



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Transpersoners opplevelser i møte med
helsetjenester/**

**Experiences of transgender persons in contact with
health services**

Karianne Dyrli og Therese Visnes

Totalt antall sider inkludert forside: 60

Molde, 29.05.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 25.05.18

Antall ord: 10286

*Kort sagt, Protagoras kan ha ment at vinden både er kald og varm,
men at én person bare kan oppfatte en egenskap om gangen,
nemlig den egenskap som vinden synes å ha.
En ting er for et menneske slik tingen synes for et menneske.*

(Arne Næss 2001, sitert i Almås og Benestad 2017,61)

Sammendrag

Bakgrunn: Tokjønnsmodellen blir i dagens samfunn utfordret, ved at et økende antall mennesker definerer seg utenfor denne modellen og at biologien blir kjent som mer mangfoldig. Begrepet transperson brukes som et paraplybegrep som omfatter personer som opplever kjønnsinkongruens. Kjønnsinkongruens er et begrep som beskriver at personer opplever at tillagt kjønn ved fødsel ikke stemmer overens med opplevd kjønnsstilhorighet.

Hensikt: Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse transpersoners opplevelser i møte med helsetjenester.

Metode: Litteraturstudie gjennom systematiske søk. Studien er basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Transpersoner erfarer at helsepersonell ofte har lite kompetanse innenfor kjønnsidentitetstematikk. De opplever selv å måtte inneha kunnskap om sin helsesituasjon og kunnskap om behandling. De opplever også ofte overtramp som gjør at de føler seg blottlagt. Transpersoner beskriver også at de ofte opplever at helsepersonellens kroppsspråk uttrykker stigma, stereotype oppfatninger og egen usikkerhet. De opplever at helsepersonellet sitter med makten, og nøkkelen til et bedre liv. Dette fører ofte til at denne pasientgruppen også opplever avmakt.

Konklusjon:

Vår studie viser at helsepersonell trenger god kunnskap og kompetanse for å ivareta denne pasientgruppen. Vi tenker at kunnskap er nødvendig for å styrke prinsippet om forsvarlighet, pasientenes rettigheter etter loven, samt at det vil bidra til å redusere diskriminering og stigma. Kunnskap og kompetanse blant helsepersonell kan bidra til rettferdig behandling og lik tilgang til helsetjenester, samt å øke forutsetningene for god helse for denne pasientgruppen.

Nøkkelord: Transperson, helsepersonell, erfaringer, kjønnsidentitet

Abstract

Background: The two- gender model is challenged in today's society, as an increasing number of people define themselves outside this model and that the biology becomes known as more diverse. The term transgender is used as an umbrella term that includes people who experience gender incongruence. Gender incongruence is a term describing that people feel that sex given at birth do not match the perceived gender attachment.

Aim: The aim of our literature study was to illuminate the experiences of transgender persons in contact with health services.

Method: Literature study based on systematic searches. The study is based on 10 qualitative research articles.

Results: Transgender persons experience lack of knowledge among health care professionals. They experience having to get information and knowledge themselves, of what concerns their health situation and treatments. They also experience violations as exposure in both physical and mental nature. Transgender persons also describe experiences were the body language and verbal statements of health care professionals, is expressing stigma, stereotypical perceptions and uncertainty. This patient group finds that the health care professionals are in power, and that they hold the key to a better life. This often causes this patient group to experience powerlessness.

Conclusion: Our study shows that health care professionals need good knowledge and expertise to take care of this patient group. We think that knowledge is necessary to strengthen the principle of soundness, the rights of patients according to the law, and that it will help to reduce discrimination and stigma. Knowledge and competence among healthcare professionals can contribute to fair treatment and equal access to healthcare, as well as to increase the conditions for good health for this patient group.

Keywords: transgender, health care professionals, experience, gender identity

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og problemstilling	2
2.0	Teoribakgrunn.....	3
2.1	Transpersoner og kjønnsstilhørighet	3
2.2	Diagnoser og juridisk kjønn	4
3.0	Metode	5
3.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier	5
3.2	PIO- skjema	6
3.3	Søkestrategi	6
3.4	Kvalitetsvurdering	8
3.5	Etiske hensyn	9
3.6	Analyse	9
4.0	Resultat.....	12
4.1	Opplevelse av overtramp	12
4.1.1	Å føle seg blottlagt	12
4.1.2	Å måtte bevise sin kjønnsidentitet	13
4.2	Kunnskap og ansvar ligger hos pasienten.....	14
4.2.1	Pasienten må selv inneha kunnskap og selv lede prosessen.....	15
4.2.2	Pasienten driver opplæring av helsepersonell	15
4.3	Holdninger og kommunikasjon	16
4.3.1	Transpersoners opplevelse av helsepersonellets holdninger gjennom kommunikasjon	17
4.3.2	Å føle avmakt	18
5.0	Diskusjon.....	20
5.1	Metodediskusjon.....	20
5.1.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	20
5.1.2	Søkestrategi	20
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	21
5.1.4	Analyse.....	22
5.2	Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1	Manglende kompetanse fører til krenkelse av pasienten	23
5.2.2	Skjevfordeling av kunnskap og ansvar.....	25

5.2.3	Transpersoners erfaringer kan få innvirkning på deres helse.....	27
6.0	Konklusjon	30
6.1	Konsekvenser for praksis.....	30
6.2	Forslag til videre forskning.....	30
Referanseliste		32

Vedlegg 1: PIO- skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg 3: Manuelt søk

Vedlegg 4: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Regjeringen har utarbeidet en handlingsplan for å redusere diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Tiltak er rettet mot ulike deler av offentlige tjenester, blant annet helse- og omsorgssektoren. Her er det oppført at det skal jobbes for å heve kunnskap og kompetanse i helsevesenet. Arbeidet med å øke kunnskap og kompetanse vil inngå i prosessen mot å nå målene, som er å oppnå likeverdige helse- og omsorgstjenester på tvers av kjønnsidentitet og seksuelle orientering, samt å oppnå god kompetanse og sensitivitet om LHBTI (lesbiske, homofile, bifile, trans- og intersex-personer)- temaer i sektoren. Det kommer også frem av handlingsplanen at tiltakenes hensikt er å redusere helseforskjellene mellom LHBTI-personer og den øvrige befolkningen (Barne- og likestillingsdepartementet 2016).

En svensk statistisk undersøkelse som undersøkte helsetilstanden blant transpersoner i Sverige, viser til at de skårer høyt på selvmordsrisiko. 36% av respondentene oppga at de hadde overveid å ta sitt eget liv i løpet av de siste 12 månedene. Om lag en tredjedel oppga at de en gang hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Over halvparten av respondentene oppga at deres arbeidsforhold eller hverdag ble begrenset i noen grad av psykisk eller fysisk sykdom (Folkhälsomyndigheten 2015). Transpersoner har altså egne helserelaterte risikofaktorer, som helsevesenet må ha kunnskap om for å kunne gi god helsehjelp til denne pasientgruppen.

Det er lite tilgjengelig statistikk over antall personer med kjønnsidentitetstematikk i Norge. I rapporten «Alskens folk», henvises det til nederlandsk forskning av Kuyper (2012) som viser at 5% av den nederlandske befolkningen opplever usikkerhet rundt sin kjønnsidentitet (Van Der Ros 2013). Om disse tallene sammenlignes med Norges befolkning, tilsvarer dette 236393 personer (Statistisk sentralbyrå 2018). I den samme studien oppgis det at antallet personer som ønsker hormonbehandling og/eller kirurgi er betydelig lavere, 0,2% av kvinner og 0,6 % av menn i befolkningen. I Norge tilsvarer dette 4737 kvinner, og 14156 menn (Statistisk sentralbyrå 2018).

I sykepleieutdanningen har ikke denne tematikken inngått i undervisning, og i svært liten grad inngått i pensumlitteraturen. Fra skoleåret 2019/2020 trer en ny forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger i kraft, der er det presisert at læringsutbytte skal inkludere kompetanse som sikrer likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet, blant

annet uavhengig av kjønn, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Kunnskapsdepartementet 2017).

Denne litteraturstudien kan bidra til å øke kompetansen blant sykepleiere og annet helsepersonell.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse transpersoners opplevelser i møte med helsetjenester. Vår problemstilling ble i løpet av prosessen formulert som følger:
Hvordan opplever transpersoner at deres kjønnsidentitet blir ivaretatt i møte med helsepersonell?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Transpersoner og kjønnsstilling

Biologisk kjønn har siden begynnelsen av 1800- tallet vært todelt, med alternativene mann eller kvinne. Denne inndelingen blir i dagens samfunn utfordret, ved at et økende antall mennesker definerer seg utenfor denne modellen og at biologien blir kjent som mer mangfoldig. De siste 20 årene har kjønn og forståelse av kjønn endret seg mye. Det finnes mye ny forskning på kjønn og hjerne, og dette bidrar til kunnskap om kjønnsvariasjoner mellom kjønnsmajoritetene. Dette har allikevel ikke påvirket alminnelig oppfatning av hva kjønn er. Det finnes stor motstand mot å beskrive inkongruensfenomener som psykiatriske lidelser, og dette begynner å nå folk flest, og til en viss grad politiske og lovgivende myndigheter (Almås og Benestad 2017).

Begrepet transperson brukes som et paraplybegrep som omfatter personer som opplever kjønnsinkongruens. *Trans* betyr tvers over, på den andre siden eller gjennom. Kjønnsinkongruens er et begrep som beskriver at personer opplever at tillagt kjønn ved fødsel ikke stemmer overens med opplevd kjønnsstilling. Opplevelsen av ubehag og psykisk smerte relatert til kjønnsinkongruens, er kjent som kjønnsdysfori (Almås og Benestad 2017).

Transpersoner kan identifisere seg som et annet kjønn enn deres biologiske, mann- til- kvinne eller kvinne- til- mann. Noen transpersoner føler ikke at de passer i et todelt kjønnssystem, men heller som et tredje kjønn, eller at de ikke definerer seg i en kjønnskategori overhodet (Barne-, ungdom-, og familiedirektoratet 2017).

En transidentitet handler om personens opplevde kjønnsstilling og kjønnsuttrykk. Det sier derimot ikke noe om personens seksuelle legning (Barne-, ungdom-, og familiedirektoratet 2017). En transidentitet vil være en del av et menneskes identitet. Solvoll (2015) beskriver menneskers identitet som:

Den oppmerksomheten et menneske har av å være seg selv slik den vokser fram gjennom å legge merke til og å vurdere seg selv. Identitet er summen av alt som representerer en selv i en samlet helhet (Solvoll 2015, 16).

Mennesket samler altså kunnskap, tanker og erfaringer til en samlet kunnskap om seg selv, sin identitet (Solvoll 2015).

I Norge i dag lever mange personer med et annet kjønnsuttrykk og som identifiserer seg med et annet kjønn enn tillagt ved fødsel, også uten være gitt diagnosen transseksualisme. Noen av disse ønsker en framtidig utredning og en diagnose for å få kjønnsbekreftende behandling, andre har ikke oppnådd kriteriene for diagnose, mens enkelte ikke ønsker behandling eller diagnose (Van Der Ros 2013). Andre transpersoner veksler mellom kjønnsuttrykkene, og begrepet som ofte blir brukt for å beskrive denne variasjonen er transvestisme (Barne-, ungdom-, og familiedirektoratet 2015).

2.2 Diagnoser og juridisk kjønn

Før lovendringen i 2016 av lov om endring av juridisk kjønn, var vilkårene for å skifte juridisk kjønn, at man utførte kjønnsbekreftende behandling som innebar sterilisering og medisinsk behandling. Det forutsettes i dag ingen diagnose eller behandling for å endre juridisk kjønn (Oslo Universitetssykehus 2018, Lov om endring av juridisk kjønn 2016). ICD er et diagnosesystem som er utarbeidet av World Health Organization (WHO). Dette diagnosesystemet omfatter alle sykdommer og tilstander, også de som ikke inngår i mentale diagnoser. ICD er det systemet som er påbudt brukt i Norge, og den norske utgaven av ICD er ICD- 10. Det forutsetter diagnosen transseksualisme F 64.0 for å kunne gjennomgå kjønnsbekreftende behandling. I Norge i dag er transseksualisme kategorisert som en psykiatrisk diagnose, selv om det etter hvert har blitt stor enighet i det internasjonale fagmiljøet om at kjønnsidentitet er påviselig i hjernens strukturer, altså at fenomenet kan beskrives nevrobiologisk (Almås og Benestad 2017).

