

Anonym

Se hele meg:

Pasienters og sykepleieres perspektiver på helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens.

Bacheloroppgave i Sykepleie

Oktober 2020

Anonym

Se hele meg:

Pasienters og sykepleieres perspektiver på helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens.

Bacheloroppgave i Sykepleie
Oktober 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

"På samme måte som sykepleiere vet at mennesket er mer enn dets hjerte, lunger og nyre, skal vi også vise forståelse for, og ha kunnskap om at mennesker og kjønn handler om mye mer enn genitalier" - Turid Sarsaunet og Linda Bylund, 2021

Sammendrag

Tittel: Se hele meg - Pasienters og sykepleieres perspektiver på helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere utøve respektfull helsehjelp til pasienter med kjønnsinkongruens?

Introduksjon: Økt synlighet og styrking av rettigheter til personer med kjønnsinkongruens, også kalt transpersoner, har preget Norge de siste årene. Det eksisterer derimot fremdeles stigma og diskriminering mot gruppen, i Norge og internasjonalt. Dette kan også forekomme i helsevesenet. Oppgaven belyser pasient- og sykepleierperspektiver på helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie med strukturert datasamling og analyse av funn.

Resultat: Mange pasienter med kjønnsinkongruens har gode møter med sykepleiere preget av respekt for deres kjønnsidentitet og behov for helsehjelp. Likevel er det fremdeles lite kunnskap om kjønnsinkongruens blant sykepleiere og i helsevesenet for øvrig og mange pasienter opplever diskriminering på bakgrunn av sin kjønnsidentitet.

Konklusjon: Sykepleier må være bevisst sine egne og samfunnets holdninger til kjønn og seksualitet, og inneha kompetanse om kjønnsinkongruens i møte med pasientgruppen for å kunne kommunisere profesjonelt og gi respektfull helsehjelp til pasientgruppen. Nøytralt språk, å anerkjenne pasientens kjønnsidentitet, og utfordre diskriminering innenfor helsevesenet synes spesielt viktig i møte med disse pasientene.

Nøkkelord: kjønnsinkongruens, transpersoner, pasienterfaring, kommunikasjon, sykepleiers perspektiv

Abstract

Title: See all of me – Patient and nurse perspectives of healthcare for persons with gender incongruence

Research question: How can nurses provide respectful healthcare to patients with gender incongruence?

Introduction: Norway has in the recent years seen more focus on representation and better rights for persons with gender incongruence, also known as transgender persons. However, there is still ongoing stigmatization and discrimination against this group of people, in Norway and internationally. This may also occur in healthcare. This thesis aims to discuss patient and nurse perspectives on healthcare for persons with gender incongruence.

Method: Litterary review consisting of structured research and result analysis.

Results: Many patients experience good meeting with nurses, with respect for their gender identity and need of healthcare. However, there is still little knowledge about gender incongruence among nurses and within healthcare institutions overall, and many patients experience discrimination because of their gender identity.

Conclusion: Nurses need to be aware their own prejudices, as well as the prejudices of society on topics such as gender and sexuality. Further, they need more knowledge about gender incongruence when meeting such patients in order to communicate professionally and give respectful healthcare to this group of patients. Gender neutral language, acknowledging the patient's gender identity and challenging discrimination seem particularly important when caring for this group of patients.

Key words: gender incongruence, transgender, patient perspectives, nursing perspectives.

Forord

Ideen til denne oppgaven ble til på en ferdighetstrening i praktiske sykepleieferdigheter. Gruppen skulle legge engangs urinkateter på en øvingsdukke ved navn Sigurd, en eldre herre med urinretensjon. Under øvelsen viste det seg at Sigurd hadde en noe utypisk kropp, med en mannlig overkropp og kvinnelig underliv. Instruktøren lo litt, og lurte på om ikke vi burde referere til Sigurd som «hen» og ikke «han». Det som kanskje bare ble med en liten spøk for resten av gruppa, fikk meg til å gruble. Situasjonen med Sigurd, som normen tilsier skulle ha et underliv med penis, men som i dette tilfelle hadde vulva, er faktisk en realitet for enkelte transpersoner. Fra tidligere forskning vet vi at eldre som bryter med normer for seksualitet skjuler sin legning når de flytter inn på institusjoner som sykehjem i frykt for diskriminering fra omgivelsene, selv om de tidligere har vært åpne homofile, lesbiske eller bifile, går de altså «tilbake til skapet» og lever ikke lenger åpne. Personer med kjønnsinkongruens, eller transpersoner, har ikke dette valget om de har foretatt kroppsjusterende forandringer i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling. Esben Esther Pirelli Benestad og Elsa Almås setter også ord på dette i et essay fra (), sykepleiere må i nært forestående fremtid vite noe om hvorfor enkelte pasienter tar østrogenpiller, eller hvorfor andre pasienter tilsynelatende uten grunn ikke vil la pleiepersonellet komme borti deres underliv.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder under utviklingen av denne oppgaven. Hens kunnskap og gode råd har vært særdeles viktige for at denne oppgaven kunne gjennomføres.

Innholdsfortegnelse

Innledning	6
1.1 Introduksjon til tema.....	6
Tabell 1 – Relevante tematiske ord og uttrykk for oppgaven	7
1.2 Bakgrunnskunnskap - En utsatt minoritet	9
1.3 Teori	10
1.3.1 Travelbee's menneske-til-menneske-forhold og personorientert kommunikasjon	10
1.3.4 Å møte en person med kjønnsinkongruens.....	11
1.4 Hensikt/Formål og problemstilling	11
Metode	12
2.1 Beskrivelse av metode.....	12
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
2.3 Søkehistorikk/søkestrategi.....	13
Tabell 2 – PICO-skjema.....	13
Tabell 3 – Søkehistorikk.....	13
2.4 Vurdering/utvelgelse av artikler	16
2.5 Analyse (fremgangsmåte for analyse og bearbeidelse av resultater fra utvalgte artikler)	17
Tabell 4 – Enkel innholdsanalyse	17
Resultat	18
3.1 Artikkelmatriser.....	18
Tabell 5 – Artikkelmatrise: Pasientperspektivet	18
Tabell 6 – Artikkelmatrise: Sykepleieperspektivet	19
Tabell 7 – Artikkelmatrise: Pasient- og sykepleieperspektiver.....	20
3.2 Presentasjon av resultater.....	21
3.2.1 Pasientperspektivet - bekreftende opplevelser og krenkende handlinger.....	21
3.2.2 Manglende kunnskap om kjønnsmangfold og lav kompetanse på å møte pasienter med kjønnsinkongruens	22
3.2.3 Sykepleierens perspektiv - å vite, eller ikke vite om kjønnsinkongruens, og frykten for å diskriminere.....	22
Diskusjon	23
4.1 Drøfting av resultater	23
4.1.1 Mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens blir en ekstra belastning for pasienten og fører til diskriminering	24
4.1.2 Sykepleieren som pasientens forkjemper - innhente kunnskap, utfordre diskriminering, fremme inkludering og ivareta rettigheter.....	25
4.1.3 God helsehjelp til pasienter med kjønnsinkongruens	28
Tabell 8 - Råd for god sykepleie til personer med kjønnsinkongruens.....	28
4.2 Implikasjon for sykepleiepraksis	30
4.3 Metodediskusjon	30
4.4 Konklusjon	31
Referanser	32

Kapittel 1 - Introduksjon

1.1 Introduksjon til tema

Personer med kjønnsinkongruens, eller transpersoner, opplever manglende samsvar mellom det kjønn de fikk tildelt ved fødsel og sin egen opplevde kjønnsidentitet. Denne gruppen har historisk sett vært utsatt for diskriminering og stigmatisering fra samfunnet i mange deler av verden. Frem til 2016 måtte personer med kjønnsinkongruens i Norge fjerne sine indre reproduktive organer, altså kastreres, for å få et juridisk kjønn som tilsvarte egenopplevd kjønnsidentitet (Regjeringen, 2016a; 2016b), og kjønnsinkongruens har inntil nylig vært å regne som en psykiatrisk diagnose i den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer, ICD-10, da under diagnosen F.64 transseksualisme (Verdens helseorganisasjon, 2016; Verdens helseorganisasjon - Europa, 2021). Til tross for diskriminering og stigmatisering, velger flere personer med kjønnsinkongruens å leve åpent. Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens har de siste årene meldt om en økning av antall mennesker som ønsker kjønnsbekreftende behandling (Wæhre & Schorkopf, 2019), og Helsedirektoratet lanserte i fjor nasjonale faglige retningslinjer for behandling av kjønnsinkongruens (Helsedirektoratet, 2020).

Et etisk prinsipp for utøvelse av sykepleie er respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Helsehjelp skal utøves med respekt for pasienten, skal anerkjenne pasienten som likeverdig, og ikke diskriminere på bakgrunn av eksempelvis kjønn og seksuell orientering (International Council of Nurses, 2012). Sykepleiere må være bevisst sitt maktforhold i møte med pasienten, som i mange tilfeller er avhengig av sykepleier for å kunne ivareta sine behov for helsehjelp (International Council of Nurses; Norsk sykepleierforbund, 20). Kjønnsinkongruens er i den ellevte revisjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer, ICD-11, definert som en diagnose under kategorien seksuell helse (Verdens helseorganisasjon, 2020), og sexologi er et fagfelt hvor stadig flere sykepleiere utøver klinisk praksis (Almås et al., 2014). Transpersoner oppsøker derimot også helsevesenet for andre helseproblemer enn kjønnsinkongruens, og det er fremdeles relativt lite publisert kunnskap om hvordan norske pasienter med kjønnsinkongruens opplever møter med helsepersonell, inkludert sykepleiere. Med økt åpenhet rundt kjønn- og seksualitetsmangfold i Norge (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020c; Wæhre & Schorkopf, 2019), og med god seksuell helse definert som et grunnleggende behov hos mennesker (Verdens helseorganisasjon, 2021), er personer med kjønnsinkongruens en pasientgruppe sykepleiere vil møte i sitt arbeid og må kunne utøve respektfull helsehjelp til.

