

- 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 andre av fire episoder i serien *Trans og funkis*, og i denne episoden skal vi snakke om hva som kjennetegner et godt behandlingsforløp til transpersoner med funksjonsnedsettelser og kroniske sykdommer. Mitt navn er Nora Thunem, jeg er helserådgiver i Unge funksjonshemmede og med meg i dag, så har jeg Luca Dalen Espseth, som er kjønnsviter og organisasjonsrådgiver i PKI, altså, Pasientorganisasjonen for Kjønnssinkongruens. Velkommen til deg.
- Luca: Takk, takk, takk.
- Nora: Jeg har også med meg Petter Winther-Brose, som er vernepleier og NACS- autorisert spesialist i sexologisk rådgivning på HKS, altså, Helsestasjon for kjønn og seksualitet. Velkommen til deg.
- Petter: Takk. Hei.
- Nora: Kan ikke dere starte med å fortelle litt hvem dere er, og hvem dere representerer? Kanskje Luca kan starte å fortelle litt om PKI?
- Luca: Ja, PKI, Pasientorganisasjonen for Kjønnssinkongruens er en pasientorganisasjon for personer med kjønnssinkongruens eller egentlig bare for transpersoner i Norge. Vi ble startet opp i 2018, har per dags dato nesten 1 700 medlemmer. Jeg jobber som organisasjonsrådgiver der og har gjort det, ja, ikke i så veldig mange måneder egentlig, men jeg har jo vært transaktivist i ganske mange år. Ja. Vi er en pasientorganisasjon, så vi er nødvendigvis opptatte av helsetilbudet til transfolk, selvfølgelig med hovedfokus på kjønnsbekreftende behandling, men vi jobber også for alle former for liksom helsebringende aktivitet og tiltak for transfolk.
- Nora: Kult. Hva med deg, Petter, kan du fortelle litt om HKS?
- Petter: Ja. Jeg jobber da på Helsestasjon for kjønn og seksualitet, der har jeg jobbet i litt over tre og et halvt år. Vi er et lavterskel helsetilbud for alle som er bosatt i Oslo kommune mellom 0 og 30 år. Vi er jo et gratis sexologisk tilbud, men det vi hovedsakelig jobber med er jo kjønn og identitet. I tillegg, så er vi en av de få plassene i Norge som tilbyr hormonbehandling etter internasjonale og nasjonale retningslinjer og standarder. Så vi har stor pågang, og dessverre er det jo bare tilbud for de

som bor innenfor Oslo kommune, men vi har også en chattetjeneste, som er kanskje den eneste i, egentlig Europa, jeg har nå ikke vært borti noe lignende tilbud før, som er åpen for absolutt alle sammen. Som heter Ichatten.no, som er åpen mandager og torsdager. Der kan man stille spørsmål omkring hovedsakelig kjønn og identitet, men også noe seksualitet. Og de som jobber som chattere hos oss der, de har transkompetanse og/eller sexologisk kompetanse. Så vi holder ikke tilbake kunnskap, i hvert fall. [ler]

Nora: Nei, så bra. Gøy å bli litt bedre kjent med dere begge. Som vi snakket om i forrige episode, så kan behandling for kjønnsinkongruens for eksempel innebære hormonbehandling, hårfjerning, stemmetrening, hjelpemidler eller psykososial oppfølging, eller det kan være kirurgiske inngrep som ansiktskirurgi, genitalkirurgi eller brystkirurgi, og for noen, så innebærer et behandlingsforløp alle disse tingene, og for andre så innebærer det bare deler av det, eller ingen deler av det. Og blant transpersoner, som har funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer, så er det en god del som ikke har fått noen form for behandling for sin kjønnsinkongruens. Og da er jo spørsmålet, hvorfor har man ikke mottatt behandling for kjønnsinkongruens? Og i undersøkelsen vår, så er det et par årsaker som utpeker seg, ved at det er mange som svarer disse tingene her, og det er blant annet at man ikke tror man ville ha fått behandling, og at man ikke ville hatt råd til behandlingen. Det er også ganske mange som sier at de ikke har behov for behandling. Det er mange som forteller at de opplever negative reaksjoner fra familie, sosialt miljø eller fra helsepersonell. Og så er det en del som ikke vet hvor de skal henvende seg.

Og så er det også verdt å nevne at mellom 15 og 18 prosent forteller at de ikke har tilbud om behandling på grunn av sin funksjonsnedsettelse. Så for meg, så virker det som at transpersoner generelt, men også transpersoner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer møter en del barrierer mot å oppsøke helsehjelp for kjønnsinkongruens. Og Luca, er dette her noe dere kjenner igjen fra PKI?