I løpet av 2017 ble 527 pasienter i Norge henvist til Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS), av disse var 153 pasienter under 18 år. 88 av disse pasientene ble henvist fra regionen Helse Midt-Norge. Det ble utført 2926 polikliniske konsultasjoner hos den samlede utredningstjenesten samme år. 91 pasienter fikk i 2017 diagnosen F64.0 transseksualisme, og fikk endokrinologisk voksenbehandling i løpet av samme år. I tillegg fikk ca. 40 pasienter, som ble gitt diagnosen før de fylte 18 år, endokrinologisk behandling i 2017. Disse var i hovedsak henvist i 2016 og tidligere. Det ble utført totalt 115 plastiske operasjoner, relatert til kjønnsbekreftende behandling ved Universitetssykehuset i Oslo (Oslo Universitetssykehus 2017).

3.0 Metode

Å gjøre en litteraturstudie med systematiske søk går ut på å besvare et tydelig formulert spørsmål gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2008). Gjennom datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske overveielser og analyse skal metoden komme tydelig frem slik at undersøkelsen skal kunne gjentas av andre. For å spesifisere datasøket vårt, samt for å finne aktuelle og relevante artikler satte vi opp en liste med inklusjons- og eksklusjonskriterier (Eines et.al 2018).

3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjon:

- Transpersoner over 18 år
- Pasientperspektiv
- Kvalitative artikler
- Artikler utgitt fra 2013 til 2018
- Språk engelsk, norsk, svensk og dansk.
- Fagfellevurderte artikler

Eksklusjon:

- Sykepleieperspektiv
- Kvantitative artikler
- Artikler eldre enn 5 år

Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da vår studie har til hensikt å belyse pasienterfaringer i møte med helsetjenester, har vi tatt utgangspunkt i pasientperspektiv. Vi fokuserte også på transpersoner over 18 år, til tross for at dette ikke kommer direkte frem i søkene våre. Dette fordi vi ikke ønsket å utelukke artikler som kunne inneholde transpersoner som både var over og under 18 år, der vi kunne ha mulighet for å trekke ut funnene som omhandlet transpersoner over 18 år.

Kvalitativ forskning er det forskningsdesignet som best beskriver erfaringer. En forutsetning for at en litteraturstudie kan ha overførbarhet og relevans for praksis, er at den er basert på nyere forskning (Forsberg og Wengström 2008), og derfor inkluderte vi artikler utgitt i løpet av de siste fem årene.

3.2 PIO- skjema

For å strukturere søkene våre på en hensiktsmessig måte startet vi først med å sette opp et PICO-skjema. PICO er en forkortelse for Population, Intervention, Comparison og Outcome. Ved hjelp av et PICO-skjema deles spørsmålet man ønsker å undersøke, opp i ulike elementer, som igjen vil presisere søket og lettere dekke informasjonsbehovet man har for studien (Nortvedt et.al 2012). Da vi ikke ønsket å sammenligne noe har vi valgt å utelukke Comparison, og derfor tatt utgangspunkt i et PIO- skjema (vedlegg 1).

PIO-skjemaet ble et viktig hjelpemiddel for oss da vi søkte i databasene. Vi satte inn aktuelle søkeord utfra litteraturstudiens hensikt innenfor elementene (P)opulation, (I)ntervention og (O)utcome. Da vi var ute etter forskning som omhandler mennesker med kjønnsidentitetstematikk ble «transperson» eller «transgender» valgt som søkeord i kolonnen P(population) i PIO-skjemaet. På I(intervention) satte vi inn ord som «health» og «health care», som beskriver intervensjonen eller konteksten vi ønsker å innhente kunnskap om. Vårt siste element som vi ønsket å konkretisere var «erfaringer» eller «experience», det ble derfor valgt som søkeord innenfor O(outcome) (vedlegg 1).

Ved bruk av «OR» mellom hvert ord av samme betydning og i samme kolonne utvider man søket. Vi benyttet kun et søkeord i hver kolonne, derfor brukte vi kun «or» i databasens funksjon for valg av emneord. Mellom hver kolonne i PIO-skjema brukte vi «AND». «AND» blir brukt som en funksjon for å avgrense søket, da søket blir spisset mot to eller flere elementer som materialet må inneholde (Nortvedt et.al 2012).

3.3 Søkestrategi

Vi startet den 22.02.2018, med å gjennomføre et systematisk søk i databasen Ovid Medline. Da benyttet vi søkeordene «transgender*», «health*» og «experienc*», fra vårt PIO- skjema (vedlegg 1). Trunkering (*) ble også brukt i våre søkeord for å utvide søket. Trunkering blir brukt etter stammen av ordet, og søket vil da få med alle varianter av ordet. I vårt eksempel brukte vi blant annet trunkering i slutten av «experienc*» her utvider vi søket og får med varianter av ordet som «experienc*ing» og «experienc*es» og «experienc*ed» (Nortvedt et.al 2012).

Ved bruk av søkeordet «transgender*» kom emneord som «TRANSGENDER PERSONS» opp, som vi valgte å inkludere. Store databaser bruker standardiserte emneord som en funksjon til å foreslå synonymer, ulike stavemåter og entalls-/flertallsendelser i søkene. I Ovid Medline kalles emneordene MeSH, og er en forkortelse for Medical subject headings (Nortvedt et.al 2012). MeSH-termene «Health» og «Quality of Healthcare» ble lagt til på søkeordet «health*». Det ble lagt til begrensninger på språk til norsk, engelsk, svensk og dansk, samt utgivelsesår fra 2013 til dagens dato (current). Søket resulterte i 178 treff. Vi leste sammendrag fra 53 av artiklene. 20 av disse artiklene ble senere lest i sin helhet, hvorav 18 artikler ble ekskludert grunnet kvantitativt forskningsdesign og feil perspektiv i forhold til vår hensikt, 2 (Lindroth 2016, Vogelsang et.al 2016) av artiklene ble inkludert i litteraturstudien (vedlegg 2).

På samme dag, 22.02.2018, gjorde vi også søk i Proquest. Her ble søkeordene «transgender*», «health*care*», «experience*» og «qualitative» benyttet. Også i dette søket ble språk og utgivelsesår begrenset til norsk, engelsk, svensk og dansk, og utgivelsesår fra 2013 til dagens dato (current). Dette søket ga oss 367 treff. Av disse ble 47 sammendrag lest og 23 av artiklene ble lest i sin helhet. 21 av artiklene ble forkastet, og vi sto igjen med 2 (Westerbotn et.al 2017, Chisolm-Straker et.al 2017) inkluderte artikler (vedlegg 2).

Vi hadde nå gjort søk i to ulike databaser, og hadde til sammen inkludert 4 artikler. For å sikre oss at våre søk var gjort på en god og strukturert måte, bestilte vi veiledningstime hos bibliotekar den 26.02.18. Vi gjorde da de samme søkene på nytt for å vise til hva vi hadde gjort, og for å eventuelt få råd og tips om hvordan vi videre kunne gjøre det. Vi prøvde også under veiledningstimen å legge til flere ord i søket, men dette så vi raskt ga oss irrelevante treff og valgte derfor å gå tilbake til våre opprinnelige søk.

Vi fortsatte å lese sammendrag fra våre opprinnelige søk, 7 av disse artiklene ble lest i sin helhet og av disse ble 3 (Linander et.al 2016, Poteat, German og Kerrigan 2013, Rossman, Salamanca og Macapagal 2017) artikler inkludert fra søket gjort i Ovid Medline (vedlegg 2).

Etter å ha lest og gjort kvalitetsvurdering av artiklene vi anså aktuelle fra disse to søkene, gjorde vi ett nytt søk i Ovid Medline. I dette søket benyttet vi søkeordene «transgender*» inkludert MeSH-term «TRANSGENDER PERSONS», kombinert med «health*care*» og «experienc*», samt de samme begrensningene til språk og utgivelsesår. Dette resulterte i 106 treff. Av 106 artikler ble 7 artikler lest, som førte til 2 (Rocon et.al 2016, Kosenko et.al 2013) inkluderte artikler (vedlegg 2).

Da vi leste igjennom og kvalitetsvurderte artiklene, så vi gjentatte ganger at det var blitt referert til andre studier i artiklene. Vi bestemte oss derfor å gjøre et manuelt søk etter

artikler ved å se i referanselistene. I Forsberg og Wengström (2008) beskrives ulike metoder å gjøre manuell søking. En av metodene er å se i referanselisten til en artikkel som svarer til problemstillingen, og ut fra den finne andre relevante artikler. Ut fra denne metoden fant vi den siste inkluderte artikkelen i vår studie (Dewey 2008). Denne artikkelen ble referert til i artikkelen Navigating the system: How Transgender Individuals Engage in Health Care Services (Roller, Sedlak og Draucker 2015) (vedlegg 3).

Alle inkluderte artikler i vår litteraturstudie er skrevet på engelsk. 4 av artiklene er fra Sverige (Westerbotn et.al 2017, Lindroth 2016, Vogelsang et.al 2016 og Linander et.al 2016), 5 fra USA (Chisolm-Straker et.al 2017, Poteat, German og Kerrigan 2013, Dewey 2008, Kosenko et.al 2013 og Rossmann, Salamanca og Macapagal 2017) og 1 fra Brasil (Rocon et.al 2016). Alle artiklene er utgitt de siste fem årene, unntatt én artikkel som ble utgitt i 2008 (Dewey 2008) (vedlegg 4).

3.4 Kvalitetsvurdering

Artiklenes kvalitet og relevans for vår litteraturstudie ble vurdert ved å bruke sjekkliste for kvalitativ metode (Nortvedt et.al 2012). Først undersøkte vi om våre aktuelle artikler var fagfellevurdert. Dette gjorde vi ved å søke opp tidsskriftene artiklene var publisert av, i publiseringskanalen for Norsk Senter for forskningsdata (NSD 2018). Sjekklistene er utarbeidet som et hjelpemiddel for at den kritiske vurderingen av artiklene skal bli enklere. Sjekklistene inneholder kontrollspørsmål som har til hensikt å finne ut om man kan stole på resultatene i studien, hva resultatene forteller oss, og om resultatene har relevans for egen praksis (Nortvedt et.al 2012). Spørsmålene ble besvart med Ja eller nei. På spørsmålene som rettes mot om resultatene er til å stole på, vektla vi at studiens gjennomføring var godt beskrevet og om forfatteren hadde gjort rede for valg av deltakere. Dette for å sikre at utvalget av deltakere samsvarte med vår valgte pasientgruppe. Ved vurdering av hva resultatene forteller oss, la vi vekt på om studiens resultat kom klart fram og om datainnsamlingen var tilstrekkelig til å kunne besvare studien hensikt. Til slutt vurderte vi om studien i sin helhet hadde relevans for vår oppgave og om den hadde overføringsverdi i henhold til egen praksis.

Ved å benytte oss av sjekklisten så vi at mange artikler ble vurdert til å omfatte for stor grad av deltakere som ikke inngikk i vår målgruppe. Noen av artiklene inneholdt både pasientperspektiv, pårørendeperspektiv, samt helsepersonellens perspektiv, der vi vurderte at pasientperspektivet var representert i for liten grad til at vi kunne trekke ut relevante funn. Flere av artiklene hadde kvantitativt forskningsdesign, og ble derfor utelukket, da disse ikke

beskriver deltakernes erfaringer i dybden. 10 artikler oppfylte kriteriene vi vektla under hvert kontrollspørsmål i sjekklisten, og disse ble vurdert til å være av god kvalitet.

3.5 Etiske hensyn

Når en skal gjøre en undersøkelse av andre mennesker innebærer dette som regel å bryte inn i enkeltindividers privatliv. For å unngå å påføre deltakere skade eller krenkelse må etiske hensyn ivaretas. Det opereres med tre grunnleggende krav som bør være tilfredsstillt: krav om informert samtykke, krav til privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2015).

Vi har i vår litteraturstudie inkludert 10 forskningsartikler, der 9 er etisk godkjent og oppfyller kravene om etiske overveielser. I en av artiklene (Vogelsang et.al 2016) blir det beskrevet at det ikke var påkrevd godkjenning fra regional etisk komite, men for å beskytte deltakerne ble etiske retningslinjene fra «Declaration of Helsinki» fulgt. Dette innebar informasjon til deltakerne om mulighet for å trekke seg når som helst underveis, og at innsamlet data ble konfidensielt behandlet (vedlegg 4).

Vi formulerte vår hensikt slik at vi i størst mulig grad skulle unngå å påvirke søkeresultatene. Søkeordene ble valgt utfra hensikten til vår litteraturstudie, og ble ikke rettet direkte mot funn som omhandlet stigma eller diskriminering. I utgangspunktet hadde vi inntrykk av at valgte pasientgruppe opplever stigma i sin hverdag, dette basert på leste nasjonale rapporter og annen relevant teori. Vi har forsøkt å være oss bevisst vårt ståsted ved å benytte en nøytral formulering i søkeord, ved bruk av ordet «experience». Vi har så langt det har vært mulig, fokusert på å inkludere artikler som ikke utelukkende har til hensikt å undersøke pasientgruppens negative erfaringer i møte med helsepersonell.