Tabell 1: Relevante tematiske ord og uttrykk for oppgaven.

Begrep	Forklaring
Cisperson	Person som opplever samsvar mellom tildelt kjønn ved fødselen og egen kjønnsidentitet.
Cisnorm	Antagelsen om at alle opplever samsvar mellom tildelt kjønn ved fødsel og kjønnsidentitet.
Feilkjønn	Å bruke feil navn, pronomen eller kjønnsbegreper om en person.
Hen	Kjønnsnøytralt pronomen som både kan brukes der kjønn ikke er relevant, og som pronomen om personer som ikke definerer seg som kun mann eller kvinne (ikke-binær).
Heteronorm	Antagelsen om at heterofili er standarden for opplevelse av seksualitet og at alle er heterofile.
Ikke-binær	Kjønnsidentiteter som betegner opplevelsen av å ikke være kun mann eller kvinne.
Juridisk kjønn	Det kjønn som er registrert i personers ID-papirer som pass og førerkort, samt i offentlige registre. I Norge viser eksempelvis en persons fødselsnummer personens juridiske kjønn, mann eller kvinne. Noen land, som Nepal, India, Australia og Tyskland har i tillegg til de tradisjonelle kategoriene mann og kvinne et tredje juridisk kjønn, ofte definert som "X" eller "Annet".
Kjønnsbekreftende behandling	Behandlingstiltak som bekrefter en persons kjønnsidentitet. Kan være både hormonelle, kirurgiske eller ikke-medikamentelle tiltak.
Kjønnsdysfori	Smerte, lidelse og ubehag knyttet til at opplevd kjønn og kroppslig kjønn ikke samsvarer

Kjønnsinkongruens	Definert i ICD-11 om en betydelig og vedvarende mangel på samsvar mellom opplevd kjønn og kjønn tildelt ved fødsel. Ofte medfører dette et sterkt ønske om å endre på kroppen ved hjelp av hormonelle, kirurgiske eller ikke-medikamentelle tiltak
Kjønnsidentitet	En persons subjektive opplevelse av eget kjønn
Kjønnsuttrykk	Hvordan et individ viser kjønnstilørighet. Ofte forbundet med feminine eller maskuline kjønnsroller, eller androgynt utseende.
Kroppslig kjønn	Også kalt biologisk kjønn. Kjønnskarakteristikk på kroppen assosiert med kjønn.
LHBT	Samlebetegnelse for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner.
Minoritetsstress	Indre og ytre stressfaktorer knyttet til å tilhøre en minoritet. Ytre stressfaktorer kan innebære diskriminering, avvising og vold, bli feilkjønn eller ikke forstått av omgivelsene. Indre stressfaktorer kan innebære hemmelighold, skam og frykt for å bli avvist eller ikke forstått
Tildelt kjønn ved fødsel	Noen ganger omtalt som biologisk kjønn. Det kjønn en person får ved fødsel basert på ytre genitalier.
Transperson	Person som opplever mangel på samsvar mellom egen kjønnsidentitet og tildelt kjønn ved fødsel. Kan oppleve seg som mann, kvinne eller ikke-binær. Ikke alle personer med kjønnsinkongruens bruker dette begrepet om seg selv.
Transseksualisme	Gammel diagnosebetegnelse for opplevelsen av mangel på samsvar mellom opplevd kjønnsidentitet og tildelt kjønn ved fødsel
Referanser:	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020a; Skeiv Ungdom, 2021; Sarsaunet & Bylund, 2021; Van der Ros, 2013.

1.2 Bakgrunnskunnskap - en utsatt minoritet

Det er uklart akkurat hvor mange det er, både i Norge og internasjonalt, som opplever kjønnsinkongruens. Forsøk på å fastsette en forekomst av kjønnsinkongruens vil gi ulike svar utfra hvordan spørsmålet formuleres, slik Van der Ros (s. 20) påpeker i en levekårsundersøkelse fra 2013. Forekomst av kjønnsinkongruens kan måles ved å kartlegge hvor mange som søker kjønnsbekreftende behandling eller endrer juridisk kjønn, eller kartlegge respondenters opplevelse av sin kjønnsidentitet. Personer med kjønnsinkongruens er en svært heterogen gruppe, og det varierer hvilke begreper de velger å bruke om sin kjønnsidentitet. To store populasjonsstudier fra Nederland og Belgia estimerer at mellom 2,2% og 4,6% av personer som fikk tildelt juridisk kjønn «mann» ved fødsel og mellom 1,9% og 3,2% av personer tildelt juridisk kjønn «kvinne» ved fødsel, opplevde ambivalens rundt kjønnsidentitet. 0,7-1,1% av juridiske menn seg som kvinner, og 0,6-0,8% juridiske kvinner opplevde seg som menn (Kuyper & Wijsen, 2014; Van Caenegem et al., 2015).

Det kan være belastende å bryte med normer for kjønn og seksualitet i et samfunn som antar at alle er heterofile og tilfreds med det kjønn en ble tildelt ved fødsel, såkalte heteronormative/cis-normative samfunn. Transpersoner gjennomgår kjønnsbekreftende prosesser, medisinske og ikke-medisinske, og blir synlige for omgivelsene som en normbryter. I flere land er det straffbart å leve ut sin kjønnsidentitet på måter som synlig bryter med tradisjonelle kategorier og roller knyttet til å være mann og kvinne (ILGA World, 2019, s. 10). Belastningen ved å bli oppfattet annerledes og bli møtt med diskriminering, eller frykten for å bli det, kan føre til minoritetsstress (Van der Ross, 2013, s. 55). Holdninger til norske LHBT-personer har blitt mer positive i løpet av de siste ti årene, men det eksisterer negative holdninger til å bryte normer for kjønn. I 2017 var eksempelvis 1 av 5 negativt innstilt til personer som bytter mellom kjønnsuttrykk, og like mange var skeptiske til tanken en transperson som statsminister i Norge (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020b). Samtidig har 36% av LHBT-personer opplevd nedsettende kommentarer, 22% erfart hatefulle ytringer og 15% opplevd trusler på grunn av sin identitet. Gruppen er betydelig utsatt for diskriminering og vold sammenlignet med befolkningen ellers (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021).

I Van der Ross' levekårsundersøkelse skildres dårlig psykisk helse som følge av mangel på samsvar mellom kjønnsidentitet og kroppslig kjønn, mangel på tilgang til kjønnsbekreftende behandling og diskriminering av transpersoner. Å undertrykke og unngå åpenhet om sin kjønnsidentitet hadde en betydelig negativ innvirkning på psykisk helse, og mange slet med selvmordstanker før de begynte med å leve åpent med sin kjønnsidentitet (Van der Ros, 2017, s. 57-59). Informanter fra levekårsundersøkelsen *Skeiv på bygda* (Eggebo et al., 2015, s. 81) beskriver konsekvenser av å bryte med normer for kjønn og seksualitet; mobbing, utestengelser og ensomhet som kilder til psykisk uhelse. Levekårsundersøkelser fra land som Sverige, Storbritannia, Canada og Australia, bekrefter funnene. Mellom 30% og 50% har i disse undersøkelsene opplevd diskriminering og vold, og om lag halvparten av informantene unngikk visse daglige aktiviteter i frykt diskriminering (Folkhälsomyndigheten, 2015, s. 30; Bachmann & Gooch, 2017, s.10-11; Trans Pulse Canada 2020, s.7; Bretherton et al., 2021, s. 45). Mange oppgir psykisk uhelse med symptomer som angst og depresjon. Selvmordstanker, selvskading og selvmordsforsøk er utbredt blant respondentene i flere

av rapportene. (Folkhälsomyndigheten, 2015, s. 39; Trans Pulse Canada, 2020, s. 6-7; Bretherton et al., 2021, s. 46).

Også møter med helsevesenet byr på utfordringer for personer med kjønnsinkongruens. Informantene i Van der Ross' norske levekårsundersøkelse hadde opplevd lite av direkte diskriminerende holdninger, men det var ofte mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens hos helsepersonell utenfor Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (Van der Ross, 2013, s. 67-68). Informantene i *Skeiv på bygda* og *Den eneste skeive i bygda?* opplevde også manglende kompetanse på kjønnsidentitet i møte med helsepersonell. Flere beskriver sine behandlere som aksepterende og imøtekommende, men opplevde det som krevende å måtte bruke tid på å lære dem om kjønnsidentitet i stedet for å fokusere på helsehjelpen de var der for (Eggebo et al., 2015, s. 84-85; Stubberud et al., 2018, s. 18-19). Transpersoners møter med helsevesenet tematiseres også i de internasjonale kunnskapsrapportene. Mange av informantene i disse rapportene hadde blitt møtt med diskriminering, og derfor unngått å oppsøke nødvendig helsehjelp av frykt for ytterligere diskriminering (Folkhälsomyndigheten, 2015, s.44; Trans Pulse Canada, 2020, s.6; Bretherton et al., 2021, s.45). Noen hadde også opplevd å bli nektet helsehjelp på grunn av sin kjønnsidentitet (Folkhälsomyndigheten, 2015, s.44; Bachmann & Gooch, 2017, s. 13). Derimot er også mange transpersoner fornøyde med helsevesenet, slik det framgår i svenske Folkhälsomyndighetsens rapport; mange behandlere er imøtekommende til tross for manglende kompetanse om kjønnsidentitet (Folkhälsomyndigheten, 2015, s. 44).