Luca: Ja, er jo det korte og greie svaret på det. Ja. Altså, som ... altså, folk med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer opplever jo barrierer i ... alle steder i samfunnet, men de barrierene blir ekstra tydelige i møte med helsetilbudet som går på dette med kjønnsbekreftende behandling, fordi det i utgangspunktet er et ... altså, i seg selv er et barrierefylt behandlingstilbud, [ler] hvis man kan kalle det det. Altså, det er

vanskelig for alle å få tilgang til kjønnsbekreftende behandling i Norge. Så da blir det på en måte ekstra ille av det, og så er det i tillegg sånn at i har et behandlingstilbud, hvis man ser på det nasjonale tilbudet, da, som er NBTS, altså, Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, eller ... som de insisterer på å hete selv, Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens, selv om de ikke forholder seg til kjønnsinkongruens sånn som diagnosen er beskrevet i ICD-11, men det er en annen sak. De bruker jo en del diagnoser som man kan se på som funksjonsnedsettelse, som eksklusjonskriterier. Altså, at man aktivt nekter enkelte grupper tilgang på kjønnsbekreftende behandling, som jo undersøkelsen deres også viser.

Og da kan man jo for eksempel nevne autismspekterdiagnoser som en ting som gjør det vanskeligere å få behandling. I tillegg så må man jo si at de er jo fullstendig ute av stand til å ta hensyn til behov folk har når det kommer til hvordan en time burde ... en time og et behandlingsforløp burde se ut, da. Før korona, så var det jo ingen som fikk tilbud om videotimer, for eksempel. Mens nå er jo det for så vidt blitt en mulighet, men ... ja, det er bare for å ta noen eksempler, da, på barrierer som finnes der.

Nora: Mm. Men hva kan det egentlig ... eller hva kan det ligge i denne her: «Jeg tror ikke jeg ville ha fått behandling, det er derfor jeg ikke oppsøker hjelp», ja?

Luca: Jeg tenker, der ligger det vel for den gruppen her, tidligere erfaringer av diskriminering. Både i møte med transspesifikk helsehjelp og sannsynligvis helsehjelp og samfunnet som helhet. Og så er det jo sånn at vi er jo et lite miljø, og som deler informasjon med hverandre og erfaringer, og da vil man jo lytte til andre, da, som har en erfaring med at: «Jeg har ikke fått den hjelpen jeg har ønsket meg og som jeg har trengt når jeg har oppsøkt helsehjelp.» Mm, det tenker jeg. Ja.

Nora: Hva tenker du om dette, Petter?

Petter: Nei, først så vil jeg kommentere på at en av de viktigste behandlingstilbudene som ... hvis vi tar innenfor kjønnsinkongruens, som jeg ikke opplevde kanskje at du nevnte, er jo psykososial oppfølging, det er jo den største, det ser vi internasjonalt også. Og den som skal tilbys på lavterskelnivå. Det var bare en kjapp, liten kommentar,

at det er kjempeviktig og den er forankret også i Standards of care, som er jo den internasjonale behandlingsmanualen, at det er det første man skal tilby i møte med personer med kjønnsinkongruens. Og jeg tror at ... dette er jo en sammensatt problemstilling, så jeg tenker først og fremst vi må se på geografi, altså, landet vårt er langstrakt og når vi har ett nasjonalt tilbud, og så har vi for eksempel HKS, da, som er kun et tilbud i hovedstaden, så gjør jo det det utfordrende for transpersoner som for eksempel bor i Troms og Finnmark, og hvis du da lever med funksjonsvarianter som gjør at det er utfordrende i utgangspunktet å reise, eller det å ha for eksempel dårligere økonomi, så er det jo kjempevanskelig å få til et tilbud og man har lett for å bli diskriminert og ikke få tilrettelagt for det helsetilbudet man faktisk har krav på i Norge. Det jobbes jo med å utarbeide dette helsetilbudet, men det går jo trått, og det jobbes egentlig kanskje litt feil retning, men det er en annen podkastepisode. [ler]

Og så tenker jeg det at når man er vokst opp med å være annerledes i en eller annen grad, så er det jo generelt kanskje vanskeligere å bli plassert i en boks, og når behandlingstilbudet som er per dags dato i Norge baserer seg på egentlig ganske gatekeeper-modell, med det at du skal være en standardisert type innenfor tokjønnsmodellen, og du ikke kanskje har den opplevelsen av deg selv, og da igjen ha ... er vant med å være som sagt annerledes, og uttrykker deg annerledes, så blir det vanskelig å gå i den. Og derfor tror jeg de utsagnene med at: «Jeg får ikke hjelp», fordi: «Hvordan kan jeg for eksempel være en transkvinne som sitter i rullestol, når jeg ... det er problematisk nok ifra før av, jeg hater å gå ... eller å ha på meg skjørt, og så skal det bli enda vanskeligere når jeg skal da møte et helsetilbud som skal vurdere meg ut ifra hvordan jeg ser ut, hvordan passer rullestolen min for eksempel inn i dette?» Eller hvis du går på nevromangfold med ADHD og autisme, som kanskje har en annerledes opplevelse og oppfatning av kjønn og identitet generelt, og hvordan det uttrykkes, og som blir ansett som rar i samfunnet, så skal de passes inn i en bås også for å få et helsetilbud. Det tror jeg kommer mye med det. Og så ikke minst med den individuelle kjernefølelsen, da, at det å: «Nå skal jeg lyve for meg selv, for å få nødvendig helsehjelp. Hva er det jeg gjør med meg selv?»