3.6 Analyse

Evans (2002) beskriver fire faser for gjennomføring av dataanalyse. Vi har brukt denne metoden for vår dataanalyse. Disse fire fasene består av:

1. Datainnsamling
2. Identifisering av hovedfunn i artiklene
3. Identifisering av kategorier på tvers av studiene
4. Beskrivelse av fenomenet

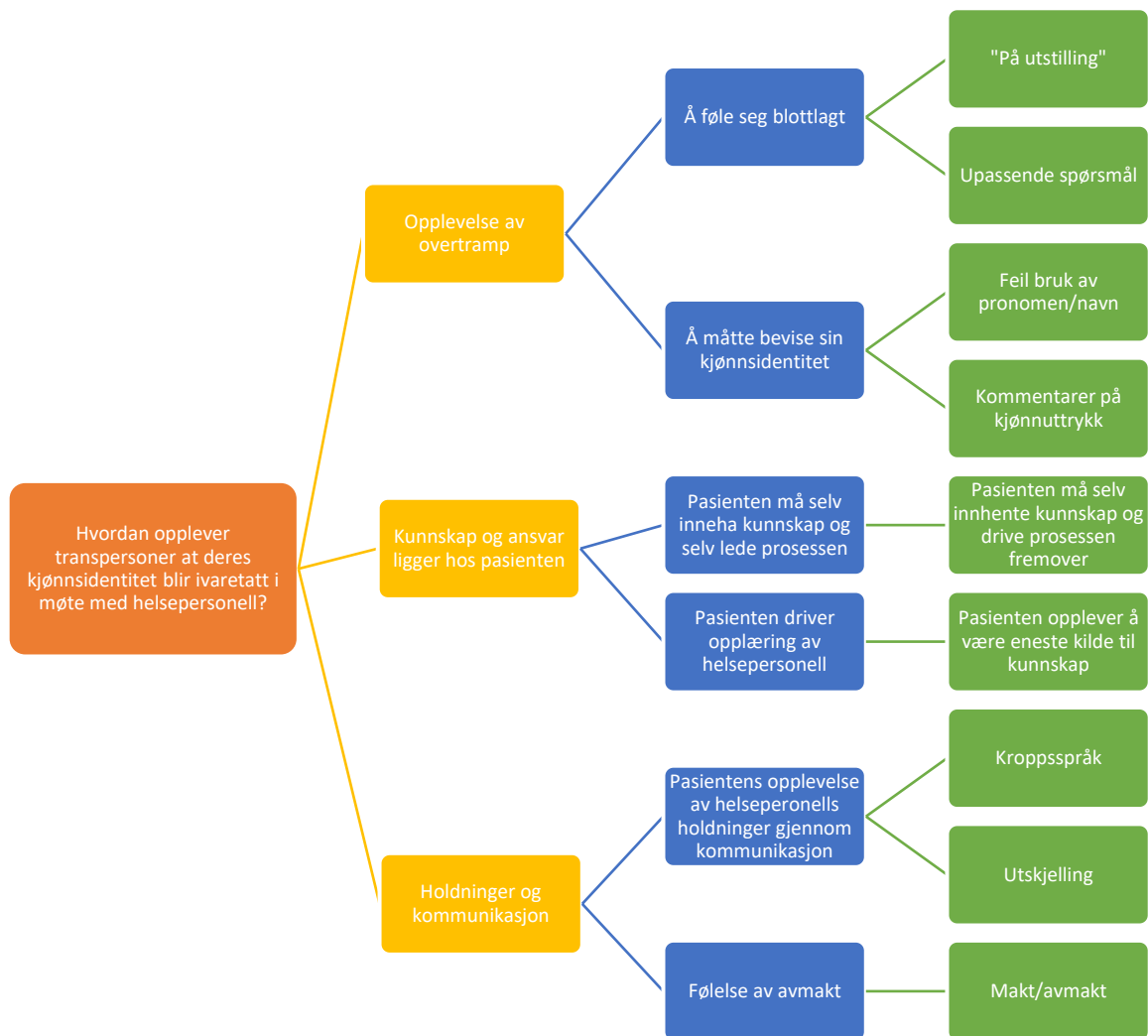
I den første fasen gjorde vi databasesøk med bruk av relevante søkeord som var satt opp i et PIO-skjema. Vi gjorde individuelle søk, men diskuterte fortløpende artiklenes relevans for vår problemstilling. Vi tok vare på artiklene som var relevante, for senere å vurdere kvaliteten ved å bruke sjekkliste for kvalitativ metode (Nortvedt et.al 2012).

Da vi hadde 10 artikler som svarte til vår hensikt, og disse var vurdert i forhold til kvalitet, startet vi på andre fase, som bestod i å identifisere funn i hver artikkel. Vi skrev hvert funn på egne papirark, med fargekode for å identifisere hvilken artikkel funnet stammet fra. Funnene ble også nummerert på papirarket med tilsvarende nummer i artikkelens marg, for å lett kunne finne hvor funnet var beskrevet (Evans 2002).

Da alle funn var nedskrevet på papir, laget vi så et elektronisk dokument hvor vi skrev ned artiklenes titler og tilhørende funn. Dette fordi vi ønsket å ha artiklene skjematisk med tilhørende funn, siden vi i fase tre planla å videre inndele funnene som vi hadde skrevet på papir, i større grupper.

Vi startet så på fase tre, som bestod i å finne likheter og ulikheter på tvers av artiklene. Vi la alle papirene med noterte funn utover et bord, for å deretter sortere dem i egne grupper, utfra funnenes likheter. Vi utarbeidet 9 grupper med egne titler, med hensikten å dekke innholdet av funn i dem. Deretter startet vi med å lage flere utkast av tankekart, der vi flyttet på gruppene i ulike kombinasjoner utfra ulike kriterier. Under arbeidet med våre tankekart så vi at det var hensiktsmessig å inndele gruppene utfra pasientenes opplevelse av de ulike situasjonene, og vi utarbeidet på denne måten kategoriene utfra våre tolkninger av deltakernes opplevelser (Evans 2002).

Under utarbeidelsen av underkategorier og hovedkategorier, ønsket vi at deltakernes opplevelse av møtet med helsepersonellet skulle være ledende, i tråd med vår problemstilling. Vi så at deltakernes opplevelser kunne deles inn utfra beskrivelser som omhandlet profesjonalitet, holdninger og kunnskap. Ved hjelp av disse kategoriene samlet vi så gruppene i større kategorier som i resultatpresentasjonen utgjør underkategorier, som så utgjør hovedkategorier. I fase fire utarbeidet vi syntesene som beskriver denne inndelingen: «Opplevelse av overtramp», «Kunnskap og ansvar ligger hos pasienten» og «Holdninger og kommunikasjon».



Figur for litteraturstudiets problemstilling og hovedfunn

Til høyre i figuren over viser vi hvordan lignende funn utgjør grupper (grønne bokser). Til venstre for disse viser vi hvordan disse ble sammenfattet i underkategorier som danner en større helhet (blå bokser). Disse er i resultatpresentasjonen presentert som underkategorier. Underkategoriene ble til slutt sammenfattet i hovedkategorier (gule bokser).

4.0 Resultat

4.1 Opplevelse av overtramp

Funn fra vår litteraturstudie viser at transpersoner opplever overtramp i møte med helsepersonell. De opplever også at det blir stilt spørsmål ved deres kjønnsidentitet ved at de må forsvare navn og kjønnspronomen, samt sitt kjønnsuttrykk. Dette fører til at de føler seg blottlagt og krenket (Lindroth 2016, Chisolm-Straker et.al. 2017, Vogelsang et.al 2016, Kosenko et.al 2013, Dewey 2008, Westerbotn et.al 2017, Rocon et.al 2016, Poteat, German og Kerrigan 2013, Linander et.al 2016)

4.1.1 Å føle seg blottlagt

I tre av artiklene kom det frem at pasientene følte ubehag ved å ha blitt spurt om å vise deler av kroppen som ikke var relevant for undersøkelsen (Lindroth 2016, Chisolm-Straker et.al. 2017, Vogelsang et.al 2016). Flere sykepleiere og leger ble i det ene tilfellet tilkalt for å se på pasientens kropp (Chisolm- Straker et.al 2017).

I have also had doctors/nurses call over other people on duty to come look at me for no reason. It made me feel like an animal in a zoo (Chisolm- Straker et.al 2017, 14)

En av deltakerne ble også spurt om det var greit at helsepersonellet tok bilder av vedkommendes kropp, relatert til at pasienten hadde gjennomgått plastiske operasjoner ved en annen klinikk. Dette fordi helsepersonellet ved sykehuset ikke hadde kunnskap om dette temaet (Vogelsang et.al 2016). Flere deltakere forteller også at de har gjennomgått undersøkelser som de har opplevd som unødvendige for kontaktårsaken (Chisolm- Straker et.al 2017, Kosenko et.al 2013). Noen deltakere forteller også at de har blitt satt i kontakt med psykiatriske avdelinger når de har avslørt at de er transpersoner (Kosenko et.al 2013).

Det kommer også frem av artiklene at det blir stilt mange spørsmål som ikke er relatert til kontaktårsaken (Lindroth 2016, Chisolm- Straker et.al 2017, Dewey 2008, Vogelsang et.al 2016). En deltaker forteller at det føles som å «komme ut» ved hvert nytt møte (Lindroth 2016).

It is wearing to have to come out at (as transgender) all the time, even when meeting professionals since you don't come out once, you don't come out twice, you don't come out five times, you come out seven hundred and fifty thousand times, in all new situations (Lindroth 2016, 3516)

Flere deltakere forteller om at helsepersonell stiller spørsmål om kjønnsidentitetstematikken, selv om dette ikke er relevant for kontaktårsaken (Dewey 2008, Chisolm- Straker et.al 2017, Vogelsang et.al 2016). En deltaker forteller om at det ble stilt detaljerte spørsmål om sitt sexliv i samtale med helsepersonell, der temaet for samtalen var ment å dreie seg om psykososial støtte i hverdagen. Deltakeren følte seg presset til å svare, fordi hen var redd for å forhindre prosessen relatert til videre behandling. Dette ble opplevd som veldig ubehagelig (Vogelsang et.al 2016). En annen deltaker forteller også om å ha blitt stilt spørsmål om sitt sexliv, selv om kontaktårsaken var pneumoni (Chisolm- Straker et.al 2017). En tredje deltaker forteller at hen tok kontakt med helsetjenesten for samtale relatert til et dødsfall i familien. I samtale med helsepersonellet ble det heller fokusert på transtematikken i stedet for kontaktårsaken (Lindroth, 2016).

4.1.2 Å måtte bevise sin kjønnsidentitet

Flere deltakere forteller om at de har fått reaksjoner og kommentarer fra helsepersonell relatert til sitt kjønnsuttrykk (Dewey 2008, Vogelsang et.al 2016, Westerbotn et.al 2017, Lindroth 2016, Kosenko et.al 2013). Kommentarene har dreid seg om at deltakernes kjønnsuttrykk ikke har vært oppfattet som tilstrekkelig i forhold til det kjønn de identifiserer seg med (Dewey 2008, Vogelsang et.al 2016, Westerbotn et.al 2017, Lindroth 2016). Flere deltakere forteller også om kommentarer rettet mot sitt kjønnsuttrykk, relatert til at helsepersonellet ikke greide å se at deltakerne var født med et annet biologisk kjønn enn det de identifiserte seg med. Eksempler fra deltakerne på slike kommentarer er: «You're really a Man? You fooled me!» (Kosenko et.al 2013, 821).

As a trans person you are forced to be so very female. For example, a psychiatrist told me that I had to wear more make-up and more feminine clothes. But I don't want to wear make-up and female clothes. There are different kinds of girls; some just want to wear jeans and sweaters, but it's still a girl (Westerbotn et.al 2017, 198).

En deltaker forteller om at hun opplevde å ikke bli vurdert til å passe inn i en typisk kvinne-stereotypi, selv om dette ikke nødvendigvis var noe hun ønsket (Vogelsang et.al 2016). Mange beskriver en følelse av å måtte passe inn i en viss mal, for å oppfylle visse diagnosekriterier og mønster for å få hjelp (Lindroth 2016).