1.3 Teori

1.3.1 Travelbee's menneske-til-menneske-forhold og personorientert kommunikasjon

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee definerte sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der sykepleieren hjelper noen til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og møter deres individuelle behov (Travelbee, 1999, s. 29). Menneske-til-menneske-forholdet var noe annet enn et pasient-og-sykepleier-forhold, som Travelbee mente fremmet stereotype rolleoppfatninger og tilslørte det unike i hvert individ (Eide & Eide, s.). Travelbee var opptatt av at den som mottar helsehjelp er et unikt og uerstattelig individ med sine egne perspektiver og erfaringer, og med subjektive opplevelser av helse, sykdom og lidelse. Lidelse var definert som fysisk, psykisk eller åndelig ubehag, som varierer i intensitet, varighet og dybde. Årsaker til lidelse kan være mange, og årsaker til psykisk og åndelig lidelse var "tap av status, anseelse eller integritet (...) reelle eller innbilte anslag mot stolthet og selvspekt (og) føler seg avskåret fra andre" (Travelbee, 1999, s. 99, 101). Diskriminering, krenkelser og manglende anerkjennelse av et individs opplevde identitet kan være kilder til slik lidelse for personer med kjønnsinkongruens.

Travelbee anså kommunikasjon som en prosess som, utført riktig, gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold til den som helsehjelp. Kommunikasjon er altså et verktøy sykepleier tar i bruk for å bli kjent med pasienten, forstå og møte hans behov og slik gi hjelp slik at pasienten kan mestre sykdommen eller lidelsen (Travelbee, 1999, s.136). Travelbees kommunikasjon var en form for personorientert kommunikasjon, som tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten i hans møte med sykdom eller lidelse. Eide og Eide (2017, s.17) definerer fire sentrale

elementer for personorientert kommunikasjon - å anerkjenne pasientens perspektiv, forstå pasientens psykososiale kontekst, etablere felles forståelse i forenlighet med pasientens verdi, å myndiggjøre pasienten til selvbestemmelse og eierskap i egen situasjon. Travelbee tok til orde for å være bevisst egne fordommer mot pasienten; det er umulig å ikke dømme andre ut fra den kunnskap man har om hverandre (Travelbee, 1999, s. 198). Dårlig kommunikasjon forekommer når sykepleieren lar forutinntatte og stereotype holdninger hindre hen i å se pasienten som et eget individ, lar være å lytte til pasienten eller utsetter pasienten for krenkelser (Travelbee, 199, s. 158-61, 165-166).

1.3.2 Å møte en pasient med kjønnsinkongruens

Med endringene i diagnosemanualene fra ICD-10 til ICD-11, og den nye diagnosen kjønnsinkongruens, lanserte Helsedirektoratet i 2020 nasjonale faglige retningslinjer for behandling av kjønnsinkongruens. Retningslinjene legger sterke føringer og normer i sine anbefalinger for hva som er god praksis for behandling og håndtering av diagnosen. Retningslinjen redegjør for utredning og behandlingsalternativer for kjønnsinkongruens, hvor den skal foregå og hvem som skal gi behandlingen, og gir anbefalinger om kunnskapsgrunnlag for helsepersonell og hvordan disse skal møte pasienter med kjønnsinkongruens på en god måte. Retningslinjene anerkjenner personer med kjønnsinkongruens som en gruppe utsatt for mangel på forståelse for sin situasjon fra omgivelsene, og som følgelig er sårbar for diskriminering (Helsedirektoratet, 2020).

Helsehjelpen skal gis med utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon og ønske om helsehjelp, og en forutsetning for god kommunikasjon mellom pasient og behandler er at behandler legger til side egen forutinntatthet og forventninger til det å ha kjønnsinkongruens. Det har ingen hensikt å utfordre pasientens kjønnsidentitet eller ikke ta denne alvorlig. Det vektlegges å spørre pasienten om hvilke begreper hen bruker om sin kjønnsidentitet, hvilket navn og pronomen hen bruker, og eventuelt hvilke begreper hen bruker om sine kroppsdeler. Pasientens ønsker om begrepsbruk bør journalføres for kontinuitet i møte med andre behandlere. Bruk kjønnsnøytrale og kliniske begreper for å beskrive kroppsdeler. Vis varsomhet i forbindelse med undersøkelse av kropp, og vektlegg pasientens ønsker under en sykehusinnleggelse, som å dele rom, ivaretagelse av taushetsplikt med mer. Helsepersonell bør unngå å relatere alle utfordringer hos pasienten til kjønnsinkongruens, med mindre det er relevant for behandlingen, og vise forståelse og sensitivitet for at enkelte spørsmål kan føles inngripende, selv om hensikten er å gi god helsehjelp (Helsedirektoratet, 2020; Sarsaunet & Bylund, 2021).

1.4 Hensikt/formål og problemstilling

"Hvordan kan sykepleiere utøve respektfull helsehjelp til pasienter med kjønnsinkongruens?"

Oppgavens formål er å undersøke pasientopplevelser og sykepleieres perspektiver kjønnsinkongruens. Dette er for å få et innblikk i hvordan pasientgruppen selv ønsker å bli møtt og hva de vektlegger som viktig for å få tillit og en god relasjon til sykepleieren. Samtidig åpner problemstillingen for muligheten til å belyse sykepleiers holdninger, erfaringer og refleksjoner rundt helsehjelp til pasientgruppen. Personer med kjønnsinkongruens benytter ulike helsetjenester gjennom hele livet, slik andre pasienter gjør. Jeg har valgt å avgrense til personer med kjønnsinkongruens fra norsk medisinsk

myndighetsalder, altså fra 16 år og oppover, og å sette søkelys på pasientmøter i ulike deler av helsetjenesten ut fra hvilke forskningsartikler som dukker opp i litteratursøket. På grunn av relativt lite forskning på norske pasienter med kjønnsinkongruens sine møter med helsetjenesten, anser jeg det som nødvendig å se etter forskning fra land som kan sammenlignes med Norge. Fordi jeg ønsker å undersøke erfaringer gjort fra pasientmøter utenfor spesialisert kjønnsbekreftende behandling, er det hensiktsmessig å prioritere forskningsartikler om pasienter med kjønnsinkongruens som belyser nettopp dette.

Kapittel 2 - Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Det ble først gjort generelle søk rundt temaet kjønnsinkongruens i universitetsbibliotekets databaser og Google Scholar, samt hos Helsedirektoratet og ulike kompetansesentre, eksempelvis Likestillingscenteret KUN, og pasient- og interesseorganisasjoner. Jeg på et foredrag for sykepleierstudenter i regi av Rosa Kompetanse: Helse og omsorg, som er Foreningen FRIs skoleringsprogram om kjønn og seksualitet (Foreningen Fri, 2021), og gjennomførte Likestillingscenteret KUNs E-læringsverktøy om inkluderende helsetjenester for transpersoner (Sarsaunet & Bylund, 2021).

Metode sier noe om hvordan man går fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Den er et redskap man tar i bruk for å samle inn, sortere og analysere data. Begrunnelsen for valg av metode er at den valgte metoden egner seg best til å belyse det man ønsker å finne ut på best mulig måte, altså spørsmålet eller problemstillingen man søker svar på (Dalland, 2017, s. 51-52).

Opgaven baserer seg på en litteraturstudie. En litteraturstudie er en gjennomgang av eksisterende forskningslitteratur på et valgt område, hvor valg av primærstudier gjøres systematisk og utvalgsmetoden er definert. Den har en tydelig problemstilling, beskriver søkestrategier som er brukt og på hvilket grunnlag artikler inkluderes eller ekskluderes i egen studie. Så analyseres resultatene i primærstudiene, og studiene kvalitetssjekkes (Christoffersen et al., 2015, s. 62-63). Litteraturstudien kan inneholde forskningsartikler basert på kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitativ metode tar utgangspunkt i konkrete målbare variable, mens kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s.52).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I henhold til strukturerte søk, må det utarbeides kriterier for å avgrense søket.

Følgende kriterier ble satt i forkant av strukturerte søk:

- Artiklene skal være relevant for problemstillingen, og omhandle enten personer med kjønnsinkongruens sine erfaringer i møte med helsetjenester, eller sykepleiers perspektiver på helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens
- Artiklene skal være 10 år eller yngre
- Forskningen skal være mest mulig overførbar for norske kulturforhold, og derfor være foretatt i Europa, Australia, New Zealand, eller Canada.
- Artiklene skal være skrevet på engelsk, norsk, svensk, eller dansk

- Artiklene skal være i fulltekst og fagfellevurdert
- Artiklene skal være av kvalitativ metode

Eksklusjonskriterier:

- Artikler publisert før 2010
- Forskningsartikler fra USA
- Kvantitativ forskning
- Artikler som omhandler pasienter med kjønnsinkongruens under 16 år

2.3. Søkehistorikk/søkestrategi

For å optimalisere det strukturerte søket, ble det utarbeidet søkeord ved bruk av «Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome»-skjema (Tabell 2). Søkeordene ble deretter brukt i de aktuelle søkedatabasene (Tabell 3).