Det tror jeg er en ganske høy terskel for mennesker som jobber daglig for å i det hele tatt bli ansett og behandlet og møtt som voksne individer, for

eksempel. Eller bare et individ i utgangspunktet. Så jeg tror det er veldig sammensatt, akkurat dette, og her er ikke helsetilbudet noe særlig spisset inn og godt nok.

Nora: Men tenker du at det er noen utfordringer dere som helsepersonell møter på, og om det er ressurser eller måten helsevesenet i dag er rigget på, som gjør at det er vanskelig å tilby den hjelpen dere kanskje ser at trengs, da?

Petter: Ja, altså, det jeg tenker hovedsakelig her, eller den første tanken min er jo det med vestlig medisin og vestlig helsetilbud, og da er jo ikke Norge unikt, men generelt Europa og USA som man ser mye til, har jo ekstremt lite holistisk syn og i behandling av mennesker. Og det menes jo da helhetlig tilnærming til et individ, at når du kommer for å få hjelp med for eksempel kjønnsinkongruens, så er det liksom, da er du stemplet med kun kjønnsinkongruens. Et menneske er ikke en tekstbok, du kan ikke lese deg til livet til noen andre mennesker, så når da noen kommer med sammensatte problemstillinger, for å kalle det det, som blir jo det vi tenker på, når vi møter dem som helsepersonell, så blir det veldig overveldende. Og når man er opplært inn i en vestlig, medisinsk forståelse, så baserer den seg veldig på: «Vær forsiktig med hva som overlapper. Okei, er dette autismen som prater, eller er dette kjønnsinkongruens?»

Og da kommer vi jo med denne ekstreme gatekeeping og ovenfra og nedholdningen om at: «Jeg vet bedre enn deg, jeg kjenner livet ditt bedre enn deg, og jeg vet hva som er best for deg», i stedet for å faktisk høre på individet som sier: «Okei, jeg har for eksempel en psykose-problematikk, som er kanskje den mest alvorlige som står i veien for hjelp og behandling av kjønnsinkongruens», og så bli møtt med at: «Jo, men er du sikker på at dette ikke er psykose?» «Nei, psykosene mine handler faktisk ikke om kjønn overhodet, det handler om kanskje en religiøs overbevisning og har, ja, null tilknytning til kjønn, og jeg kjenner det også utenfor mine sykdomsperioder.» Så blir man ofte møtt med at: «Nei, dessverre, du er for syk til at du kan vite noe som er bra for deg, så dette må du få på plass.» Så som dere kanskje skjønner, så er dette ekstremt komplekst, og det er ikke bare én side av hvordan vi møter mennesker. Mm.

Nora: Av de som har fått behandling, enten om det er kirurgisk eller ikke kirurgisk, så er det én av tre som er misfornøyde med oppfølgingen, og

bare én av ti er fornøyde. Flere forklarer også at de er fornøyde med noen tilbud, og så er de veldig misfornøyde med andre tilbud. Blant annet, så trekkes Riksen, da, eller Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens frem som et tilbud man er spesielt misfornøyd med, hvor oppfølgingen blant annet oppleves som respektløs og lite kontinuerlig. Men Helsestasjonen for kjønn og seksualitet, der du jobber, Petter, det trekkes frem som et tilbud mange er veldig fornøyde med. Kan du prøve å forklare litt hvorfor deres tilbud skiller seg fra andre tilbud?

Petter:

Ja, jeg sa det jo egentlig litt i stad, dette med holistisk tankesett i møte med mennesker, helhetlig menneskemøte. Hos oss, og nå kan jeg jo snakke hovedsakelig for meg selv som terapeut, jeg møter mennesker alltid med det at: «Du eier din historie, du kommer til å møte veldig mange mennesker i ditt liv som kommer til å påstå at de kjenner deg bedre enn deg selv, og de vet bedre enn deg hva som er best for ditt liv, og det stemmer ikke. Og det er også en måte jeg kommer til å møte deg på.» I tillegg, så møter jeg jo med en åpen holdning om at: «Hvis du har spesifikke behov for hjelp, så skal jeg klare å få det til i en eller annen grad, men det skal tilpasses ut ifra deg. Så hvis du kommer og sier til meg ...» Hvis jeg tar Luca, da, og sier: «Hei, jeg har behov for hormonbehandling», så er jeg den siste som skal nekte deg hormonbehandling, men det er selvfølgelig en vei å gå dit, og vi skal finne en måte å tilpasse det behandlingstilbudet som passer for deg. I tillegg, så må man ta andre svakheter som vi ser med den nasjonale behandlingstjenesten, er jo det at de har veldig få oppfølgingstimer. Det går veldig lang tid mellom timene de får.