I åtte av artiklene oppgir deltakerne at helsepersonell ofte bruker feil navn eller pronomen når de snakker til, eller om dem og at dette kan oppleves som støtende (Lindroth 2016, Chisolm- Straker et.al 2017, Rocon et.al 2016, Poteat, German og Kerrigan 2013, Vogelsang et.al 2016, Westerbotn et.al 2017, Kosenko et.al 2013, Linander et.al 2016). En deltaker forteller at det føltes som om helsepersonellet derfor tvilte på kjønnsidentiteten, og at de ikke ble trodd (Vogelsang et.al 2016). I noen tilfeller insisterte helsepersonellet på å bruke fødenavn eller feil kjønnspronomen, selv om personene hadde gitt beskjed om hva som var riktig (Rocon et.al 2016, Chisolm- Straker et.al 2017). Noen forteller om positive erfaringer der helsepersonellet hadde spurt om hvilket pronomen hen ønsket ble anvendt (Westerbotn et.al 2017, Vogelsang et.al 2016). I et tilfelle ble dette tydeliggjort i papirene slik at annet helsepersonell på avdelingen også fikk denne informasjonen. Deltakeren forteller at dette lettet på angsten for å bli snakket til med feil kjønnspronomen (Westerbotn et. al 2017). En annen deltaker forteller om at det opplevdes som positivt at helsepersonellet anvendte etternavn om de var usikre (Vogelsang et.al 2016). Andre forteller om at de har måttet forsvare seg til helsesekretær i resepsjoner og lignende, i forhold til fødenavn og fødselsnummer. Flere deltakere forteller om en frykt for å bli ropt opp på venterom med fødenavn, slik at de blir utlevert som transperson foran andre mennesker (Westerbotn et.al 2017).

4.2 Kunnskap og ansvar ligger hos pasienten

Det kommer frem av vår litteraturstudie at transpersoner ofte opplever at de selv må inneha kunnskap om hjelpen de behøver, samt at de må ta ansvar for å drive prosessen fremover. De opplever også ofte å være helsepersonellens eneste kilde til kunnskap, og at de derfor ofte må drive opplæring av helsepersonell (Vogelsang et.al 2016, Poteat, German og Kerrigan 2013, Linander et.al 2016, Westerbotn et.al 2017, Dewey 2008, Rossman, Salamanca og Macapagal 2017, Chisolm- Straker et.al 2017)

4.2.1 Pasienten må selv inneha kunnskap og selv lede prosessen

I tre av artiklene kommer det frem at deltakerne synes det er slitsomt å måtte ta styring og å lede sin egen prosess i forhold å innhente kunnskap og informasjon om behandling, samt søknader om videre behandlingstilbud (Vogelsang et.al 2016, Poteat, German og Kerrigan 2013, Linander et.al 2016). En av deltakerne beskrev at hun opplevde dette som et ledd i å måtte bevise at de virkelig ønsket behandlingen (Linander et.al 2016).

I think they want you to take the lead a little bit, like you should take the initiative and push it forward, like taking contact with the evaluators so that things happen. So I think you have to do a little bit yourself also to prove to them that you really want this (Linander et.al 2016, 14).

Det kommer frem i også en fjerde artikkel at deltakerne forteller om at helsepersonell ikke innehar kunnskap om hvilke klinikker som behandler pasienter med kjønnsidentitetstematikk, og dermed ikke vet hvor de skal henvise pasientene med denne tematikken (Westerbotn et.al 2017).

4.2.2 Pasienten driver opplæring av helsepersonell

Mange deltakere forteller at de erfarer at de selv må lære opp helsepersonell (Lindroth 2016, Vogelsang et.al 2016, Westerbotn et.al 2017, Dewey 2008). Flere deltakere synes det var positivt at helsepersonellet viste genuin interesse og ønsket å lære mer, men at det var slitsomt å være eneste kilde til informasjon, at de synes at helsepersonellet kunne forsøkt å innhente kunnskap andre steder i tillegg (Vogelsang et.al 2016). Flere deltakere forteller at de opplever at helsepersonell trenger kunnskap om pasientgruppen med denne tematikken. En deltaker forteller at han ga en fagutøver en rask innføring i temaet for å selv kunne få bedre behandling (Westerbotn et.al 2017).

I was in a position where I had to make up my mind, either I say something now and let this man know that what he was saying was not okay, or I try to enlighten and quickly trans-educate this poor man, and I chose the latter (Westerbotn et.al 2016, 197).

En deltaker oppgir at behandleren under sin psykologiske utredning fortalte i klartekst at hun ikke kunne noe som helst om transseksualisme. Samme deltaker synes det var overraskende med tanke på at dette var en fagutøver utdannet innen psykologifeltet (Vogelsang et.al 2016).

Flere deltakere rapporterer om lite kunnskap om behandling (Linander et.al 2016, Rossman, Salamanca og Macapagal 2017, Chisolm- Straker et.al 2017, Vogelsang et.al 2017, Westerbotn et.al 2017), virkning og bivirkning behandlingen kan medføre, samt legemiddelinteraksjoner (Linander et.al 2016, Chisolm- Straker et.al 2017, Vogelsang et.al 2016, Westerbotn et.al 2017). Det rapporteres om at det å bli stilt spørsmål til, og det å bli stilt spørsmål ved, bidrar til at disse menneskene føler at de blir fremmedgjort (Lindroth 2016).

Manglende kunnskap gjør seg også synlig ved at helsepersonellet ikke forstår hva begrepene *seksuell legning* og *kjønnsidentitet* innebærer, og forskjellen på disse begrepene (Lindroth 2016, Vogelsang et.al 2017, Rossman, Salamanca og Macapagal 2017). Flere deltakere har opplevd å bli spurt om de hadde vurdert om de heller var homofile og om dette kunne være løsningen på kjønnsidentitetstematikken (Lindroth 2016, Vogelsang et.al 2017). En forteller om at fagutøveren spurte om det ikke var enklere å forbli mann, siden hun uansett var tiltrukket av kvinner (Vogelsang et.al 2016). En annen deltaker forteller at en lege i spesialisthelsetjeneste for kjønnsbekreftende behandling spurte om hans ønske om å få behandling for å oppnå mannlig kjønnsuttrykk egentlig dreide seg om at han var lesbisk (Lindroth 2016).

Don't you think that your wish to become a man is really about you being lesbian? -
And I had such hard time to understand, I hadn't even said if I found women sexually
attractive or not, and still he drew that conclusion (Lindroth 2016, 3516).

En annen deltaker forteller også om å bli stilt lignende spørsmål, da hun ble spurt om hvorfor hun ønsket kjønnsbekreftende kirurgi (konstruksjon av vagina), siden hun uansett ikke var tiltrukket av menn (Lindroth 2016).

4.3 Holdninger og kommunikasjon

Funn fra vår litteraturstudie viser at transpersoner ofte opplever å føle på stigma og ubehag gjennom tolkning av helsepersonellens kroppsspråk og kommunikasjon. Dette gjør at mange føler på avmakt, og at makten ligger hos helsepersonellet (Chisolm- Straker et.al 2017, Dewey 2008, Kosenko et.al 2013, Rossman, Salamanca og Macapagal 2017, Rocon et.al

2016, Westerbotn et.al 2017, Poteat, German og Kerrigan 2013, Lindroth 2016, Vogelsang et.al 2016, Linander et.al 2016)

4.3.1 Transpersoners opplevelse av helsepersonellets holdninger gjennom kommunikasjon

Det kommer frem av vår studie at en stor del av deltakerne har opplevd at helsepersonellets kroppsspråk uttrykker ubehag relatert til pasientens kjønnsidentitetstematikk (Chisolm-Straker et.al 2017, Dewey 2008, Kosenko et.al 2013, Rossman, Salamanca og Macapagal 2017, Rocon et.al 2016). I to artikler beskrives legebesøk, der legen ble frekk og uhøflig etter at hen fortalte om sin kjønnsidentitetstematikk (Rossman, Salamanca og Macapagal 2017, Chisolm- Straker et.al 2017), og at det virket som legen forsøkte å få hen raskt ut fra kontoret (Chisolm- Straker et.al 2017).

...I revealed my status, wich no one knows usually until I tell them. And then things got weird. The doctor were very rude, barely treated me, and tried to get rid of me as quickly as possible. And worst of all, when I tried to use the woman's restroom before I left, they threatened to call security on me. It was humiliating, I would die before I went back there again (Chisolm- Straker et.al 2017, 12).

Flere deltakere forteller om at helsepersonell ofte gir uttrykk for å være nervøs ved at de blant annet unngår øyekontakt (Dewey 2008, Kosenko et.al 2013), eller at de forlater rommet raskt (Dewey 2008). Dette ble tolket som et resultat av stigma og diskriminering (Kosenko et.al 2013).

Erfaringer med verbalt uttrykt stigma og stereotypisering er også noe mange deltakere forteller om (Dewey 2008, Rocon et.al 2016, Westerbotn et.al 2017, Kosenko et.al 2013, Rossman, Salamanca og Macapagal 2017, Poteat, German og Kerrigan 2013). I et tilfelle hadde helsepersonell snakket om transpersoner med en stereotyp oppfatning i form av at alle transpersoner er sexarbeidere eller har seksuelle fetisjer (Westerbotn et.al 2017). Dette viser seg også ved et tilfelle der en av deltakerne forteller om at en fagutøver raskt trekker konklusjoner ved å generalisere og stereotypere:

Oh my god you know you should get a HIV-test, it's very good for you people (Rossman, Salamanca og Macapagal 2017, 1401).

Det fortelles også om at helsepersonell omtaler transpersoner med nedsettende kallenavn (Dewey 2008).

Verbal utskjelling kommer også frem i forhold til at helsepersonellet uttrykker personlige meninger som oppleves som sårende (Kosenko et.al 2013, Chisolm- Straker et.al 2017). I et tilfelle en deltaker forteller om, uttrykte en sykepleier at det ifølge Gud ikke var greit å være transkjønnet (Chisolm- Straker et.al 2017). En annen deltaker forteller om at helsepersonell uttrykker forståelse for at familien hadde kuttet kontakten med vedkommende, og at helsepersonellet ville gjort det samme fra familiens ståsted (Kosenko et.al 2013).

After pouring my heart out for almost an hour to a mental health therapist, she looked at me and said: I don't blame your family for disowning you. If I were your friend, I wouldn't have anything to do with you either (Kosenko et.al 2013, 820).

Flere av deltakerne forteller om møter med helsepersonell som uttrykker vennlighet og omsorg, men at det er forskjell på det å være profesjonell og det å være vennlig. Kvaliteten på helsehjelpen kan være dårlig, selv om de føler seg godt mottatt. En deltaker sier allikevel at hen er mer opptatt av å bli behandlet med vennlighet enn med kompetanse og god helsehjelp (Dewey 2008). Flere deltakere uttrykte at de trodde holdningene til helsepersonell ble påvirket av uvitenhet og mangel på kunnskap. De forteller også om at de har fått inntrykk av at helsepersonell med kompetanse har ervervet dette fra tidligere erfaringer eller fra privatliv. (Westerbotn et.al 2017).

4.3.2 Å føle avmakt

Det kommer frem i flere av artiklene at deltakerne beskriver følelsen av avmakt i møte med helsepersonell og at makten ligger hos helsepersonellet. (Lindroth 2016, Dewey 2008, Poteat, German og Kerrigan 2013, Vogelsang et.al 2016, Linander et.al 2016 og Kosenko et.al 2013). De beskriver også at helsepersonellet sitter med nøkkelen til et bedre liv (Lindroth 2016).

You are in a very vulnerable position, because these people want what is best for you, at the same time they hold all the keys that will, well, let you begin your life (Lindroth 2016, 3517).

Flere deltakere beskriver å måtte holde ut stigmatisering og dårlig behandling for å få den hjelpen de trengte (Poteat, German og Kerrigan 2013). På samme måte som følelse av avmakt blir også følelsen av å møte motstand og makt fra helsepersonell beskrevet. Noen deltakere beskriver møter med helsepersonell der de opplever helsepersonellet har uttrykt sin makttrolle ved å praktisere et veldig faglig og akademisk språk, noe som ble oppfattet å være fordi de ville distansere seg og heve seg over pasienten (Vogelsang et.al 2016).

Som en konsekvens av stigmatisering og følelse av lite påvirkningskraft på ønsket behandlingstiltak, blir det i flere artikler nevnt at deltakerne utsetter eller unngår å oppsøke helsehjelp (Linander et.al 2016, Lindroth 2016, Rocon et.al 2016, Westerbotn et.al 2017, Chisolm-Straker et.al 2017 og Dewey 2008). En deltaker forteller å ha utsatt å søke helsehjelp i frykt for å bli behandlet dårlig, dette til tross for at hun mistenkte kreftsykdom (Westerbotn et.al 2017).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I dette kapittelet har vi kritisk vurdert styrker og svakheter ved vår metodiske framgang for litteraturstudien. Dette i henhold til retningslinjene for bacheloroppgave SAE00 (Eines et.al, 2018).