Tabell 2, PICO-skjema

P	I	C	O
transgender* OR transsexual OR gender incongruence OR gender identity*	Nurs*, communication, respect or dignity OR dignified care		Patient perspective OR patient experience OR patient view OR patient perceptions

Tabell 3, søkehistorikk

Database	Dato	Søk nr	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	01.05	1	transgender* OR transsexual* OR gender incongruence OR gender dysphoria OR gender identity*		13286	
		2	Nurs*		912097	
		3	Communication		198248	

		4	Respect OR dignity OR dignified care		20442	
		5	Patient perspective OR patient experience OR patient view OR patient perceptions		70926	
		6	S1 AND S2	2010-2021, Europa, Storbritannia og Irland, Australia og New Zealand, Canada	243	Logie et al. (2018)
		7	S1 AND S3	2010-2021, Europa, Storbritannia og Irland, Australia og New Zealand, Canada	169	Beagan et al. (2013)
		8	S1 AND S4	2010-2021, Europa, Storbritannia og Irland, Australia og New Zealand, Canada	79	Lyons et al. (2015)
		9	S1 AND S5	2010-2021, Europa, Storbritannia og Irland, Australia og New Zealand, Canada	45	Beagan et al. (2012)

Medline	03.05	10	transgender* OR transsexual* OR gender incongruence OR gender dysphoria OR gender identity*		29647	
		11	Nurs*		754396	
		12	Communication		321088	
		13	Respect OR dignified OR dignified care		375540	
		14	Patient perspective OR patient experience OR patient view OR patient perceptions		12347	
		15	S10 AND S11	Siste ti år, Engelsk, Svensk, Dansk, Norsk, Alle voksne, ungdom (13-18 år)	245	Ziegler (2020) Montes-Galdeano et al. (2020)
		16	S10 AND S12	Siste ti år, Engelsk, Svensk, Dansk, Norsk, Alle voksne, ungdom (13-18 år)	332	

		17	S10 AND S13	Siste ti år, Engelsk, Svensk, Dansk, Norsk, Alle voksne, ungdom (13-18 år)	141	Lindroth (2016) von Vogelsang et al. (2016)
		18	S10 AND S14		32	
Oria	03.05		Enkeltøk etter artikkel			Carlström et al. (2020)

Det ble utført søk i databasen CINAHL, med søkeordene "transgender* OR transsexual* OR gender incongruence OR gender dysphoria OR gender identity*", "Nurs*", "communication", "respect OR dignity OR dignified care", samt "patient perspective OR patient experience OR patient view OR patient perceptions". Booleske operatører (AND/OR) og trunkering ble brukt for å optimalisere treff på artikler. For å avgrense antall artikler å gå gjennom manuelt, ble avgrensninger som årstall for publisering, språk og land i henhold til inklusjonskriteriene brukt. Etter avgrensningene ble resultatene gjennomgått manuelt i form av lesing av tittel og abstrakt. Hele artikkelen ble lest hvis studien virket relevant.

Samme søkeord og søkekombinasjoner ble brukt i databasen MedLine. Kombinasjonene ga betydelige høyere antall treff i denne databasen, og avgrensninger som årstall, språk og alder på populasjon ble brukt for å avgrense antall treff. Resultatene ble deretter gått gjennom på samme måte som søkeresultatet i CINAHL. I begynnelsen av søket var problemstillingen fremdeles vinklet på kun pasientperspektivet av helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. Etersom søkene ble utført, dukket det få forskningsartikler opp som oppfylte inklusjonskriteriene og utelukkende fokuserte på pasientopplevelse. Jeg valgte derfor å utvide problemstillingen til å inkludere sykepleierperspektiver, da en del relevante artikler dukket opp i søkekombinasjonene med søkeordet "Nurs*". Én av artiklene jeg ønsket å bruke dukket opp som forslag fra tidsskriftsnettsiden ved gjennomgang av en annen artikkel, og tittelen virket lovende for problemstillingen. Da artikkelen ikke dukket opp i de strukturerte søkene, søkte jeg etter tittel og artikkelforfatter i databasen Oria, og dette håndsøket er ført opp i søketabellen.

2.4. Vurdering / utvelgelse av artikler

Ti artikler er presentert i artikkelmatrisen i kapittel 3, hvorav fem artikler omhandler pasientperspektiver, fire omhandler sykepleierperspektivet, og én artikkel omhandler både pasient- og sykepleierperspektiv. Artiklene er gjennomgått punktvis for å vurdere om de er i samsvar med inklusjonskriteriene, om resultatene er relevante for problemstillingen, samt om artiklene svarte til sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning som ble utdelt fra faglærere på studiet.

2.5. Analyse (fremgangsmåte for analyse og bearbeidelse av resultater fra utvalgte artikler)

De ti artiklene ble nærlest for å identifisere tematiske likheter og ulikheter (Tabell 4). Nøkkelfunn fra studiene ble gransket og notert ned, så sortert i kategorier og underkategorier (Evans, 2002).

Tabell 4, enkel innholdsanalyse

	Mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens/transpersoner	Pasientens perspektiv	Sykepleiers perspektiv	Diskriminering og krenkende handlinger fra helsepersonell	Råd til sykepleier
“Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination”: Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada.	X	X	X	X	X
“They’re Just Like Everybody Else, So What’s the Difference?”	X		X	X	
Working with transgender clients: Learning from physicians and nurses to improve occupational therapy practice.	X		X		X
The integral role of nurses in primary care for transgender people: A qualitative descriptive study.	X		X		X
Improving the care management of trans patients: Focus groups of nursing students’ perceptions.	X		X	X	X
A qualitative study of transgender individuals’ experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity	X	X		X	X
‘Wouldn’t it be easier if you continued to be a guy?’ – a qualitative	X	X		X	X

interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals					
A phenomenological exploration of transgender people's experiences of mental health services in Ireland	X	X		X	X
"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	X	X		X	X
'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff.	X	X		X	X

Kapittel 3 - Resultat

3.1. Artikkelmatriser

Tabell 5, artikkelmatrise - pasientperspektivet:

Relevans	Bidrar med kunnskap om helsehjelp til transpersoner med rusproblematikk, hvor det fra før har vært lite kunnskap om denne gruppens erfaringer. Peker på sammenheng mellom aksept for og kunnskap om kjønnsidentitet og gode pasienterfaringer fra behandlingsforløp.	Bidrar med klinisk kunnskap om personer med diagnosen transeksualismes egne erfaringer i møte med helsepersonell under kjønnsbekreftende behandling, hvordan helsepersonells holdninger, kunnskap og klinisk erfaring om transeksualisme påvirker møtene og tar til orde for kompetanseheving på feltet.	Diskuterer sykepleiers rolle i å sikre at transpersoner blir møtt med respekt og kunnskap om deres kjønnsidentitet.	Bidrar med klinisk kunnskap om transpersoners egne erfaringer i møte med helsepersonell, belyser diskriminering i helsevesenet og belyser og kommer med råd på områder hvor sykepleier kan ta til orde for å styrke pasientenes rettigheter. Kunnskap om transpersoner og respekt for deres identitet. Opplevelser og kropp vektlegges	Viser hvordan helsepersonell kan oppnå tillit til transpersoner ved å vise respekt for deres identitet og individuelle behov.
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat
Lyons et al. (2015). A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity. <i>Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy</i> , 10, article 17	Undersøke transpersoners erfaringer med behandling av rusavhengighet.	Kvalitativt, semi-strukturert intervju med 34 transpersoner i Vancouver, Canada, som har erfaring med bruk av rusmidler.	14 av studiens informanter hadde erfaring med avhengighetsbehandling. De som opplevde aksept for sin kjønnsidentitet fra behandlerne hadde gode erfaringer fra behandlingen generelt. Personer som opplevde diskriminering og stigma på bakgrunn av kjønnsidentitet endte opp med å avslutte behandlingen tidligere enn planlagt.
Von Vogelsang et al (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. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(23-24), 3577-3588	Undersøke personer med diagnosen transseksualismes erfaringer i møte med helsevesenet under kjønnsbekreftende behandling.	Kvalitativt, semi-strukturert intervju med 6 svenske personer diagnostisert med transseksualisme, som enten har gjennomgått kjønnsbekreftende kirurgi eller venter på kirurgi.	Møter med helsepersonell opplevdes som gode når deres kjønnsidentitet og opplevelser ble anerkjent og respektert. Derimot opplevde de også møter preget av manglende kunnskap om transseksualisme, maktmisbruk, kjønnsstereotype holdninger og feil bruk av navn og pronomen på pasienten.
Delaney & McCann (2020). A phenomenological exploration of transgender people's experiences of mental health services in Ireland. <i>Journal of Nursing Management</i> , 29(1), 68-74	Undersøke transpersoners erfaringer i møte med psykisk helsehjelp.	Fenomenologisk, kvalitativt, semi-strukturert intervju med fire transpersoner i Irland som hadde hatt tre eller flere behandlingstimer, om deres erfaringer med psykisk helsehjelp.	Hvorvidt pasientene ble møtt med bekræftelse og respekt eller stigma og fordommer påvirket hvor god den terapeutiske relasjonen mellom pasient og behandler ble.
Lindroth (2016). 'Competent persons who can treat you with competence, as simple as that' - an interview study with transgender health care professionals. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(23-24)	Undersøke transpersoners erfaringer i møte med helsepersonell, med særlig fokus på pasientrettigheter og seksuell helse.	Kvalitativt, semi-strukturert intervju med 20 svenske personer som identifiserer seg som transpersoner og/eller ikke-binære.	Informantene beskriver møter med helsepersonell preget av mangel på kunnskap og respekt for transpersoner, samt fremmedgjøring og mangelfull oppfølging.
Carlström et al (2020). 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	Belyse erfaringer fra transpersoners møter med helsepersonell.	Kvalitativt, skrevne egenrapporteringer fra 21 svenske informanter med kjønnsinkongruens og pasienterfaring.	Et hovedtema (respekt), og tre hovedkategorier (aksept for transpersoners identitet, se den enkelte pasients behov, å bli møtt med kunnskap) gikk igjen i respondentenes rapporteringer.