De er åpne også om at de tilbyr ikke psykososial oppfølging, som jeg nevnte innledningsvis også, er en av de viktigste behandlingsformene i møte med transpersoner. De har en ekstremt medisinsk og psykologisk og psykopatologisk tilnærming til kjønnsinkongruens, og baserer seg jo fremdeles på ICD-10-modellen, altså, den internasjonale diagnosemanualen, der kjønnsinkongruens lå innunder psykisk helse, mens ICD-11 er den nyeste, oppdaterte formen, som vi opererer etter, der kjønnsinkongruens er flyttet til kapittel om seksuell helse, og er ansett som ingen sykdom eller lyte, men en del av den naturlige, menneskelige variasjonen som finnes der ute og alltid har funnes. Så det er jo måten vi forstår, på en måte, diagnoser i møte med mennesker, det tror jeg jo kanskje er den største forskjellen. Men det ligger jo også i tilbudet vårt,

vi er lavterskel, da, og lavterskel betyr at det er enklere å oppsøke oss. [ler] Så det er kanskje en av hovedgrunnene til at vi blir ... får mest gode tilbakemeldinger.

Nora: Mm. Dere er mer tilgjengelige og ... mm. Luca, hva tenker du om behandlingstilbudet som gis? Og hva er det egentlig deres medlemmer trekker frem som ting de er særlig fornøyde med og særlig misfornøyde med?

Luca: Ja, altså, sånn som det nasjonale behandlingstilbudet er lagt opp, da, så er det jo som vi har snakket om tidligere her i dag, at det er en portvoktermodell, hvor man har som oppgave, eller helsepersonell anser det som sin oppgave å finne ut om folk er ekte trans eller ikke, og om man skal tilby kjønnsbekreftende behandling, da. Og da er det litt sånn der one size fits all-pakkeløsning på den behandlingen som tilbys, også på Rikshospitalet, hvor det er liksom ... det er hormon, det er kirurgi, og det er liksom hele bøsseballetten og du får eller ikke får basert på utdaterte, stereotype ideer om kjønn, men også utdaterte ideer om hva det vil si å være helsepersonell og hva oppgaven din er. Og de tenker jo nettopp da at man skal overbevise folk om at man er ekte kvinne eller mann, og det fører til lav grad av tillit, lite rom for utforsking, lite rom for å snakke om tvil og usikkerhet og identitet generelt, det skaper en presset eksamensliknende situasjon for transfolk. Og så har ... mener jeg, og det tenker jeg at man må kunne si, at de folkene som jobber der har negative holdninger til transpersoner og det å ikke være kjønnsnormativ. Hvor man ser på det å være en feminin gutt som noe negativt eller dårlig, eller hvor man jo kategorisk nekter alle ikke-binære behandling på grunn av at de er ikke-binære. Hvor man, altså, rett og slett ikke anerkjenner andre kjønnsidentiteter enn 100 prosent mann og 100 prosent kvinne. Ja.

Petter: Jeg tenker også ... bare for å skyte inn der, at nå når faktisk kjønnsinkongruens er lagt inn under kapittel om seksuell helse, så er det for meg så vidt kjent at Rikshospitalet har jo ingen sexologer, så de har jo ikke da fagpersoner som er utdannet innenfor den gruppen mennesker de møter hver eneste dag, og det tror jeg faktisk også er ganske avgjørende. Så det er jo også måten vi jobber på, HKS, det ... igjen denne holistiske måten, men de som er i vårt tverrfaglige team har jo også en annen tilnærming og forståelse av menneskelig mangfold innenfor både det med seksualitet og identitet, men også måter å være i relasjoner på, familier, altså, Bronfenbrenner-modellen som handler om det å forstå de sosiale

sirkelene til et menneske. Vi benytter oss jo mer av det i forståelse i møte med et menneske. Så jeg tenker det er også kanskje litt relevant å nevne inn, at det er viktig med utdanning når man faktisk skal hjelpe en gruppe mennesker, spesielt en minoritet. [ler]

Nora: Mm. Absolutt. Og jeg biter meg litt merke i dette du nevnte tidligere, Luca, med tillit, og tillit til systemet, da, eller til helsevesenet. Og vi har faktisk bedt ... og vært i et møte med Rikshospitalet og presentert resultatene våre for dem, og spurt hva de tenkte om det, og én av de tingene som ble nevnt, er at de er godt kjent med dette her at folk ikke har tillit til dem og vet det, og kommenterte selv, og at de får inn pasienter som er redde, som mangler tillit, som de må bruke lang tid på å bygge en relasjon til. Og da synes jeg at også det er noe som er uforståelig for meg, da, at man ikke gjør noe mer med hvordan man kommuniserer utad for å skape mer tillit, for å gjøre litt skadeforebygging i forkant. Er det noe dere ... ja?