5.1.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Vi mener at våre inklusjons- og eksklusjonskriterier danner en god oversikt over hva vi ønsket å ha med av innhold i litteraturstudien vår. Ved å begrense oss til artikler utgitt de siste fem år, mener vi at dette kan anses som nyere forskning og at det derfor har overførbarhet til dagens praksis.

På bakgrunn av litteraturstudiens hensikt falt det naturlig å søke etter pasientperspektiv. Til tross for at en av artiklene (Poteat, German og Kerrigan 2013) inneholder både helsepersonells perspektiv og pasientperspektiv, valgte vi likevel å inkludere denne, da vi kun har inkludert funn fra pasientgruppens perspektiv inn i vår analyse.

5.1.2 Søkestrategi

Da vi skulle starte på vår litteraturstudie var vi begge enige om å velge et tema som vi på forhånd hadde lite kjennskap til fra praksis. Gjennom opparbeiding av kunnskap via lesning av nasjonale rapporter og medier, hadde vi på forhånd et inntrykk av at denne pasientgruppen ofte opplever diskriminering i hverdagen. Til tross for dette hadde vi lite kunnskap om hvilken diskriminering pasientgruppen opplever og hvordan dette oppleves. Vi ser både fordeler og ulemper med å velge tema vi har lite forkunnskaper om. En ulempe kan være å ikke vite om det finnes nok forskning rundt temaet, og at man derfor står ovenfor utfordringer med å finne relevant og god forskning. Fordelen med å ha begrenset erfaring på området er at fortolkningen av funnene ikke blir påvirket av tidligere erfaringer, derfor mener vi dette kan bidra til å styrke analyseprosessen og vår fortolkning av resultatene.

Da vi hadde bestemt oss for tema og hensikt startet vi på søkeprosessen. Forsberg og Wengström (2008) beskriver at det kan være hensiktsmessig å søke råd og veiledning hos en

bibliotekar når en skal i gang med søk i databaser. Da vi var godt i gang med søkeprosessen og allerede hadde funnet 4 aktuelle artikler til vår oppgave, bestilte vi veiledningstime med bibliotekar. Vi fikk tilbakemeldinger om at våre søk var av god kvalitet. Sammen med bibliotekar forsøkte vi å legge til søkeord, men fikk da flere irrelevante treff. Vi valgte derfor å beholde våre opprinnelige søk, som er noe ulike i forhold til søkeord og trunkering av søkeord. Dette har medført at søkene ikke ble helt identiske i de ulike databasene, og kan derfor sees som en svakhet ved våre søk, da det er en mulighet for at vi har gått glipp av relevante treff. Vi så etter å ha utført søkene at vi har trunkert noen ord unødvendig, fordi vi var usikre på om det var flere mulige endinger av ordene. Trunkering av ordet «Transgender» kan vi i ettertid ikke se som hensiktsmessig. Vi trunkerte «experience» på ulike måter i våre søk, der «experience*» i det ene søket kan ha ført til at vi har gått glipp av treff som inneholder «experiencing*». Vi valgte også å trunkere «health*» og «care*», men disse ordene er i det engelske språket ikke sammensatt med andre ord, slik det er på norsk.

Databasene Ovid Medline og Proquest ble benyttet. Ovid Medline er en databasevert som gir tilgang til forskning innenfor medisin, helse, biologi og sykepleie. Proquest gir tilgang til forskning innenfor økonomi, helse, psykologi og samfunnsfag. Det ble også gjort søk i andre databaser, som SveMed+ og Idunn, disse gav oss ingen nye relevante treff, og ble derfor ikke benyttet i vår litteraturstudie.

Søkene i Ovid Medline resulterte i 7 inkluderte artikler. Fra søket i Proquest inkluderte vi 2 artikler. Den siste artikkelen ble funnet gjennom et manuelt søk. Vi fikk derfor 9 artikler igjennom systematiske søk i databaser. Da vår oppgave skal være en litteraturstudie med systematiske databasesøk, kan det ses på som en svakhet at en av de inkluderte artiklene er gjort gjennom et manuelt søk. Samtidig vil vi nevne at artikkelen som ble funnet gjennom manuelt søk var eldre enn 2013 og derfor utenfor våre begrensninger på utgivelsesår.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Alle artiklene vi har valgt å ta med i vår studie er skrevet på engelsk. 4 av artiklene er fra Sverige. Vi mener det styrker oppgaven vår at vi har inkludert ny nordisk forskning. 5 artikler er fra USA. Til tross for at helsetjenesten i USA skiller seg noe fra norsk helsevesen, valgte vi likevel å inkludere artiklene. Dette fordi vi både ser samsvar med funn fra nordisk forskning og at vi mener beskrivelse av funnene kan ha overførbarhet til Norge. Vi valgte også å inkludere 1 artikkel fra Brasil. Dette kan sees på som en svakhet i vår oppgave, da vi tenker at

det finnes kulturforskjell. Til tross for dette finner vi samsvar i funnene med de øvrige artiklene.

For å sikre at artiklene vi inkluderte var av god kvalitet, brukte vi sjekkliste for kvalitativ forskning (Nortvedt et.al 2012). Denne utgaven av sjekkliste er fra 2012. Vi vet at nyere sjekklister er blitt utarbeidet, og som inneholder direkte spørsmål om etiske hensyn er ivaretatt. Derfor kan dette ses på som en svakhet ved vår kvalitetsvurdering, da sjekklisten fra 2012 ikke inneholder direkte spørsmål om ivaretagelse av etiske hensyn. Likevel har vi tatt stilling til ivaretagelse av etiske hensyn under arbeidet med kvalitetsvurdering av hver artikkel Dette er presentert i oversiktstabell over valgte artikler (vedlegg 4). Vi vurderte de inkluderte artiklene til å oppfylle kontrollspørsmålenes kriterier i sjekklisten, og dette ser vi på som en styrke i vår studie.

Der vi var usikre på hvilken kjønnsidentitet deltakerne identifiserte seg med har vi valgt å bruke det kjønnsnøytrale pronomenet «hen» (Ims 2016). Dette for ikke å tilegne noen kjønnsstilhørighet feilaktig. Ellers har vi brukt det kjønnspronomenet som deltakerne har oppgitt at de identifiserer seg med.

Ved presentasjon av våre funn med direkte sitater, har vi valgt å beholde disse i sin originale språkform. Dette for å unngå at betydningene endres eller at de mister betydning ved oversettelse til norsk.

5.1.4 Analyse

Ved vår analyse og bearbeiding av data støttet vi oss til Evans (2002) fire faser. Dette erfarte vi bidro til at innsamling og bearbeiding av data ble gjort på en strukturert måte. Vi ser på dette som en styrke ved vår analyse.

Våre kategorier ble dannet utfra funnenes likheter, og vi ser på dette som en styrke, da vi ikke hadde bestemte kategorier på forhånd. Vi ser allikevel at våre funn kan belyses i flere kategorier, fordi de berører hverandre. Vi mener derfor ikke at våre funn kun kan belyses i våre valgte kategorier. Vi har allikevel forsøkt å beskrive våre funn inndelt i kategorier utfra særegenheter som vi finner aktuelle. Ved at vi benyttet en figur til å fremstille resultatene fra studien, synes vi at det gir en god oversikt over hvilke funn kategoriene inneholder.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet blir studiens hensikt og resultat diskutert opp mot teoribakgrunn og relevant teori og forskning (Eines et.al 2018)

5.2.1 Manglende kompetanse fører til krenkelse av pasienten

Funn fra vår litteraturstudie beskriver at transpersoner ofte føler seg blottlagt i ulike situasjoner relatert til helseundersøkelser og i møte med helsepersonell. Sykepleiere og annet helsepersonell kommer ofte tett inn på mennesker og deres helsesituasjon. Kroppskontakten kan bli nær, og andre forhold ved sykdom, helsetilstand og sosiale forhold kan bli avslørt (Solvoll 2015).

Vi tenker at kroppsbildet spiller en stor rolle for mennesker som opplever en form for kjønnsidentitetstematikk. Kroppen vil for personer med kjønnsidentitetstematikk, i tillegg til å uttrykke deres kjønnsidentitet for dem selv, også presentere deres kjønnsidentitet for andre. Solvoll (2015) beskriver at kroppsbildet kan forklares som alle de forestillinger som dannes om kroppen i vår mentale bevissthet, basert på hvordan kroppen fremstår for oss. Kroppen har en symbolsk funksjon, ved de ulike budskap kroppen kan signalisere gjennom kroppsholdning, klær og frisyre som kan omhandle identitet og sosial status. Gjennom kroppen presenterer vi oss for hverandre. Almås og Benestad (2017) beskriver kroppsbildet som det vi ser av oss selv i speilet, og som vi viser omverdenen. De viser til at kroppsbildet er noe som forhandler kjønn, og at dette er noe som kan endres. De tingene som kan endres ved det ytre har til felles at de bidrar til å bli, og fremstå, i samsvar med selvoppfatningen. Det kan tenkes at transpersoner i ulik grad føler at sitt kroppslige utseende ikke stemmer overens med sin selvoppfattelse. Beskrivelsene i våre funn viser at de ofte opplever stort ubehag ved å få blottlagt kroppen sin foran andre. Å få ivaretatt sin bluferdighet som pasient er noe alle har behov for, unge som gamle og uavhengig hvordan vårt forhold til egen kropp er (Bjørk og Breievne 2014). Imidlertid kan vi kanskje si at mennesker med kjønnsinkongruens kan oppleve å ha en ekstra sårbarhet. I våre funn fortelles det også om situasjoner der flere fagutøvere samles for å se på pasientens kropp, som forsterker følelsen av å være annerledes, ved at «annerledesheten» også blir påpekt og gransket. Vi tolket funnene i sammenheng med situasjonene som er beskrevet, og tenker at disse er knyttet til manglende kunnskap og stor interesse fra helsepersonellet. Utfra deltakernes beskrivelser kan det virke som at helsepersonellet glemmer ivaretagelse av pasientenes bluferdighet og behov for privatliv,

fordi fokuset rettes mot ønsket om å innhente ny kunnskap, om blant annet kjønnsbekreftende behandling. Vi som sykepleiestudenter har selv opplevd situasjoner der vi har hatt lett for å bli oppgaveorienterte i vår utøvelse av omsorg og behandling, og at pasientens følelser og opplevelse kan havne i bakgrunnen. Vi tenker derfor at det er viktig å kontinuerlig reflektere over sin sykepleieutøvelse sammen med kollegaer på arbeidsplassen, men også individuelt.

En annen form for blottleggelse som kommer frem av vår litteraturstudie, er beskrivelser av å få spørsmål som dreier seg om områder av livet som er privat, og som er knyttet til kjønnsidentitetstematikken men ikke til kontaktårsaken. Dette tenker vi først og fremst dreier seg om graden av profesjonalitet. Eide og Eide (2014) beskriver at omsorgsprofesjonalitet består av fagkunnskap, målorientering og empati. Omsorgsprofesjonalitet er basert på en solid kjennskap til faget og relevante forhold, en vilje til å handle til det beste for pasienten, med formål om å nå profesjonens mål. Empati er evnen til å sette seg inn i den andres situasjon, og til å forstå andres følelser og reaksjoner. Dette er en forutsetning for god hjelpende kommunikasjon.

Det kan være vanskelig å forstå hvorfor fagutøverne i de beskrevne situasjonene velger å fokusere på å spørre om private områder som ikke er relevante for kontaktårsaken. Vi tenker at mangel på kompetanse kan være en av årsakene, da de kanskje mangler kunnskap til å stille de gode og relevante spørsmålene. Kristoffersen og Nortvedt (2015) beskriver forholdet mellom pasient og hjelper som et ensidig og asymmetrisk forhold, der hjelper er forpliktet til å yte omsorg i form av sitt yrke og funksjon. Dette er forankret i det grunnleggende prinsippet om lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av kjønn, sosial status eller personlig tilknytning til personer i hjelpeapparatet. Dette er grunnlaget for rettferdighet i fordeling av helsetjenester og sykepleie. Dette er også grunnlaget for at pasienten skal ha stabile forventninger til den helsehjelpen hen forventer å få. Det kan altså tenkes at fagutøverne beskrevet i våre funn har brukt sin rolle for selv å få informasjon, uten at fokuset kan knyttes til «det beste for pasienten».