Tabell 6, Artikkelmatrise – sykepleieperspektivet:

<p>Relevans</p> <p>Diskuterer sykepleieres erfaringer med å gi helsehjelp til LHBT-personer, og diskuterer hvordan å reflektere over egen kunnskap og holdninger kan bidra til bedre helsehjelp til pasientgruppen.</p>	<p>Studien innhenter tverrfaglig kompetanse om transpersoner som pasientgruppe for å tilføre kunnskap til eget fagområde (ergoterapi), og henter erfaring og kunnskap fra blant annet sykepleiefeltet.</p>
<p>Belyser temaet helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens fra sykepleierperspektivet og diskuterer utfordringer og tiltak.</p>	<p>Tar temaet helsehjelp til transpersoner med til grunnutdanningsnivået i sykepleiefaget og viser hvordan kompetanseheving på området kan skje allerede under sykepleieutdanningen.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat
Beagan et al. (2012). Nurses' Work With LGBTQ Patients: "They're Just Like Everybody Else, So What's the Difference?" . <i>The Canadian Journal of Nursing Research</i> , 44(3), 44-63	Undersøke sykepleieres holdninger og kunnskap om LHBT-personer, og deres erfaringer med å behandle denne pasientgruppen.	Kvalitativ, semi-strukturerte intervjuer med 12 sykepleiere i Nova Scotia, Canada.	Informantene delte alle en iboende holdning om at kjønnsidentitet og seksuell orientering ikke skulle ha noe å si for hvor god helsehjelp pasienten skulle få, og var opptatt av å se pasienten som et unikt individ. De var opptatt av å møte pasienten med minst mulig forutinntatthet og ikke vise en diskriminerende holdning.
Beagan et al. (2013). Working with transgender clients: Learning from physicians and nurses to improve occupational therapy practice. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 80(2), 82-91.	Innhente klinisk erfaring fra sykepleiere og leger om helsehjelp til transpersoner.	Kvalitativ, semi-strukturerte intervjuer med 12 sykepleiere og 9 leger som har klinisk erfaring med LHBT-pasienter.	Hvor mye informantene hadde jobbet med trans-pasienter varierte. Mange hadde ønske om og behov for mer kunnskap om pasientgruppen, og så kompetanseheving for helsepersonell som det viktigste tiltaket for god helsehjelp. Informantene vektla også å anerkjenne pasientgruppens erfaringer med diskriminering og stigmatisering og så på transpersoner som en sårbar gruppe.
Ziegler, (2020). The integral role of nurses in primary care for transgender people: A qualitative descriptive study. <i>Journal of Nursing Management</i> , 29(1), 95-103	Få innsikt i hvilke sykepleieaktiviteter og opplæring som er nødvendig for god helsehjelp til transpersoner.	Kvalitativ, semi-strukturert intervju med 6 sykepleiere.	Sykepleiere spiller en sentral rolle i å gi helsehjelp når transpersoner oppsøker helsevesenet. Hovedutfordringen synes å være manglende kunnskap om pasientgruppen. Å sørge for at arbeidsplassen har fokus på bekrefteelse av transpersoner opplevelse av kjønn og identitet fremheves som viktig for god helsehjelp.
Montes-Galdeano et al. (2020). Improving the care management of trans patients: Focus groups of nursing students' perceptions. <i>Journal of Nursing Management</i> , 29(1), 75-84	Undersøke sykepleierstudenters perspektiver på helsehjelp til transpersoner og hvordan forbedre denne helsehjelpen.	Kvalitativ, fokusgruppeintervjuer med 124 spanske sykepleierstudenter i 12 fokusgrupper, hvor studentene fikk undervisning om kjønns mangfold deltok i en simuleringssoppgave om å ivareta en pasient med kjønnsinkongruens.	Informantene peker på behov for mer kunnskap om helsehjelp til pasientgruppen og etterlyser blant annet mer plass til tematikken i sykepleierutdanningen, samt at ansvarlige sykepleiere og avdelingsledere etablerer rutiner for hvordan man tar imot pasienter med kjønnsinkongruens som trenger helsehjelp.

Tabell 7, artikkelmatrise – pasient- og sykepleieperspektiver:

Resultat	Relevans
Informantene oppga tematiske problemstillinger som heteronormative holdninger, fordommer og mangel på kunnskap hos helsepersonell. Informantene kom også med råd og ønsker om hvordan helsevesenet kan møte LHBT+-personer på en god måte.	Gir innsyn i LHBT-personers møter med helsevesen, hvilke behov innenfor seksuell helse de kan ha. Diskuterer hvordan helsepersonell kan møte disse pasientene på en god måte, og inkluderer perspektiver fra helsepersonell.

Referanse	Hensikt	Metode
<p>“ Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination” : Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. Health and Social Care in the community, 27(5)</p>	<p>Undersøke erfaringer med seksuell helsehjelp hos ungdom og voksne LHBT-personer i Arktisk Canada, og helsepersonells erfaringer i møte med denne pasientgruppen.</p>	<p>Kvalitativ metode, individuelle dybdeintervju med 27 pasienter (hvorav 12 transpersoner), samt 14 ansatte i helsevesenet.</p>

3.2 Presentasjon av resultater

3.2.1 Pasientperspektivet - bekreftende opplevelser og krenkende handlinger

Studiene med pasienterfaringer skildret gode møter med helsevesenet (Logie et al., 2018; Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Fellestrekk for de gode møtene var at behandleren som tok imot pasienten enten hadde kunnskap om kjønnsinkongruens, eller var ærlig på at hen hadde begrenset kunnskap om temaet. Behandler var sensitiv på når spørsmål knyttet til kjønnsinkongruens ble tatt opp, og fokuset var på behovet for helsehjelp (von Vogelsang et al, 2016; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Behandleren anerkjente og oppmuntret pasientens kjønnsidentitet heller enn å sykeliggjøre den, refererte til pasienten med navn og pronomen etter pasientens ønsker, og avklarte med pasienten hva som var riktig å si hvis behandler var usikker på dette (Logie et al., 2018; Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Det var viktig for pasientene at behandlerne inkluderte pasienten i samtaler og beslutninger rundt behandling, og viste varsomhet i forbindelse med undersøkelse av pasientens kropp, spesielt om pasienten ikke hadde gjennomgått kjønnsbekreftende behandling (von Vogelsang et al, 2016; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020).

Pasientene opplevde også dårlige møter med helsepersonell. Dette var situasjoner der behandleren ikke anerkjente pasientens kjønnsidentitet. Dette forekom eksempelvis som bruk av feil navn og pronomen om pasienten og sykeliggjøring av pasientens kjønnsidentitet (Logie et al., 2018; Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Det forekom også at helsepersonell kom med nedsettende kommentarer eller latterliggjorde pasienten, brukte sin maktposisjon til å tilegne seg sensitiv informasjon som var irrelevant for

behandlingen, eller viste motvilje mot å behandle pasienten (von Vogelsang et al, 2016; Carlström et al, 2020).

Å oppleve diskriminering og mangel på støtte, eller frykt for dette førte til at pasienten mistet tillit til behandler. Flere pasienter i ulike studier hadde utsatt eller unngått å oppsøke helsehjelp på grunn av diskriminering fra helsepersonell (Lyons et al., 2015; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016), eller tilbakeholdt informasjon i gruppebehandlinger i frykt for at deres identitet skulle ta oppmerksomhet bort fra behandlingen; frykten for å oppleve diskriminering resulterte i en form for selvstigmatisering (Lyons et al., 2015). I ytterste konsekvens kunne diskriminering fra behandler medføre at pasienten avbrøt behandlingen. Flere av pasientene i Delaney med fleres studie opplevde dette. En pasient fortalte om hvordan behandleren aggressivt stilte negative spørsmål ved hens kjønnsinkongruens og kjønnsuttrykk. Etter en hendelse under innleggelse hvor samme behandler ropte til hen, konkluderte pasienten med at behandlingen ikke var verdt det og avbrøt behandlingen (Delaney&McCann, 2020). Helsepersonells måte å håndtere diskriminering innvirket også på pasientenes opplevelser av behandlingen som helhet. Flere av pasientene i Lyon med fleres studie om rusbehandling opplevde verbal og seksuell trakassering, samt vold fra medpasienter som reaksjon på deres kjønnsuttrykk. Pasientene opplevde ulik håndtering fra personalet av hendelsene, med forskjellig utfall for videre behandling for pasienten. En pasient hadde blitt utsatt for verbal trakassering og drapstrusler fra en medpasient, og pasienten som truet henne fikk fortsette sin behandling uten skjermende tiltak. Hun følte seg derfor utrygg og avbrøt behandlingen. En annen pasient ble derimot møtt med forståelse for utryggheten hen opplevde som følge av seksuell trakassering og vold, og pasienten som trakasserte hen ble utelukket fra videre behandling; hen fullførte sin egen behandling (Lyons et al, 2015).