Luca: Ja, det er litt som å høre politiet snakke om at de har lite tillit blant skeive, og så legger man skylden på de som er skeive for at tilliten ikke eksisterer. Dette føler jeg er veldig sånn gaslighting fra Rikshospitalet, det er Rikshospitalet sin skyld at vi ikke har tillit til dem, og det er en konsekvens av deres handlinger. Det er ikke en konsekvens av at transfolk har fortalt hverandre at det er kjipt på Rikshospitalet, det er helt reelle erfaringer vi deler med hverandre. Og når de snakker om at de må bruke lang tid på å bygge opp relasjoner og sånn, så får jeg sånn her ... ja, jeg får sånn intuitiv lyst til å si sånn: «Nei, de bruker lang tid på å prøve å overbevise pasientene sine om at de burde ha tillit, uten at det er noen grunn til å faktisk ha tillit til dem.» De har ikke gjort noen endringer i måten systemet deres fungerer på, eller måten de møter pasientene sine på. De sitter bare ... og dette er det mange som sier til oss, at de sitter og argumenterer for hvorfor den jobben de gjør er god, uten å faktisk gjøre en god jobb eller se på seg selv og endre praksis.

Og da blir jeg sånn, det er ingenting tillitsvekkende med det Rikshospitalet holder på med. Og de er jo en ... [ler] ja, de er en helsetjeneste som nekter å gå i dialog og samarbeid med PKI, som er den største, desidert største pasientorganisasjonen på det feltet her i Norge, og det er fordi de bare ikke liker det vi politisk mener, fordi vi sier fra om at det de gjør er for dårlig og utfordrer dem på jobbene deres. Så jeg tenker at det holder ikke at de sier at: «Vi er kjent med at vi får kritikk og ...»

men det ... de sier jo basically at det er vi som er problemet når vi ikke har tillit til dem, og ikke deres praksis. Og det synes jeg er ... [ler] latterlig. Rett og slett, hvis det ... ja.

Nora: Ja, det var absolutt noe jeg bet meg merke i, at ... jeg synes det er rart å være kjent med at dette er en stor utfordring, men likevel ikke gjøre noe med det, da. Mm. Petter?

Petter: Jeg tenker jo også ... [ler] som helsepersonell selv, så tenker jeg det er en selvfølge at det er vanskelig å bygge en relasjon og en allianse hvis du ikke møter et menneske [ler] mer enn én-to ganger i året, som jeg er ... opplever at er tilfellet på det nasjonale behandlingstilbudet, men også ... nå hopper jeg igjen tilbake til diagnose, da, men hvis du ser inn i ICD-10 og kjønnsinkongruens, det at for eksempel dysfori skal være tilstede som et kriterie for å få diagnosen kjønnsinkongruens, og så går du til ICD-11, der den er revidert, den er ikke debunk-et, men den er fjernet, du trenger ikke å ha noen form for dysfori overfor deg selv eller kroppen din for å oppleve kjønnsinkongruens og ha det. Så er det jo også måten man møter det på også, å be da noen gå hjem og kjenne litt ekstra på det, du skaper jo psykisk uhelse. Og så et kanskje ganske viktig poeng i møte med mennesker innen helse er jo det at når mennesker oppsøker hjelp, så har de allerede tenkt veldig mye på det. Og når de kommer for å få hjelp, så vil de kreve ... [lyd i bakgrunnen] Oi.

Luca: [ler]

Petter: De vil jo kreve mer fag enn det du kan google deg frem til, ikke sant. For det har de ... majoriteten har googlet seg i hjel, det er jo derfor de oppsøker hjelp, fordi at de har tenkt så mye på det. Det er ikke somatisk, altså, mer kroppslig som å ha knekt et bein, det er akutt, du må på sykehuset og få hjelp. Når det kommer til kjønnsinkongruens, så er det noe du lenge har jobbet med, og ikke minst i ventetid til å få komme inn på et tilbud, så har du jo brukt mye tid. Så det å bli møtt med å si: «Jo, men du må bruke enda mer tid», det kan jo virke som et ganske slag i trynet, og i hvert fall ikke tillitsbyggende.