Funn fra vår litteraturstudie viser at transpersoner opplever å få kommentarer relatert til sitt kjønnsuttrykk og utseende. De opplever at de må passe inn i en mal, eller at de må «være nok» det kjønnet de identifiserer seg med. Dette tenker vi bunner i sosiale holdninger i samfunnet. Helgesen (2011) beskriver at vår sosiale tenkning kjennetegnes av flere forenklinger og forvrengninger av virkeligheten. Dette kan sees på som en konsekvens av at mennesker er opptatte av å finne mening og forutsigbarhet i tilværelsen. Dette kan lett resultere i stereotyper og fordommer, som kan føre til en «oss»- og «dem»- tenkning. Det beskrives også at fordommer ofte er svært følelsesladet, og at kunnskapsgrunnlaget kan være

nærmest fraværende. Slik kan fordommer styre oss blindt, og derfor kan disse være spesielt farlige. Grunnen til at vi tenker dette bunner i sosiale holdninger, er vår oppfatning av at det ikke er vanlig å oppleve at helsepersonell kommenterer pasienters klær og utseende. Allikevel er dette situasjoner som beskrives av denne pasientgruppen. I den norske rapporten «Alskens folk» beskrives ulike områder samfunnet må endres for at transpersoner skal oppnå god helse. Her trekkes det blant annet fram, at det å bli sett i den kjønnsidentiteten de opplever seg som, bidrar til å fremme deres helse. Dette på bakgrunn av deltakernes beskrivelser av erfaringer, relatert til samfunnets oppfatninger av forventninger til kjønnsbestemte roller og atferd. I rapporten trekkes det også frem erfaringer fra transpersoner i forhold til konsultasjoner ved Rikshospitalet. Her fortelles det om at det er kjent blant transmiljøene at man bør møte opp i det uttrykket man ønsker å være, om man i det hele tatt skal ha en sjanse for vurdering av diagnose og kjønnsbekreftende behandling (Van der Ros 2013).

Gjennomgående for vår litteraturstudie var funnene som viste at transpersoner opplever feil bruk av navn og kjønnspronomen i kontakt med helsepersonell. Dette støttes også av den norske rapporten av Van der Ros (2013). Dette kan oppleves som ikke å bli trodd, og at de hele tiden må bevise deres kjønnsidentitet. Vi som sykepleiestudenter har opplevd at personlige oppfatninger blant sykepleiere kan få stor innvirkning på behandling og omsorg, der det ikke er utarbeidet klare retningslinjer. Vi tenker at det da er vanskelig å forsvare sykepleien som blir gitt, ut fra empiri, og at målet om kunnskapsbasert praksis derfor blir svekket. Vi ser utfra våre funn at feil bruk av navn og pronomen er et utstrakt problem for denne pasientgruppen. I utgangspunktet tenkte vi at dette er et problem som må være forholdsvis enkelt å endre i helsesektoren. Men vi ser også at problemet kan inngå som en del av holdninger i samfunnet, og at et større kunnskapsløft må til for å endre helsevesenets kvalitet i behandling. Etter lovendringen om endring av juridisk kjønn, tenker vi at det kan ha en positiv innvirkning på riktig bruk av kjønnspronomen, da fødselsnummer og kjønn blir endret i offentlige dokumenter (Lov om endring av juridisk kjønn 2016). Dette gir transpersoner muligheten for selv å endre juridisk kjønn, uavhengig av diagnose eller kjønnsbekreftende behandling.

5.2.2 Skjevfordeling av kunnskap og ansvar

Det kommer frem av våre funn at transpersoner som mottakere av helsehjelp, opplever at de må inneha kunnskap om sin helsesituasjon, samt drive prosessen fremover. I dette inngår i større eller mindre grad å måtte ha kunnskap om hvilken hjelp de trenger. I tillegg opplever de

å måtte følge opp at søknadsprosesser går fremover.

I rapporten til Van der Ros beskrives det også at manglende kompetanse er et problem i forhold til kunnskap om behandling og videre henvisninger. Som sykepleierutøver har man fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal danne grunnlag for måten man tilnærmer seg og ivaretar pasienter på, i enhver situasjon. En av disse funksjonene innbefatter at sykepleiere har ansvar for å holde seg faglig oppdatert og bidra til kvalitetsforbedring i praksis (Nortvedt og Grønseth 2016). Bjøro og Kirkevold (2015) beskriver at økt fokus på kvalitet og kvalitetsutvikling i helsetjenesten er viktig, og at grunnleggende etiske krav vektlegger velgjørhetsprinsippet, som omhandler at helsetjenesten som blir gitt ikke skal skade pasienten, og at den skal tilføre pasienten noe godt. I Helsepersonelloven § 4 blir det beskrevet at helsepersonell skal drive faglig forsvarlighet i sitt arbeid og at omsorgsfull hjelp også skal kunne forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre står det at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven 1999). Ut fra denne loven tolker vi det slik at det skal forventes at helsepersonell innehar kunnskaper og ferdigheter til å drive faglig forsvarlighet i sitt arbeid. Helsepersonell er også pliktig til å henvise pasienter videre, når enn selv ikke har nok faglige kvalifikasjoner til å hjelpe. Vi har fra vår egen praksis erfart hvor avgjørende det kan være hvordan henvisninger og søknader blir utarbeidet, for selve utfallet av behandlingstilbud. Vi stiller spørsmålsteget ved fagutøvelsens forsvarlighet når pasienten må ta så stor del av ansvaret for søkeprosessen. Vi tenker at dette kan føre til prosessuelle feil, som kunne vært unngått om helsepersonellet i de ulike helsetjenestene tok fullt ansvar for dette. Samtidig ser vi verdien av pasientens medbestemmelse, innflytelse og innsyn i søknadsprosessen.

Det kommer frem av vår studie at transpersoner opplever manglende kunnskap blant helsepersonell, og at de derfor må lære opp helsepersonell for å kunne få den hjelpen de trenger. Dette kommer også frem av den norske rapporten av Van der Ros (2013). Selv om mange transpersoner opplever velvilje fra helsepersonellet, oppgir de allikevel at det er slitsomt å lære opp helsepersonell ved hvert nytt møte. Dette beskrives også som å måtte «komme ut» på nytt hver gang.

Det finnes ulike typer kunnskap som komplementerer hverandre, og som sykepleiere og annet helsepersonell anvender i sin praksis. Kristoffersen (2015) beskriver begrepet *kompetanse*, og hvordan dette begrepet alltid er knyttet til personer og til utøvelse. Kunnskap brukes når man refererer til deler av viten, lærdom og innsikt, som også kan finnes adskilt fra personer. Vi velger å tolke det slik at kompetanse er den samlede kunnskapen en person har, i

form av blant annet teoretisk kunnskap, erfaringskunnskap, taus kunnskap, intuitive forståelse, og kunnskap ervervet ved observasjon av erfarne praktikere. Transpersoner i pasientrollen har sin erfaringsbaserte kunnskap gjennom sin opplevelse av sin helsesituasjon. Av våre funn kommer det frem at de ofte har innhentet mye kunnskap før de oppsøker helsehjelp, og derfor kan vi si at de både har sin erfaringsbaserte kunnskap og teoretiske kunnskap. Når de oppsøker helsehjelp kan de oppleve at helsepersonell ikke har kunnskap på noen av områdene, altså hverken erfaring med denne pasientgruppen eller teoretisk kunnskap om tematikken. Samtidig som disse pasientene ofte står alene med sine helseutfordringer i sin hverdag, kan vi tenke oss at det er en påkjenning og også stå alene hos den instansen som har til hensikt å hjelpe. I tillegg til dette blir de også tillagt en uformell undervisende rolle.

Vi håper at læringsutbyttet fra den nye rammeplanen for helse- og sosialfagutdanninger, vil bidra til å øke kompetansen blant helsepersonell, og at dette vil føre til et kunnskapsløft som vil virke positivt på ivaretagelsen av transpersoner som pasientgruppe.

5.2.3 Transpersoners erfaringer kan få innvirkning på deres helse

Funn fra vår litteraturstudie beskriver transpersoners erfaringer i møte med helsepersonellens holdninger gjennom kommunikasjon. Ubehagelige opplevelser relatert til helsepersonellens kroppsspråk og holdninger til deres kjønnsidentitetstematikk blir beskrevet.

Det er nedfelt i etiske retningslinjer for sykepleiere at alle pasienter og pårørende skal kunne føle seg trygge og godt ivarett i helsevesenet (Norsk sykepleierforbund 2016). Allikevel er ikke dette alltid tilfelle. Vi tenker at dette kan skyldes at retningslinjene gir rom for fortolkning, utfra den enkelte fagutøvers oppfatning av hva som kan betegnes som trygg og god omsorg. Kanskje er fagutøveren heller ikke bevisst sine holdninger, eller hvordan holdningene gir sitt uttrykk gjennom kroppsspråk. Eide og Eide (2014) beskriver at en stor del av vår kommunikasjon er nonverbal. Nonverbale uttrykk kalles ofte kroppsspråk, og kan fortelle mye om hvordan vi har det. Det kan signalisere om vi bekrefter eller avviser den andre, er henvendt eller uengasjert, er slitne, stresset eller nervøse. Nonverbale uttrykk må fortolkes, dette gjøres av begge parter i kommunikasjon. Vi tenker at det kan være krevende å være seg bevisst på alt man signaliserer non-verbalt. Kanskje har pasienten et mye større fokus på responsen helsepersonellet gir gjennom kroppsspråk, fordi det er pasienten som utleverer seg og er sårbar. Gitt at deltakernes fortolkninger gir et innblikk i helsepersonellens holdninger, tenker vi at det er holdningene som må endres.

Om helsepersonellet kun ser pasienten utfra sin egen livserfaring og kunnskap, mener vi at dette fører til store forskjeller utfra hvilket menneske som står i hjelperrollen. Eide og Eide (2014) beskriver Lévinas' filosofi som aktuell for en etisk forståelse av kommunikasjon i relasjoner og respekt for forskjellighet. Mennesket vi møter representerer noe *annet*, som vi ikke gjennom vår persepsjon greier å forstå, men som vi greier å *nærme oss* ved å åpne oss. Med dette menes at man må forsøke å møte den andre uten forventninger om å kunne forstå, og uten å forsøke å plassere den andre i sine egne kategorier. Om man forsøker å forstå den andre ut fra sine kategorier, vil man redusere den andre til kun det man selv greier å forstå. Dette tenker vi er relevant i forhold til kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient, at helsepersonellet forsøker å være bevisst på ikke å trekke slutninger om pasienten utfra sin egen virkelighet og utelukkende egne erfaringer.

Eide og Eide (2014) henviser til Løgstrups teori, om at enhver relasjon er en maktrelasjon. Med dette menes at mennesker ikke kan forholde seg personlig til andre uten å utlevere seg. Ved å gjøre dette setter man noe på spill, ved å gjøre seg sårbar. I dette ligger en etisk, men taus fordring om å være mottakelig for den andre, og et ansvar for ikke å utnytte eller misbruke makten som ligger i relasjonen. Ser vi på pasient- og hjelperrelasjonen i lys av dette, ser vi at dette berører mer enn helsepersonellens lovpålagte taushetsplikt og pasientens rett til helsehjelp. Det sier noe om maktfordelingen og ansvaret denne medfører. Pasienten er den som utleverer seg, som risikerer noe ved å gjøre seg sårbar.

Gjennom vår sykepleierutdanning og yrkesetiske retningslinjer har vi lært at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund 2016). En profesjonell holdning innebærer kyndighet, respekt for pasientens grenser, klarhet i forhold til egne grenser, og fordomsfrihet (Almås og Benestad 2017). Funn i vår studie beskriver at transpersoner allikevel ofte opplever å bli møtt med fordomsfulle holdninger av helsepersonell.

Følelsen av avmakt og sårbarhet i møte med helsepersonell er funn som kommer frem i vår litteraturstudie. Transpersoner opplever å måtte holde ut stigmatisering og dårlig behandling for å få hjelp. Helgesen (2011) beskriver det relasjonelle aspektet ved makt, ved at maktutøvelse alltid skjer i relasjon til andre mennesker. Makt innebærer muligheten til å utøve tvang, ved at maktutøveren kan tvinge gjennom sin vilje på tross av eventuell motstand fra de andre partene i relasjonen. Det blir også henvist til Webers definisjon, som peker på at det som avgjør maktbrukens moralske legitimitet, er hvilke intensjoner den bygger på. All utøvelse av makt bør derfor bygge på et solid sosialetisk grunnlag. Det beskrives også at makt er særlig problematisk når det fører til sitt motstykke hos den andre part, som er avmakt. Når

mennesker opplever sterke behov som de ikke finner noen mulighet for å dekke, fører dette til avmakt.