3.2.2 Manglende kunnskap om kjønnsmangfold og lav kompetanse på å møte pasienter med kjønnsinkongruens

Et betydelig fellestrekk fra studiene med pasienterfaringer, var pasientenes opplevelse av mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens i helsevesenet. Pasientene så en sammenheng mellom mangel på kompetanse, og forutinntatthet og diskriminering de opplevde (Logie et al., 2018; Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). I behandlingssituasjoner som ikke hadde direkte med kjønnsinkongruens å gjøre, hadde ikke helsepersonell oversikt over vanlige begreper knyttet til disse temaene, de feilkjønnet pasientet, og snakket unødvendig kjønnet om pasientenes kropp (von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Fordi mange innenfor helsevesenet ikke har tilstrekkelig kompetanse på kjønnsinkongruens, opplevde mange av pasientene å måtte lære opp behandlerne sine om kjønnsinkongruens og selv ta initiativ for å drive behandlingsforløpet framover. Pasientene opplevde dette som belastende og at fokuset på helsehjelpen de søkte ble mindre hos behandleren (von Vogelsang et al, 2016; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020).

3.2.3 Sykepleierens perspektiv - å vite, eller ikke vite om kjønnsinkongruens, og frykten for å diskriminere.

Studiene med sykepleierperspektiv avdekket også mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens hos helsepersonell (Logie et al, 2018; Beagan et al., 2012; Beagan et

al., 2013; Ziegler et al., 2020; Montes-Galdeano et al, 2020). Både helsepersonell og pasienter i Logie med fleres studie (2018) mente at kjønnsinkongruens er et ukjent tema for behandlere, og helsepersonellet var i likhet med informanter fra andre studier usikre på hvilke begreper man skal bruke og hvordan man skal kommunisere for å unngå diskriminering av pasienten.

I Beagan med fleres studier (2012, 2013) hadde sykepleierne erfaring med å utøve sykepleie til LHB-personer, men lite erfaring med transpersoner. Hvordan man forholdt seg til kjønnsidentitet varierte blant sykepleierne, men felles for alle var et sterkt ønske om å se pasienten som et unikt individ med behov for helsehjelp. Flere var redde for å si noe krenkende til pasienten. Til tross for å en såkalt ikke-dømmende holdning, var det en del som viste manglende forståelse for hvordan strukturell diskriminering fra samfunnet og minoritetsstress kan påvirke helsen til transpersoner og være en barriere for gode møter for pasientene. Sykepleierne som forsto dette, var derimot beredt til å utfordre diskriminerende holdninger blant sine kolleger (Beagan et al, 2012). Noen av informantene tok selv initiativ til å lære om kjønnsinkongruens, og informasjonen kom ofte fra pasienten selv. Dette ble problematisert av en lege i studien, som observerte frustrasjon hos pasienter som måtte være "ekspert på sin egen helsehjelp". En av sykepleier utfordret denne problemstillingen med å selv oppsøke informasjon om kjønnsinkongruens, og var opptatt av å lære sammen med pasienten, og ikke bare av vedkommende (Beagan et al, 2013).

De seks sykepleierne ansatt i primærhelsetjenester, intervjuet i Ziegler med fleres studie fra 2020, hadde ikke fått undervisning om kjønnsinkongruens på grunnutdanningen i sykepleie. Sykepleierne klarte likevel å erverve kompetanse på å møte pasienter med kjønnsinkongruens på sine arbeidsplasser. Metodene inkluderte fagdager, ferdighetstrening, hospitering, konferanser og mentorordninger fra interesseorganisasjoner på feltet. Slik fikk sykepleierne mulighet til å utvikle sin egen kompetanse på individnivå, samt utvikle verktøy for å gjøre helsetjenesten de praktiserte i mer inkluderende for pasienter med kjønnsinkongruens (Ziegler et al., 2020).

Spanske sykepleieforskere har sett på utbyttet sykepleierstudenter kan få av å møte pasienter med kjønnsinkongruens allerede under sykepleiestudiet. 124 sykepleierstudenter deltok i sitt første år av utdanningen i studien til Montes-Galdeano med flere (2020). Studentene fikk undervisning om kjønnsinkongruens og gjennomførte en ferdighetstrening hvor de skulle ta en inntakssamtale på en pasient som var transperson. Øvelsen var konstruert slik at den tok opp temaer som begrepsbruk om pasienten og hvordan man forholder seg til diskriminering fra andre sykepleiere. Studentene var opptatt av å kommunisere respektfullt, men opplevde det som utfordrende å bruke riktig språk om pasienten med de mangelfulle opplysningene de hadde blitt gitt i forkant. De klarte likevel å oppfatte ubehaget pasienten viste ved å ikke bli anerkjent med rett navn og pronomen, og de fleste studentene klarte også å få med seg den diskriminerende oppførselen fra en kollega under øvelsen. Kun et fåtall klarte derimot å reagere på de diskriminerende utsagnene (Montes-Galdeano et al., 2020).

Kapittel 4 Diskusjon

4.1 Drøfting av resultater

4.1.1 Mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens blir en ekstra belastning for pasienten og fører til diskriminering

Et sentralt, gjennomgående tematisk funn fra samtlige forskningsartikler er mangelen på kunnskap om kjønnsinkongruens blant helsepersonell. Dette opptok informantene i stor grad i både pasientstudiene og sykepleierstudiene. Mange pasienter med kjønnsinkongruens opplever at sykepleiere og andre som skal utøve helsehjelp ikke har tilstrekkelig kunnskap om hva det vil si å ha kjønnsinkongruens eller være transperson (Logie et al., 2018; Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Helsepersonell som manglet denne kunnskapen hadde vanskeligheter med å skille mellom begreper og konsepter knyttet til seksuell orientering og kjønnsidentitet, manglet kompetanse på hvordan man referer til pasienten i kommunikasjon og hadde ikke tilstrekkelig innsikt i mulige helserelaterte behov for pasientgruppen. Sykepleierinformantene fra de andre forskningsartiklene bekrefter disse funnene (Logie et al, 2018; Beagan et al., 2012; Beagan et al., 2013; Ziegler et al., 2020; Montes-Galdeano et al, 2020), og disse stemmer overens med pasienterfaringer fra tidligere forskningsrapporter om personer med kjønnsinkongruens (Van der Ross, 2013, s. 67-68; Stubberud et al., 2018, s. 18, 21-22). Også Helsedirektoratets nye retningslinjer for kjønnsinkongruens identifiserer en mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens i flere ledd av den norske helsetjenesten, og at det må tas sikte på en kompetanseheving for å sikre god helsehjelp til pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2020).

Mangelen på kunnskap fører til negative konsekvenser for pasienten, og diskriminering fra helsepersonell. Mange pasienter fortalte om at mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens blant behandlere de møtte i helsetjenesten førte til at pasienten selv måtte stå for opplæring av behandleren. I tillegg falt det på pasienten alene å måtte identifisere behov for behandling, ulike behandlingsmuligheter og hvordan få tilgang til disse. Til tross for en forståelse for mangelen på kunnskap om kjønnsinkongruens, opplevde pasientene det som belastende å gjentatte ganger måtte stå for arbeid som ellers i helsevesenet er forventet å være et ansvar fra behandlerens side (von Vogelsang et al, 2016; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Dette er en problemstilling som dukker opp kontinuerlig i nesten samtlige av studiene, og ikke alle sykepleiere som bruker pasienten som informasjonskilde er klar over belastningen det medfører for pasienten (Beagan et al., 2013).

Et vanlig eksempel på diskriminering er å ikke bli referert til ved sitt valgte navn og pronomen i møte med helsetjenesten (Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Dette kan skyldes uvitenhet fra sykepleierens side, eller at helsetjenestens systemer ikke er oppdaterte med den nye informasjonen, men noen ganger blir slik feilkjønnning av pasienten også brukt som en måte for behandler å vise motvilje mot pasienten. Uansett årsak, oppleves slik tiltale som respektløs og uprofesjonell, da det i praksis blir en påminnelse om at kroppslig kjønn ikke ennå samsvarer med pasientens kjønnsidentitet, og at omgivelsene ikke anerkjenner pasienten for den hen er. Konsekvensen blir kjønnsdysfori og andre negative følelser hos pasienten (von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann; Carlström et al, 2020). Flere av studiene påpeker at pasientene ofte møter andre former for diskriminering på bakgrunn av sin kjønnsinkongruens. Flere opplevde å bli utfordret på identiteten sin av behandlere som i utgangspunktet skulle hjelpe pasienter med andre problemstillinger enn kjønnsinkongruens (von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann,

2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Behandlere viste fordommer og stereotypiske holdninger om hva det vil si å ha kjønnsinkongruens, og utøvde negative sanksjoner mot pasienten om hen ikke levde opp til disse forventningene (Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). I forbindelse med kjønnsbekreftende behandling opplevde pasienter å måtte ha kjønnsinkongruens på "rett måte" for å få tilgang på nødvendig behandling (von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Dette fører til svekket tillit til behandler og kan skade den terapeutiske relasjonen og behandlingsutbyttet, fordi pasienten ikke opplever å kunne være seg selv eller å kunne ta opp viktige temaer i behandlingssituasjonen, og svekker pasientens rett til autonomi og medvirkning.