Luca: Mm. Og jeg tenker, det du sier der er veldig viktig, fordi Rikshospitalet bruker veldig aktivt som argument at den formen for portvokting og utredning de holder på med, de sier at den er god og fungerer fordi alle de gir kjønnsbekreftende behandling til trenger kjønnsbekreftende

behandling og er fornøyde med å ha fått den. Altså, den virkelig, virkelig store majoriteten, det er snakk om liksom enkeltpersoner som opplever det annerledes. Og så sier de på en måte at: «Ja, der er årsak og virkningsforholdet at vi har vært strenge i seleksjonen», men det de glemmer, er jo at vi er allerede, [ler] som Petter sier, vi er allerede selektert. Vi har allerede tenkt oss om, alle som oppsøker Rikshospitalet har googlet, de har informasj... altså, de aller, aller fleste vet allerede hva de ønsker seg og hva de trenger i livet sitt. Så den gruppen ... det er liksom sånn, når Rikshospitalet er sånn her: «Å, her har vi ... går vi inn i et rom med 100 personer og så skal vi prøve å plukke ut hvem som er trans», det er ikke så jævlig vanskelig hvis 99 prosent av de som er i rommet er trans, fordi det var bare transpersoner som gikk inn i rommet i utgangspunktet, ikke sant. «Oi, der var det en litt feminin mann, kanskje det er en kvinne?» Altså, de har ingen peiling på kjønn, liksom, på ordentlig.

Og jeg skjønner at det er radikalt å si det, men jeg synes også at det er på tide at man faktisk bare ... litt sånn plumpt kaller en spade for en spade. Den avdelingen der har vært under kraftig kritikk i liksom 20 år og har ikke endret seg eller forbedret seg, og vi må begynne å bare call them ut på hvor dårlig det tilbudet faktisk er, liksom. Fordi de ...

- Nora: Ja, og konkret, hvor svikter det? Hvor ... ja, mm.
- Luca: Ja. Og så ...
- Petter: Unnskyld, men må skyte inn også, det at faktisk Rikshospitalet er akkurat det det er, det er et sykehus. [ler] Og som du sier, Luca, diagnostisering, ja, selvfølgelig, kjønnsinkongruens er jo en diagnose, fordi du må ha en diagnose for å få medisinsk behandling. Ja, men vi må ikke forstå kjønnsinkongruens som en diagnose, altså, en sykdom eller en lyte, og tilbake til da, hvem er det som faktisk jobber på Rikshospitalet? Jo, det er jo leger, sykepleiere og psykologer, og da må vi jo se på fagdiskursen de er lært opp i. De er lært opp til å finne sykdom og behandle den. Så også det å se inn i faget, hvem som faktisk møter disse menneskene, det er mennesker som aktivt går og leter etter sykdom. For en lege ville jo ikke ha en jobb hvis en bare møter friske mennesker. Det samme som med psykolog, ikke sant. Så jeg tror, her må vi ha et lite paradigmeskifte på en eller annen måte, fagmessig også. Og ikke minst, det krever sexologisk kompetanse.

Nora: Mm. Godt poeng. Men det er jo også en del som sier at de ikke har fått behandling, fordi de ikke har behov for det. Og helse og velvære og trivsel, det handler jo om veldig mye mer enn bare det helsetilbudet man får. Men kan ikke du, Luca, si litt om hvordan dere i PKI jobber for å fremme helse og velvære og trivsel blant deres medlemmer? Altså, som ikke handler om helsetilbud.

Luca: Ja. Altså, hvis vi ser ... et helsetilbud kan jo, som Petter sier, være så mangt, da, men hvis vi ser bort fra det som faktisk er liksom kjønnsbekreftende behandling, altså, hvor man går inn og endrer på kroppen, så kan man jo tenke at et helsetilbud kan bestå av alt som er helsefremmende, og trenger heller ikke å være organisert i det man kaller helsevesenet. Så vi har jo et liksom helhetlig syn på helse, i tråd med det for så vidt også Verdens Helseorganisasjon har, nettopp at helse ikke handler om hvorvidt man er syk eller ikke, men også hvorvidt man er lykkelig og glad og har det fint og føler på velvære og nytelse. Og vi tenker at for våre medlemmer, så handler det om å finne trygghet og stolthet i seg selv og egen identitet og egen kropp. Det handler om å være sammen med andre som man deler erfaringer med, det handler om å få lov til å utfolde seg, fysisk og psykisk på måter som kanskje er vanskelige eller lite tilgjengelige for oss, da, i resten av samfunnet.

