noen ganger være veldig ærlige på. Og så kan vi prøve og skryte av oss selv, og si det vi kan, for alle kan vi noe, alle er vi gode på noe. Men det hjelper ingen hvis vi skal, for eksempel, svare på sånne undersøkelser som det her med at: «Ja ja, men det er jo masse ting som funker», eller: «Vi gjør masse bra.» Ja, det skjer også, men det handler jo om at nå har vi en ganske solid undersøkelse, vil jeg si, da, som viser at det er masse utfordringer som det må tas tak i, og det må vi som jobbe i systemet se i øyene, og si: «Hva skal vi gjøre for å fikse dette? Hvordan kan vi lytte mer for å få svarene på hva som må endres og hvordan vi kan gjøre det?» Og jeg håper jo at det å delta på sånne ting fører mer tillitt, og at kanskje flere tør å gjøre det, da. Det er ikke så farlig.

Ja, noen ganger så sier man ting man ikke er helt ening i ettertid, eller tenker: «Å, her burde jeg ha brukt et annet ord», men det handler litt om intensjonen også, man prøver i hvert fall. Og så blir man også gjort oppmerksom på ... altså, nå har jeg lest den her undersøkelsen, ikke sant, og blitt gjort oppmerksom på masse ting som jeg ikke visste så mye i detalj. Jeg tenker at det skal jeg ta med meg, formidle til kollegaer, ikke sant, gjøre endringer. Det fint å bli utfordret på den måten, jeg tror det er veldig sunt. Det er sykt ubehagelig å bli konfrontert med egne feil og mangler, men det er nødvendig. Og vi er profesjonelle, vi er de som jobber med dette, det må vi tåle, altså. Jeg er veldig lite glad i det uttrykket egentlig: «Det må vi tåle», men det må vi faktisk tåle.

Nora: Og helt til slutt da, hvis du skal oppsummere med topp tre for eksempel, hva er dine ønsker for et fremtidig helsetilbud til transpersoner, både med og uten funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer?

Aud: For meg personlig, så er det jo, én, at det blir mer tilgjengelig, og at det blir mer individualisert. Og punkt tre, så ønsker jeg mer kunnskap og mer respekt i samfunnet som helhet, for både mennesker med funksjonshemninger og ... eller funksjonsnedsettelse og transfolk, fordi

vi ser at det er mye dårlige holdninger der ute, og at det er en stor jobb å gjøre der også. Og så skjønner vi at ikke alle kan være eksperter på alt, men når man ser at det er et behov, så kan man i hvert fall prøve, da, å hente inn de resursene som man trenger.

Nora: Mm. Veldig bra. Vi kommer til å snakke mer om dette her, det fremtidige helsevesenet også i neste episode. Da kommer to nye gjester for å diskutere hva som kjennetegner et godt behandlingsforløp til transpersoner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. Og da må jeg rett si tusen hjertelig takk, Aud, for at du kom og delte din kunnskap og tanker med oss.

Aud: Ja, takk for at jeg fikk komme.

Nora: Ja. [ler] Ja, du kan lese hele rapporten *Trans og funkis* på ungfunk.no.