Det forekom også at behandlere misbrukte sin maktposisjon. Pasienter opplevde nonverbale signaler på motvilje fra behandler, at behandler brukte unødvendig komplisert språk i henvendelser til eller om pasienten, tilbakeholdelse av informasjon om behandling, eller at behandler brukte sitt maktforhold til å tilegne seg sensitiv informasjon om pasientens kjønnsinkongruens og kropp, hvor dette overhode ikke var relevant for behandlingssituasjonen (Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Noen pasienter opplevde å bli nektet helsehjelp eller fikk sterke signaler om at det bød behandler sterkt imot å hjelpe pasienten (von Vogelsang et al, 2016; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020, noe det også har blitt gjort funn av i tidligere forskningsrapporter (Folkhälsomyndigheten, 2015, s.44; Bachmann & Gooch, 2017, s. 13). Som sykepleier har man i relasjon til pasienten en grunnleggende skjevfordeling av makt, fordi sykepleier både har tilgang til sensitiv informasjon om pasienten og fordi pasienten er avhengig av sykepleieren for å få helsehjelp. Sykepleier må derfor være bevisst sin rolle som behandler, og ikke bruke unødvendig makt og tvang, eller opptre slik at pasienten krenkes eller skades (International Council of Nurses, 2012; Norsk sykepleierforbund, 2019). I ytterste konsekvens fører diskriminering og krenkelser til at pasienten avbryter behandling eller vegrer seg for å oppsøke helsehjelp i fremtiden (Lyons et al., 2015; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020), noe som må behandles som en betydelig trussel mot helsen hos pasienter med kjønnsinkongruens.

4.1.2 Sykepleieren som pasientens forkjemper - innhente kunnskap, utfordre diskriminering, fremme inkludering og ivareta rettigheter

Tilstrekkelig kunnskap om kjønnsinkongruens regnes som viktig av sykepleiere for å kunne gi god og respektfull helsehjelp til pasientene. Mange av informantene fra studiene anerkjenner at de på noen områder ikke har nok kompetanse om pasientgruppen (Logie et al., 2018; Beagan et al., 2012; Beagan et al., 2013; Montes-Galdeano et al., 2020). Å anerkjenne begrensninger rundt kompetanse er noe flere pasienter med kjønnsinkongruens setter pris på hos behandlere, og de ønsker at behandlere etterstreber å innhente mer kunnskap om kjønnsinkongruens (von Vogelsang et al., 2016; Lindroth, 2016; Carlström et al., 2020). Derimot er det viktig at kompetanseheving ikke går på bekostning av pasienten, da mange pasienter opplever det som belastende å skulle lære opp sin behandler (Beagan et al., 2013).

Beagan med flere (2012, 2013) forsket på helsehjelp til LHBT-pasienter i et større forskningsprosjekt, og har skrevet flere artikler som tar for seg ulike perspektiver fra både pasienter og helsearbeideres synsvinkler. To av artiklene ser på sykepleiers

holdninger til hva som er god helsehjelp til transpersoner, og presenterer ulike, komplekse perspektiver. Sykepleierne hadde varierende erfaring med pasienter med kjønnsinkongruens, og følgelig varierte holdningene til hvordan man best utøver helsehjelp til pasientgruppen. Felles for mange var en frykt for å vise fordommer og holdninger som reduserte pasientene til kun «å være» sin kjønnsidentitet, eller å si noe som kunne tolkes som «feil» av pasienten. Noen knyttet dette til manglende erfaring og kunnskap om kjønnsinkongruens, men sykepleierne uttalte samtidig et ønske om å ville pasienten vel og ikke forårsake unødvendig ubehag. Joyce Travelbee mente at en ikke-dømmende holdning ikke fantes fordi det ligger i menneskets natur å dømme andre, og følgelig må sykepleier være bevisst på hva slags holdninger og fordommer hen selv har (Travelbee, 1999, s. 198). Kunnskapsmangel om kjønnsinkongruens kan føre til forutinntatte holdninger til pasienten, som merker dette, og å være bevisst sitt eget kunnskapsnivå og gå inn for å ikke la fordommer styre hvordan en kommuniserer med pasienten er derfor klokt (Travelbee, 1999, s.158-159). Dette er også sentral for kultursensitiv sykepleie, som tar til orde for at sykepleier innehar kunnskap om kulturelle perspektiver på helse, samfunn og identitet. Ved å være bevisst sin egen kultur og samtidig vise sensitivitet for andres kulturperspektiver, kan sykepleier unngå misforståelser og antagelser, og slik fremme tillit og respektfull kommunikasjon til pasienten (Ingstad, 2013, s. 116).

Flere sykepleiere var av den oppfatning at kjønnsidentitet rett og slett ikke var relevant for hvilken sykepleie skulle gis, for som en sykepleier poengterte, «er vi alle like på innsiden» (Beagan et al., 2012). Å se pasienten som et eget individ er riktignok viktig for å kunne gi helhetlig pleie, slik Travelbee tok til orde for i sin sykepleieteori, men dersom fokuset kun skal være på pasienten som et individ, er det en fare for å overse levde erfaringer mange transpersoner har til felles. Mange transpersoner opplever diskriminering og stigmatisering fra omgivelsene som kan omfatte alt fra fordommer til trakassering og vold. Da hjelper det ikke nødvendigvis at sykepleieren selv tenker at kjønnsidentiteten til pasienten ikke er relevant for sykepleien. Diskriminering og stigma fører beviselig til negativ påvirkning på et individs helse, og mange transpersoner har følgelig både fysiske og psykiske helseutfordringer, og vegrer seg for å oppsøke helsehjelp i frykt for å bli diskriminert. Alt dette må en sykepleier være bevisst på. Å anerkjenne sosiale forskjeller hos en minoritetsgruppe i samfunnet, kan bidra til å identifisere egne eller andres diskriminerende handlinger og utfordre disse på vegne av pasienten, noe enkelte av sykepleierne i studiene tok opp (Beagan et al., 2012; Beagan et al., 2013).

Også i Montes-Galdeanos fokusgruppestudie med sykepleierstudenter (2020) ble å utfordre diskriminering et tema. Generelt hadde studentene en grunnleggende ikke-dømmende holdning til transpersoner, men likevel var det få av studentene som mestret å utfordre diskriminerende holdninger til pasienten hos sin sykepleierkollega under studiets ferdighetstrening. Dette illustrerer at en positiv, ikke-dømmende innstilling til pasienter med kjønnsinkongruens ikke er nok for å hindre diskriminering, ei heller en innstilling om å behandle alle pasienter som et eget individ, slik noen av sykepleierne i Beagans studie mente var nøkkelen til god helsehjelp til disse pasientene. Det kreves en viss kunnskap om kjønnsinkongruens, og innsikt i utfordringer og behov pasientgruppen har, samt en kritisk refleksjon rundt samfunnets og egne holdninger til kjønn og seksualitet.

Mange studenter opplevde det som utfordrende å vite hva som var korrekte begreper å bruke om pasienten. Dette sammenfaller med opplevelsene til andre sykepleiere som har jobbet med pasienter med kjønnsinkongruens, og speiler også opplevelsene til mange av pasientene som ble intervjuet om sine erfaringer i andre studier. Sykepleierstudentene mente at det er et behov for undervisning om kjønns- og seksualitetsmangfold allerede under sykepleierutdanningen, og de opplevde å ha utbytte av forelesninger og ferdighetstrening. Gjennom praktisk erfaring og refleksjoner underveis, fikk de innsikt i behov pasientgruppen kan ha og hvilke utfordringer de står i, samt ferdighet til å identifisere og reflektere over egne og kollegers holdninger. Resultatet var at de ble motiverte til å lære mer om kjønnsinkongruens og følte seg bedre rustet til å kunne behandle en pasient med kjønnsinkongruens som ferdigutdannede sykepleiere (Montes-Galdeano, 2020).

Sykepleierinformantene i Ziegler med fleres studie (2020) fikk ikke undervisning om kjønnsinkongruens under sykepleierutdanningen, men hadde på ulike måter fått sin kompetanseheving i forbindelse med jobb. Fagdager, ferdighetstrening og større konferanser ble trukket fram som gode alternativer, i tillegg til opplæring og hospitering. Informantene i studien understreker, i likhet med informanter fra andre studier, at helseinstitusjonens ledere har et ansvar for å legge til rette for, og promotere kompetanseheving for de ansatte sykepleierne; altså ligger det et ansvar i alle ledd av en tjeneste å sørge for best mulig kvalitet på helsehjelp til pasienten. Sykepleiere og leger i Beagan med fleres studie, måtte til sammenligning oppsøke kunnskap og ressurser om kjønnsinkongruens på eget initiativ, ofte sammen med pasienten og uten nevneverdig tilrettelegging fra arbeidsplassen (Beagan et al., 2012, 2013). Det er et organisatorisk ansvar å sørge for at helsetjenestens prosedyrer er utformet på en inkluderende måte, eksempelvis ved hjelp av kjønnsnøytrale toaletter, bruk av pasientens ønskede navn og pronomen, inkluderende spørsmål om seksualitet og kjønnsidentitet i skjemaer for datainnsamling, samt å aktivt markedsføre seg som LHBT-vennlig (Ziegler et al., 2020). Tiltakene går igjen i pasientenes ønsker fra studiene med pasientperspektiv (Logie et al, 2018; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020), samt noen av kunnskapsrapportene fra innledningskapitlet (Stubberud et al., 2018, s.21-22, 42-47). Å ikke legge til rette for dette er identifisert av både pasienter og helsepersonell som å kunne hindre pasienter med kjønnsinkongruens å føle seg inkludert og ha tillit til helsetjenesten (Ziegler et al., 2020).