Og det kan være hva som helst, altså, bare det å møte andre transfolk, det å se folk med fine kjønnsuttrykk, det å lage plakater sammen, det å få lov til å gå en tur med andre transfolk, altså, sånne type ting tenker vi at er veldig helsefremmende. Og så har vi jo sånn helt konkrete tiltak, som verbalt selvforsvarskurs, hvor man liksom lærer seg å svare på dumme spørsmål og kommentarer og nedsettende ting man kanskje hører fra andre rundt omkring i samfunnet, som vi tenker at er sånn helsefremmende. Ja, så vi ... et helhetlig blikk på hva helse er, da.

Nora: Kult. Har du lyst til å si noe om det, Petter?

Petter: Jeg har alltid lyst til å si noe. Nei, altså, sett fra et fagperspektiv også, hvis du går inn i forskning, vi er flokkdyr, en av de mest helsefremmende tiltakene er jo det å føle tilhørighet, det å møte andre mennesker, som jeg pleier å si, litt sånn flåsete, men at: «Alt er unormalt før det blir normalt. Så hvis du er alene på en haug og bare møtes med cis-heteronormative mennesker, så vil du jo også oppleve at du skiller deg så mye ut i en så stor grad at det blir jo veldig ensomt, og du blir jo ekstra rar. Så alt det du

opplever, føler, gjør, blir jo til slutt da rart.» Så det med å introdusere, altså, komme i kontakt med andre som bryter med kjønnsnormer, som bryter med seksualitetsnormer, som bryter med funksjonsnormer, det skaper en tilhørighet som også er empowerment, da, å føle at: «Vet du hva, jeg er rett. Jeg hører til, og jeg har også en plass.» Så det, inne i den resilienstankegangen er det jo kjempeviktig at vi jobber, så det er jo også noe HKS jobber ekstremt mye for med å ha både gruppetilbud i alle aldersgrupper, i alle kjønnsgrupper, vi har treningstilbud med fokus på psykomotorisk bevegelse for å komme i kontakt med kroppen. Vi har gruppetilbud til foreldre. Vi har masse opplæring av helsepersonell inn i skoler, så det å lære andre å se denne helheten også.

Og det PKI gjør, er jo ekstremt viktig i disse sosiale møteplassene, men også bare det å bli fortalt at: «Du er rett. Du har faktisk en plass her.» Det er så utrolig viktig for et individ. Å ikke bare bli eksponert for seg selv og de menneskene som likner på deg selv, gjennom for eksempel pornografi eller hat i media eller via Instagram som blir så utilgjengelig. Det tror jeg er veldig viktig å vise, at vi er faktisk bare mennesker.

Nora: Mm. Ja, enig. Det å ha en arena hvor ... eller, bli fortalt, da, at det er rom for hele deg. Mm. Hvis vi skal gå litt videre til noe annet, så uttrykkes det i denne undersøkelsen her veldig mye frustrasjon over manglende tilbud til de av oss som ikke kan følge ordinære behandlingsforløp. Og veldig mange savner at det finnes tilbud rundt om i landet, mange savner inngangstilbud og lavterskeltilbud rundt om i landet. Og mange savner spesielt denne kompetansen på interseksjonen mellom det å ha en normbrytende kjønnsidentitet og normbrytende funksjonsevne. Og hva tenker dere at må til for at transpersoner generelt, men også da særlig transpersoner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer skal få et godt behandlingstilbud?

Luca: [ler] Ja. Da måtte jo verden sett radikalt annerledes ut, og det tror jeg vi skal tørre å håpe på og se for oss og ... ja. Det ... altså, det må mer kompetanse i helsevesenet på alle former for minoritetsstatus, og ikke minst, altså, det interseksjonelle, eller hvordan de kan sameksistere i enkelte individer. Og så burde man jo lagt opp helsevesenet ganske annerledes. Og jeg tenker at man skulle ha hatt veldig mange flere tilbud som HKS, altså, lavterskel... altså, lett å komme seg til på alle mulige måter tilbud rundt omkring der folk bor, hvor man blir møtt med at det å være trans er en fin og bra ting, og hvor man får et behandlingstilbud og

et behandlingsforløp som er tilpasset alle dine behov og ønsker for det. Og så tenker jeg at man burde i større grad, og det er jo selvfølgelig fordi jeg jobber jo i en pasientorganisasjon, men jeg synes at man burde forstå at sosiale møteplasser og det arbeidet organisasjoner gjør, er ekstrem... er en viktig del av helsetilbudet, faktisk. Så vi burde fått mye mer penger til å drive med likepersonsbaserte tilbud til målgruppen vår, hvor vi kan møtes og bli trygge og bygge stolthet og mestring i hverdagen og så videre. Og så tror jeg at man også kan tenke at enkelte deler av helsevesenet kanskje skal ha en spesiell kompetanse på enkelte diagnoser, hvis man kan kalle det det, da. Jeg tenker for eksempel at i ... blant transfolk, så ser man at det er en høy prevalens av folk som er på autismespekteret, for eksempel. Da tenker jeg at man burde kunne forvente at der finnes det en spesialkompetanse i deler av helsetjenesten, i hvert fall.