I våre funn blir det beskrevet at nøkkelen til et bedre liv ligger hos helsepersonellet og at konsekvensen av dette er å måtte holde ut stigmatisering og diskriminering. Transpersoner som har et sterkt behov for å oppnå innvilgelse av behandling, kan føle på avmakt i kontakt med helsepersonell. Vi får også inntrykk av at de kan oppleve avmakt selv om de er under behandling, fordi de som nevnt ofte må holde ut diskriminering og personlig undertrykking, for å nå et større mål om å oppnå samsvar mellom kropp og sinn. I en dansk studie kommer det frem at transpersoner som ønsker kjønnsbekreftende behandling, ofte tilpasser seg situasjonen for å oppfylle kriteriene. Det kommer frem av studien at denne pasientgruppen ofte kan føle at de ikke kan være fortrolige i samtale med helsepersonellet, fordi dette kan brukes mot dem i forhold til å oppnå behandling. Det beskrives at pasientene derfor tilpasser seg med ulike strategier. At de erfarer å måtte lese seg opp på «riktige svar», å si de «riktige» tingene i samtale. Dette fordi makten ligger hos helsepersonellet, og behovene pasientene ønsker å dekke er så store at avmakten de opplever gjør at de tilpasser seg. Dette fører til at pasientene ikke føler hjelp og støtte i samtale med helsepersonell, fordi det de oppgir i samtale ikke er ekte. De blir på sett og vis frarøvet opplevelsen av god og trygg helsehjelp, fordi makten helsepersonellet utøver, fører til at de oppretter en fasade for å fylle kriteriene for behandling (Thing og Skovgaard 2017).

6.0 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse transpersoners opplevelser i møte med helsetjenester.

Resultatet fra vår studie viser at transpersoner er en sårbar pasientgruppe, som opplever manglende kompetanse på flere områder i helsesektoren. Funnene inndeles i tre hovedkategorier: «Opplevelse av overtramp», «Kunnskap og ansvar ligger hos pasienten» og «Holdninger og kommunikasjon».

Transpersoner beskriver at de ofte må bevise sin kjønnsidentitet i møte med helsepersonell. Opplevelsen av blottlegging, både av fysisk og psykisk karakter, blir beskrevet. Det kommer frem at de erfarer å bli satt i bås, og at de blir møtt med stereotype oppfatninger og holdninger. De beskriver å oppleve at helsepersonell innehar lite kunnskap om kjønnsidentitetstematikk. Transpersoner i pasientrollen får også en uformell undervisende funksjon, og ansvar for å drive egen søknadsprosess framover. Helsepersonell blir ofte oppfattet som usikre, avvisende, og nedlatende utfra sitt kroppsspråk. Det kommer også fram at maktbalansen oppleves skjevfordelt mellom helsepersonell og pasient, og at dette kan føre til avmakt hos pasienten.

6.1 Konsekvenser for praksis

Våre funn viser at det er behov for kompetanseheving i helsesektoren relatert til kjønnsidentitetstematikk. Rammeplanen for helse- og sosialfagutdanninger har til hensikt å øke kompetanse for fremtidige helsefagutøvere, og kan ha stor betydning for transpersoners opplevelse i møte med helsetjenester. Like fullt ser vi at kompetanseheving blant allerede praktiserende helsepersonell er nødvendig. Vi ser også behov for å øke kunnskapen i samfunnet generelt, med hensikten å endre sosiale holdninger. Arbeid med å endre holdningene i samfunnet tenker vi også vil innvirke på kvaliteten på helsetjenester, samt at det vil øke forutsetningene for god helse for denne pasientgruppen.

6.2 Forslag til videre forskning

Vi ser behov for utarbeidelse av retningslinjer i helse- og omsorgssektoren relatert til behandling av pasientgruppen med kjønnsidentitetstematikk. Dette for å sikre transpersoner

likeverdige helsetjenester. Derfor mener vi at det er nødvendig med norsk forskning med dette som hensikt.

Referanseliste

Almås, Elsa og Esben Esther Pirelli Benestad. 2017. *Sexologi i praksis*, 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet. 2017. «Transperson» Lest 03.04.2018.

https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/T/Transperson/

Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet. 2015. «Transvestitt» Lest 03.04.2018

https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/T/Transvestitt/

Barne- og likestillingsdepartementet. 2016. «Trygghet, mangfold, åpenhet» *Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017- 2020*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/6e1a2af163274201978270d48bf4dfbe/lhbt_handlingsplan_web.pdf

Bjørk, Ida Torunn og Grete Breievne. 2014. «Kropp og velvære.» I *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov, bind 2*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli- Anne Skaug, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bjørø, Karen og Marit Kirkevold. 2015. «Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie». I *Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt og Eli Anne Skaug, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Chisolm-Straker, Makini, Logan Jardine, Cyril Bennouna, Nina Morency Brassard, Lauren Coy, Maria Olivia Egemba and Peter L. Shearer. 2017. «Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments: A Qualitative Report of Patient Experiences». *Transgender Health* 2(1):8-16.

Dewey, Jodie M. 2008. «Knowledge Legitimacy: How Trans- Patient Behavior Supports and Challenges Current Medical Knowledge». *Qualitative Health Research* 18(10): 1345-1355

Eide, Hilde og Tom Eide. 2014. *Kommunikasjon i relasjoner*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.

Evans, David. 2002. «Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data». *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26

Folkhälsomyndigheten. 2015. *Hälsan och hälsans bestämningfaktorer för transpersoner- En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. Lest 15.05.18
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a55cb89cab14498caf47f2798e8da7af/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner-15038-webb.pdf>

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. Att göra systematiska litteraturstudier. 2.utg. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi*, 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsepersonelloven. 1999. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Ims, Daniel Gusfre. 2016. «Han, ho eller hen». *Språkrådet*. Lest 04.05.18.
<http://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/Publikasjoner/Spraaknytt/spraknytt-20162/spraknytt-12016/han-ho-eller-hen/>

Jacobsen, Dag Ingvar. 2015. *Forståelse, beskrivelse og forklaring- innføring i metode for helse- og sosialfagene*, 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kosenko, Kami, Lance Rintamaki, Stephanie Raney og Kathleen Manees. 2013. «Transgender Patient Perceptions of Stigma in Health Care Contexts». *Medical Care* 51(9): 819- 822.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2015. «Sykepleie- kunnskap og kompetanse». I *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt og Eli Anne Skaug. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren og Per Nortvedt. 2015. «Relasjonen mellom sykepleier og pasient». I *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt og Eli Anne Skaug. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. 2017. *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*. Lest 03.05.18

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353?q=felles%20rammeplan>

Linander, Ida, Erika Alm, Anne Hammarström og Lisa Harryson. 2016. «Negotiating the (bio)medical gaze e Experiences of trans-specific healthcare in Sweden». *Social Science & Medicine* 174(2017): 9-16.

Lindroth, Malin. 2016. «Competent persons who can treat you with competence, as simple as that»- an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals». *Journal of Clinical Nursing* 25:3511-3521.

Lov om endring av juridisk kjønn. 2016. *Lov av 17. juni 2016 nr 46 om endring av juridisk kjønn*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-46>

Norsk sykepleierforbund. 2016. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». Lest 18.05.2018
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! -en arbeidsbok*, 2.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Nortvedt, Per og Randi Grønseth. 2016. «Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse». I *Klinisk sykepleie bind 1*. red. Dag- Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

NSD - Norsk senter for forskningsdata. 2018. lest 15.05.18

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Oslo Universitetssykehus. 2017. «Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme»

Årsrapport 2017.

<https://forskningssprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2017>

Oslo Universitetssykehus. 2018.«Juridisk kjønn i Norge» Lest 03.04.2018.

<https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/transseksualisme-kjonnsdysfori-og-kjonnsinkongruens-utredning-og-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar#juridisk-kjonn-i-norge>

Poteat, Tonia, Danielle German, Deanna Kerrigan. 2013. «Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters». *Social Science & Medicine* 84(2013): 22-29.

Rocon, Pablo Cardozo, Aleksandro Rodrigues, Jésio Zamboni og Mateus Dias Pedrini. 2016. «Difficulties experienced by trans people in accessing the Unified Health System». *Ciência & Saúde Coletiva* 21(8): 2517-2525.

Roller, Cyndi Gale, Carol Sedlak, og Claire Burke Draucker. 2015. «Navigating the System: How Transgender Individuals Engage in Health Care Services». *Journal of Nursing Scholarship* 47(5): 417-424.

Rossmann, Kinton, Paul Salamanca, og Kathryn Macapagal. 2017. «A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers». *Journal of Homosexuality* 64(10): 1390-1410.

Statistisk Sentralbyrå. 2018. «Folkemengde og befolkningsendringar». Lest 16.04.2018

<https://www.ssb.no/statbank/table/05196/tableViewLayout1/?rxid=0b4c23a9-9797-49c1-899e-c01353e7ac3c>

Solvoll, Betty- Ann. 2015. «Identitet og egenverd». I *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli- Anne Skaug, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thing, Ida Friis og Viola Marie Skovgaard. 2017. Tilpasningsstrategier på Sexologisk Klinik- «En undersøgelse af transkønnede klienters forhandling af identitet» *Dansk sociologi* 28 (3): 42-59

Van Der Ros, Janneke. 2013. «Alskens folk- levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk» Hamar: Likestillingssenteret 2013.

<http://likestillingssenteret.no/wp-content/uploads/2016/02/Alskens-folk.pdf>

Vogelsang, Ann-Christin von, Camilla Milton, Ingrid Ericsson og Lars Strömberg. 2016. «Wouldn't it be easier if you continued to be a guy? -a qualitative interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals». *Journal of Clinical Nursing* 25: 3577-3588.

Westerbotn, Margareta Tobias Blomberg, Evelina Renstro, Nina Saffo, Lina Schmidt, Britten Jansson og Arthur Aanesen. 2017. «Transgender people in Swedish healthcare: The experience of being met with ignorance». *Nordic Journal of Nursing Research* 37(4): 194–200.

Vedlegg 1: PIO-Skjema

P (Patient/problem)	I (Intervention)	O (Outcome)
transgender*	health*care* health*	experience* experienc*

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
transgender*	22.02.18 26.02.18	Proquest		0	0	0
health*care*	22.02.18 26.02.18	Proquest		0	0	0
experience*	22.02.18 26.02.18	Proquest		0	0	0
transgender*AND health*care* AND experience*	22.02.18 26.02.18	Proquest	4677 4677	0	0	0
transgender*AND health*care*AND experience* AND qualitative, Limit to (Danish or English or Norwegian or Swedish), Limit to 2013-Current	22.02.18 26.02.18	Proquest Proquest	367 367	47 23	23 10	2 0
transgender*OR transgender persons	22.02.18 26.02.18	Ovid Medline	2722	0	0	0
health*OR Health OR Quality of Healthcare	22.02.18 26.02.18	Ovid Medline	1737237	0	0	0
transgender*OR transgender persons AND	22.02.18 26.02.18	Ovid Medline	225	0	0	0

health*OR Health OR Quality of Healthcare						
experience*	22.02.18 26.02.18	Ovid Medline	826471	0	0	0
transgender*OR transgender persons AND health*OR Health OR Quality of Healthcare AND experienc* AND limit to (abstracts + full text) Limit to 2013-Current, limit to (Danish or English or Norwegian or Swedish)	22.02.18 26.02.18	Ovid Medline Ovid Medline	178 178	53 23	20 7	2 3
transgender*OR TRANSGENDER PERSONS	23.03.18	Ovid Medline	2967	0	0	0
health*care*	23.03.18	Ovid Medline	151431	0	0	0
experience*	23.03.18	Ovid Medline	832911	0	0	0
transgender*OR TRANSGENDER PERSONS AND health*care* AND experience*	23.03.18	Ovid Medline	124	0	0	0
transgender*OR TRANSGENDER	23.03.18	Ovid Medline	106	20	7	2

PERSONS AND health*care* AND experience* Limit to 2013- Current, limit to (Danish or English or Norwegian or Swedish)						
---	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3: Manuelt søk

Dato	Manuelt søk	Inkluderte artikler(1)
30.03.14	Navigating the system: How Transgender Individuals Engage in Health Care Services (Roller, Sedlak og Draucker 2015).	Knowledge Legitimacy: How Trans-Patient Behavior Supports and Challenges Current Medical Knowledge (Dewey 2008).