Nora: Mm, absolutt.

Petter: For å snakke frem litt jobben min igjen, da, men der er det jo det jeg kanskje føler er litt suksessfaktor med HKS, det tverrfaglige teamet vi består av. Det at vi ... nesten alle som jobber på HKS er sexologer og NACS-autoriserte, det ivaretar jo den sexologiske kompetansen, men grunnutdannelsen vår, som for eksempel jeg er jo vernepleier, jeg har jo spisskompetanse på funksjonsvarianter, og har jo jobbet masse med både fysiske, men også kognitive og psykiske funksjonsnedsettelse, og da med ADHD og autisme i kombinasjon, så det har mye med bakgrunnen til de menneskene som møter denne gruppen også, fordi jeg kan se på min egen kompetanse med at jeg har møtt mennesker med kombinasjoner av diagnoser, for å kalle det det, veldig medisinsk, så er jeg jo også opptrent i å klare å se forskjeller, men også å møte alt med det mennesket, selv om det bryter med samfunnets krav og forventninger og normer, ikke minst. Jeg stiller meg jo veldig bak det Luca sier, og er jo veldig enig, men for å ha et fremtidsperspektiv, så må vi jo også forstå fortid og historie. Jeg blir veldig fagperson på dette, da, men jeg preker veldig mye om dette med historie og generasjonstraumer.

Altså, hvorfor har vi kommet på det punktet der vi er nå i dagens samfunn med å ha så mye forskjellige forestillinger om personer som bryter med både kjønnsnormer, men også funksjonsnormer? Og jeg skal sitere en veldig kjent internasjonal kunstner, Olafur Eliasson, som har blitt spurt en gang om hva er forskjellen på god og dårlig kunst, så svarer

han at: «God kunst er kun god kunst med sin relasjon til dens kontekst, og dens kontekst er sin historie.» Og det gjelder egentlig også inn i dette, å forstå hvor er det transhat kommer fra, hvor er det homohat kommer fra, hvor kommer den forståelsen om at for eksempel kognitive funksjonsnedsettelse, de er evige barn, de har ikke en seksualitet. Vi må jo forstå det for å kunne skape en endring og se fremover. Så å jobbe mot de traumene som vi nedarver til de andre generasjonene, og ikke minst det som står forankret inn i fag, jeg kan jo bare tenke tilbake til min utdanning også, hva vi blir opplært til. Om at det sitter en person på toalettet som har en dyp utviklingshemming og tar seg på tissen, så må vi unngå det, for det er ikke bra, for det bryter med god helse eller hygieneprinsipp, da.

Og så er det kanskje den eneste gangen [ler] den personen i løpet av en dag får lov til å ta på sin egen kropp, ikke sant. Så det er jo hva vi opplæres til, igjen den der faglige diskursen. Så for å få et litt bedre fremtid, som Luca nevner, så må vi også forstå, hva er det vi faktisk feiler på.

Nora: Ja. Veldig godt poeng.

Luca: Og da vil jeg bare, nok en gang, liksom fremheve at, altså, denne her ideen om at oppgaven til transfolk er å overbevise helsepersonell om at vi er det kjønn vi er, det er både ... altså, det er både dypt problematisk, men det er også veldig, rett og slett, ableist, da, fordi det fordrer at personen som sitter foran deg er veldig normativ i sitt kjønnsuttrykk, i sine relasjoner til andre mennesker og også har en veldig normativ måte å rent språklig presentere og forsvare og forklare sin egen kjønnsidentitet, som bare ikke tar høyde for variasjoner i hvordan man kommuniserer, hvordan man forstår og tenker rundt egen identitet, og, ja, alle sånne type ting, da. Som jeg virkelig bare skulle ønske at hvis man la fra seg denne ideen om at transfolks oppgave i møte med helsevesenet er å overbevise dem, så tror jeg vi kunne kommet ganske langt på en del områder. Eller, da kunne vi kommet ganske langt.

Nora: Mm. Vi skal fortsette denne tråden her videre, vi, i neste episode. Da kommer det to nye gjester. Og vi skal snakke videre om det å tilhøre flere minoriteter. Men først så må jeg få lov å si tusen, tusen hjertelig takk for at dere kom, Luca og Petter, det har vært veldig interessant å prate med dere. Og takk for at dere delte deres perspektiver og erfaringer og tanker.

Luca: Takk for det.

Petter: Tusen takk.

Nora: Du kan lese hele rapporten *Trans og funksis* på ungfunk.no