Vedlegg 4: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Artikkel nummer	1
Forfatter	Makini Chisolm-Straker, Logan Jardine, Cyril Bennouna, Nina Morency Brassard, Lauren Coy, Maria Olivia Egemba and Peter L. Shearer.
År	2017
Land	USA
Tidsskrift	Transgender Health
Tittel	Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments: A Qualitative Report of Patient Experiences.
Hensikt/Metode	Beskrive transpersoners (gender nonconforming) erfaringer fra akuttmottak. Studien er i retrospektiv. Undersøkelsen var tilgjengelig online på SurveyMonkey og i papirform. Kvalitativ metode.
Deltakere/Frafall	240 deltakere som identifiserer seg som transpersoner. Deltakerne måtte kunne skrive og forstå engelsk eller spansk og ha hatt kontakt med akuttmottak eller ønsket men unnlatt å søke hjelp. Måtte ha fylt 18 år.
Hovedfunn	-Det kommer frem at helsepersonells kunnskap (om transseksualisme) spilte stor rolle for hvordan transpersonene opplevde møtet. De som hadde møtt på helsepersonell med kompetanse på område, dokumenterte positive erfaringer og motsatt. - Unødvendige undersøkelser: Flere deltakere beskriver hendelser hvor de har gjennomgått undersøkelser som ikke var relatert til kontaktårsaken. - «På utstilling»: noen av deltakerne beskriver situasjoner som gjorde at de følte seg på utstilling.
Etisk vurdering	Godkjent av «The institutional review boards of both The Icahn School of Medicine at Mount Sinai» og «Columbia University in New York City».
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 1.
Database	Proquest.

Artikkel nummer	2
Forfatter	Jodie M. Dewey.
År	2008
Land	USA
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Tittel	Knowledge Legitimacy: How Trans-Patient Behavior Supports and Challenges Current Medical Knowledge.
Hensikt/Metode	I denne studien undersøker de transpersoners erfaringer i kontakten med helsevesenet i USA, og hvordan de tilpasser seg helsepersonellens forventninger og behandling. Det ble gjort dybdeintervju, kvalitativ metode.
Deltakere/Frafall	22 deltakere som identifiserer seg som transpersoner. Gjennomsnittsalder i gruppen var 48 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Noen deltakere har opplevd å ikke få hjelp. - Deltakere forteller at de føler seg vurdert på antrekk som ikke oppfattes å være «nok» det kjønnen de opplever å tilhøre. - Deltakerne forteller at de opplever å bli stilt spørsmål vedrørende kjønnsidentitetstematikk, selv om undersøkelsen ikke var relatert til dette. Noen ganger har de opplevd å bli omtalt nedsettende. - Deltakerne forteller at helsepersonell oppleves som nervøse, unngår øyekontakt og at de forlater rommet raskt. - Det kommer frem at helsepersonell stiller mange spørsmål relatert til kjønnsidentitetstematikken. - Deltakerne opplever at det er forskjell på å være snill/vennlig og det å være profesjonell. Kvaliteten på helsehjelpen kan være dårlig, selv om de føler seg godt mottatt.
Etisk Vurdering	Studien er godkjent av «Institutional Review Boards of both Loyola and Concordia Universities».
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 2
Database	Manuelt søk

Artikkel nummer	3
Forfatter	Kami Kosenko, Lance Rintamaki, Stephanie Raney og Kathleen Maness.
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Medical Care
Tittel	Transgender Patient Perceptions of Stigma in Health Care Contexts.
Hensikt/Metode	Formålet med studien er å beskrive transpersoners erfaringer med helsetjenester, med fokus på negative erfaringer. Det ble gjort en spørreundersøkelse med beskrivende besvarelser. Kvalitativ metode.
Deltakere/Frafall	152 deltakere. Gjennomsnittsalder i gruppen var 39 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Flere av deltakerne rapporterer at helsepersonell bruker feil pronomen. - Deltakerne beskriver at helsepersonell uttaler at transpersoner «ikke er en ekte mann» eller at det var vanskelig å se at de var født med et «annet kjønn». «Du lurte meg». - Transpersoner oppfattet helsepersonells kroppsspråk som resultat av stigma og diskriminering, for eksempel stirring eller unngåelse av øyekontakt. -Dårligere behandling, røff behandling ved undersøkelse, eller unødvendige undersøkelser. -Verbal utskjelling, banning, trusler og fornærmelser.
Etisk vurdering	Morse JM, Field PA. Qualitative Research Methods for Health Professionals. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995. –ble benyttet for å ivareta etiske hensyn.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 2.
Database	Ovid Medline.

Artikkel nummer	4
Forfatter	Ida Linander, Erika Alm, Anne Hammarström og Lisa Harryson
År	2016
Land	Sverige
Tidsskrift	Social Science & Medicine
Tittel	Negotiating the (bio)medical gaze e Experiences of trans-specific healthcare in Sweden
Hensikt/Metode	Hensikten med denne studien var å beskrive transpersoner som brukere av spesialisthelsetjenester, ved deres beskrivelse av hvordan de opplever kontakten med helsevesenet/helsepersonell. Det ble gjennomført åpne intervju, hvor det blir stilt spørsmål om positive og negative erfaringer innenfor gitte temaer.
Deltakere/Frafall	14 deltakere i alderen 23 til 69 år. Majoriteten av deltakerne identifiserte seg som kvinner.
Hovedfunn	-Flere av deltakerne oppgir at de selv må inneha kunnskap om sin problematikk for å få helsehjelp på grunn av lite kompetanse blant helsepersonell. -Det kommer også frem at de ofte opplever å bli møtt med manglende kunnskap i forhold til hvordan helsepersonell bruker pronomen i kommunikasjon med transpersoner, samtidig manglende kunnskap om helseproblemer relatert til denne pasientgruppen. Dette medfører at pasientene selv føler at de må ta ansvar for prosess og skjema/papir/søknad.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av «The regional Ethics Committee» i Umeå i Sverige.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 2.
Database	Proquest

Artikkel nummer	5
Forfatter	Malin Lindroth
År	2016
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	«Competent persons who can treat you with competence, as simple as that»- an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals.
Hensikt/Metode	Hensikten med studien var å beskrive transpersoners opplevelse i møte med helsepersonell. Kvalitativt design, med intervju av deltakerne.
Deltakere/Frafall	20 deltakere, som identifiserer seg som transkjønnet og er mellom 18-74 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> -Det kommer frem at mange føler at de må lære opp helsepersonell, til tross for at de opplever at helsepersonell ønsker om å lære om temaet. -Opplevelser av å bli spurt om å vise deler av kroppen som ikke er relevant for undersøkelsen. -Flere deltakere oppgir å utsette eller unngår å søke helsehjelp på grunn av dårlige erfaringer. -Det oppgis også av flere at fokuset blir rettet mot tema relatert til sin kjønnsidentitet, i stedet for kontaktårsaken. -Mangel på kunnskap blant helsepersonell oppgis av flere deltakere.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av «the regional ethical review board» i Lund i Sverige.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 2.
Database	Ovid Medline

Artikkel nummer	6
Forfatter	Tonia Poteat, Danielle German og Deanna Kerrigan.
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Social Science & Medicine
Tittel	Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters
Hensikt/Metode	Hensikten med studien var å undersøke stigma, diskriminering og kontakten mellom helsepersonell og transpersoner. For innsamling av data ble det gjennomført semi- strukturert intervju, kvalitativ metode.
Deltakere/Frafall	55 deltakere var transpersoner og 12 deltakere var helsepersonell. Deltakerne måtte være fylt 18 år og bosatt i hovedstadsområdet.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne forteller at helsepersonell er usikre på riktig bruk av navn/ pronomen. Flere opplever at helsepersonell bruker feil navn/pronomen. - Deltakerne opplever at helsepersonell ikke innehar kunnskap om hvilken behandling de kan få/har rett på. De må selv innhente info om behandling og behandlingstilbud, før de tar kontakt med helsevesenet. - Deltakere føler de må holde ut stigma for å få den hjelpen de trenger.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av «The institutional ReviewBoard at Johns Hopkins School of Public Health».
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 2.
Database	Ovid Medline

Artikkel nummer	7
Forfatter	Pablo Cardozo Rocon, Alexandro Rodrigues, Jèsio Zamboni og Mateus Dias Pedrini.
År	2016
Land	Brasil
Tidsskrift	Ciência & Saúde Coletiva
Tittel	Difficulties experienced by trans people in accessing the Unified Health System
Hensikt/Metode	Hensikten med denne studien er å beskrive transpersoners erfaringer i kontakt med helsetjenester og helsepersonell. Innsamlingen av data ble gjort ved hjelp av semi- strukturerte intervju, kvalitativ metode.
Deltakere/Frafall	Utvalget besto av 15 transpersoner
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Flere av deltakerne beskriver at helsepersonell bruker feil pronomen/navn. Helsepersonell brukte fødenavn til tross for oppfordring til å bruke ønsket navn. - Følelsen av avmakt blir beskrevet av flere deltakere i deres møte med helsepersonell.
Etisk vurdering	Studien var godkjent av «Ethics in Research Committee of the Federal University of Espírito Santo, Goiabeiras Campus».
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 1.
Database	Proquest.

Artikkel nummer	8
Forfatter	Kinton Rossman, Paul Salamanca og Kathryn Macapagal
År	2017
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Homosexuality
Tittel	A Qualitative Study Examining Young Adults`Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers
Hensikt/Metode	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan blant annet transpersoner erfarer å fortelle, eller la være å fortelle om sin transidentitet til helsepersonell. Semi- strukturert intervju, med åpne spørsmål. Kvalitativ metode.
Deltakere/Frafall	206 deltakere, 11 av disse identifiserer seg som transpersoner. Deltakernes alder av fra 18 til 27 år.
Hovedfunn	-Helsepersonell virket usikker/uforberedt for hvordan de skal utøve sykepleie til denne gruppen. -Frekke og/eller nonverbale uttrykk fra helsepersonell blir beskrevet, noe som førte til at de ikke ønsket å meddele sin kjønnsidentitet. -Upassende utsagn og utskjelling: helsepersonell ble frekk, nedlatende eller verbalt ufin, etter at de har fortalt om sin kjønnsidentitet. For noen ble disse erfaringene så opprørende at de beskrev en følelse av å ikke ønske kontakt med helsevesenet igjen.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av Northwestern University Review Board.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 1.
Database	Ovid Medline

Artikkel nummer	9
Forfatter	Ann-Christin von Vogelsang, Camilla Milton, Ingrid Ericsson og Lars Strömberg
År	2016
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	«Wouldn't it be easier if you continued to be a guy?» - a qualitative interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals
Hensikt/Metode	Hensikten med studien var å beskrive transpersoners erfaringer i møte med helsepersonell. Det ble brukt semi- strukturert intervju med to hovedspørsmål, et spørsmål for positive erfaringer og et med negative erfaringer. Deretter fulgte oppfølgingsspørsmål om utdyping. Kvalitativ metode.
Deltakere/Frafall	6 deltakere som identifiserer seg som transseksuelle i alderen 20-36 år.
Hovedfunn	-Resultatene viser til at møtene med helsepersonell opplevdes positive når de ble møtt med respekt og at deres integritet ble ivaretatt. Helsepersonellens profesjonalitet ble også viktig for opparbeiding av tillit. -Det kommer også frem at kunnskapsnivået mellom helsepersonell også varierte i stor grad. -Negative opplevelser som bruk av feil navn, tilbakeholdt informasjon samt at helsepersonells personlige holdninger kom i lyset, i form av maktskjevhet da deltakerne var helt avhengig av hjelpen fra helsepersonellet, og måtte derfor føye seg til deres krav.
Etisk vurdering	Det blir nevnt at det ikke var påkrevd godkjenning fra regionalt etisk komite, men for å beskytte deltakeren ble etiske retningslinjene fra «Declaration of Helsinki» fulgt. Dette innebar informasjon til deltakeren om mulighet for å trekke seg når som helst underveis og at innsamlet data ble konfidensielt.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 2.
Database	Ovid Medline

Artikkel nummer	10
Forfatter	Margareta Westerbotn, Tobias Blomberg, Evelina Renstro, Nina Saffo, Lina Schmidt, Britten Jansson and Arthur Aanesen
År	2017
Land	Sverige
Tidsskrift	Nordic Journal of Nursing Research
Tittel	Transgender people in Swedish healthcare: The experience of being met with ignorance.
Hensikt/Metode	Målet med studien var å beskrive transpersoners erfaringer i deres møter med helsepersonell. Det ble gjennomført intervju av deltakerne som ble tatt opp på bånd og deretter transkribert ordrett og videre kodet. Kvalitativ forskningsmetode.
Deltakere/Frafall	14 deltakere i alderen 20-50 år. Som har erfaringer med helsevesenet som ikke omhandlet kjønnsidentitetstematikk.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> -Store ulikheter mellom hver enkelt helsefagutøver relatert til kompetanse. - Deltakerne forventet ofte å bli møtt med uvitenhet fra helsepersonell og var redd for diskriminering og feilbehandling. Mange ble overrasket når de ble behandlet som alle andre. -Deltakerne verdsatt riktig bruk av kjønnspronomen og navn.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av The Research Ethics Council ved Sophiahemmet University. Artikkelen er utført i samsvar med de etiske retningslinjer fra «Ethical principles for medical research involving human subjects».
Kvalitet	Fagfellevurdert. Publikasjonsnivå 1.
Database	Proquest.