En sentral oppgave for sykepleiere er å tale pasientens sak. I møte med pasienter med kjønnsinkongruens, kan dette ofte handle om å utfordre diskriminering, noe flere av sykepleierne poengterte viktigheten av (Beagan et al., 2012; Beagan et al., 2012; Montes-Galdeano et al., 2020). Dette er også et behov ytret av pasientgruppen i studiene med pasientperspektiv, og kan ha stor betydning for utfallet av behandlingen som gis. Flere pasienter så seg nødt til å avslutte behandling for å skåne seg fra diskriminerende handlinger fra behandlere og medpasienter. Kanskje hadde disse hendelsene fått et annet utfall med helsepersonell som kunne ha utfordret og satt en stopper for de krenkende handlingene (Lyons et al., 2015; Delaney & McCann, 2020). Konkrete hendelser fra Lyons med fleres studie (2015) understøtter dette. Hvorvidt helsepersonell evnet å gripe inn i diskriminering fra medpasienter og stå opp for pasienten med kjønnsinkongruens sine interesser og rettigheter, avgjorde om pasienten fortsatte behandlingen eller ikke. Pasienten som ikke ble tatt på alvor og ikke opplevde at det ble konsekvenser for pasienten som diskriminerte, følte seg utrygg og måtte avbryte behandlingen. Derimot fullførte den pasienten som fikk støtte og oppfølging av

behandlerne, og ble skjermet fra den diskriminerende medpasienten i etterkant av hendelsen, behandlingen og opplevde hele innleggelsen som nyttig (Lyons et al., 2015). Dette viser at fokus på det konkrete behovet for helsehjelp, i dette tilfellet rusbehandling, i seg selv ikke er nok for å oppnå god helsehjelp slik noen av sykepleierne fra Beagan's studie (2012) tok til orde for, men at å anerkjenne og respektere pasientens identitet og utfordre diskriminering som pasienten opplever fra omgivelsene er vel så viktig.

4.1.4 God helsehjelp til pasienter med kjønnsinkongruens

I alle studiene med pasientperspektiv kom pasientene med direkte og indirekte råd om hvordan sykepleiere utøve helsehjelp på en respektfull måte. I studiene med sykepleiers perspektiv kom det også konkrete innspill og råd fra de sykepleierne som hadde erfaring med å gi sykepleie til personer med kjønnsinkongruens (Logie et al., 2018; Beagan et al., 2013; Ziegler, 2020; Montes-Galdeano, 2020). Pasientene hadde gode møter med helsevesenet når behandleren respekterte deres kjønnsidentitet, tok utgangspunkt i pasientens helhetlige situasjon og behov for helsehjelp, hadde innsikt i hva det vil si å ha kjønnsinkongruens og utfordret diskriminerende holdninger hos andre behandlere og medpasienter (Logie et al., 2018; Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al, 2016; Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström et al, 2020). Kjernen for rådene og ønskene kan oppsummeres i kategorier som økt kunnskap om kjønnsinkongruens, bevissthet rundt egne og samfunnets fordommer til kjønn og seksualitet, samt aksept og bekreftelse av pasientens identitet og bruk av inkluderende språk om pasientene. Dette er funn som er i tråd med faglige anbefalinger om temaet kjønnsinkongruens, som Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for behandling av kjønnsinkongruens (2020), Sarsaunet og Bylunds E-læringsverktøy for likeverdige helsetjenester til transpersoner (2021) og sykepleieteoretiske prinsipper som helhetlig omsorg og personorientert kommunikasjon. Det er også ikke minst i tråd med sykepleieres egne yrkesetiske retningslinjer (Internarional Council of Nurses, 2012; Norsk sykepleierforbund, 2021). En sammenfatning av de mest repeterte rådene fra forskningsresultatene, i samsvar med kildene fra teorikapitlet er presentert i tabellen under (Tabell 8).

Tabell 8, råd for god sykepleie til personer med kjønnsinkongruens:

Råd	Utdypning
Sykepleiere bør tilstrebe å heve sin kompetanse på kjønnsinkongruens.	Ved å få innsikt i hva kjønnsinkongruens er og hvordan det kan spille inn på pasientens situasjon, kan sykepleier selvstendig identifisere behov for sykepleie uten at det blir pasientens byrde å lære hen opp.
Sykepleiere bør reflektere over hvordan egne og samfunnsstrukturelle holdninger til kjønn og seksualitet kan føre til normative og diskriminerende holdninger, og utfordre disse.	Pasienter med kjønnsinkongruens bryter ofte med storsamfunnets forventninger til normer for kjønn og kjønnsuttrykk, og er derfor sårbare for stigmatisering og diskriminering, som kan ha negativ innvirkning på pasientens helse og føre til at pasienten vegrer seg for å søke helsehjelp.

<p>Sykepleiere bør bruke et kjønnsnøytralt og inkluderende språk, og spørre hvilke begreper pasienten bruker om seg selv.</p>	<p>Et nøytralt og inkluderende språk overfor pasienter og pårørende reduserer sjansen for å uttrykke antakelser om en person med kjønnsinkongruens identitet og situasjon, samt reduserer sjansen for å bruke begreper som personen med kjønnsinkongruens ikke identifiserer seg med. Å spørre pasienten direkte om hvilke begreper hen bruker gir pasienten autonomi over sin egen situasjon.</p>
<p>Sykepleiere bør uttrykke en åpen og positiv holdning til pasientens kjønnsidentitet og unngå å sykelliggjøre den.</p>	<p>Kjønnsinkongruens i seg selv er ikke en sykdom, men en tilstand som kan gi plager om pasienten ikke får tilstrekkelig bekreftet sin kjønnsidentitet. Å utfordre pasienten på hens kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk kan skape utrygghet og mistillit hos pasienten.</p>
<p>Sykepleiere bør bare ta opp pasientens kjønnsinkongruens om dette er nødvendig for å gi tilstrekkelig helsehjelp.</p>	<p>Pasienter med kjønnsinkongruens har behov for helsehjelp på lik linje med andre pasienter, og fokuset bør først og fremst være på behovet for sykepleie. Å ta opp kjønnsinkongruens der det ikke er relevant for helsehjelp kan oppleves som invaderende og krenkende for pasienten.</p>
<p>Sykepleiere bør vise varsomhet for pasienter med kjønnsinkongruens sine kropp, stille åpne og faglige spørsmål i undersøkelsessituasjoner og inkludere pasienten i undersøkelsen.</p>	<p>En syk eller skadet pasient, eller som på andre måter trenger helsehjelp, er i en sårbar situasjon og avhengig av sykepleieren. Kjønnsdysfori kan forsterke denne opplevelsen av sårbarhet, noe som krever ekstra sensitivitet fra sykepleierens side.</p>
<p>Sykepleiere bør ta i bruk inkluderende verktøy på sin arbeidsplass.</p>	<p>Synlig inkluderende elementer i helseinstitusjonen skaper trygghet og tillit hos pasienten. Slike verktøy kan være regnbueflagget, transflagget, synlige plakater og brosjyrer som speiler kjønns mangfold, kjønnsnøytrale toaletter og registreringskjema.</p>
<p>Sykepleiere bør være ærlig om sin usikkerhet heller enn å anta noe om pasientens kjønnsidentitet.</p>	<p>Stillhet eller ikke-verbale tegn på usikkerhet kan tolkes som motvilje av pasienten. Antakelser om pasientens kjønnsidentitet kan føre til diskriminerende utsagn. Mange pasienter setter derfor pris på at sykepleier er ærlig om sin begrensede kunnskap og at hen høflig stiller spørsmål.</p>
<p>Referanser:</p>	<p>(Helsedirektoratet, 2020; Sarsaunet & Bylund 2021; Logie et al., 2018; Beagan et al., 2013; Ziegler et al., 2020; Lyons et al., 2015; von Vogelsang et al., 2016;</p>

4.2 Implikasjon for sykepleiepraksis

Oppgaven oppsummerer tilgjengelig kunnskap om pasienter med kjønnsinkongruens sine erfaringer med helsevesenet, deres behov for helsehjelp, sykepleieres holdninger og perspektiver på helsehjelp til pasientgruppen, samt diskuterer hva som er gode tiltak for respektfull helsehjelp til pasientgruppen. Funn som belyser mangel på kunnskap om kjønnsinkongruens hos helsepersonell, pasienters erfaringer med diskriminerende holdninger i helsevesenet, og ikke minst hva pasientene definerer som gode møter med helsevesenet bekrefter at det er behov for et fokus videre på denne pasientgruppen, også i det norske helsevesenet.

4.3 Metodediskusjon

Oppgavens oppbygning er basert Christoffersen med flere (2015) og Evans (2002). Dette har gitt meg en innføring i hvordan litteraturstudier kan brukes som metode for å besvare en problemstilling og hvordan man analyserer innholdet av funn relatert til problemstillingen. En styrke med oppgaven er at majoriteten av forskningsartiklene presentert i resultatkapittelet er publisert etter 2015, og kan regnes som relativt ny forskning på et felt som kan sies å ha blitt forsket lite på sammenlignet med mange andre felt innenfor sykepleie. Tre av forskningsartiklene er publisert mellom 2012 og 2015, og er noe eldre enn den øvrige forskningen, men innenfor inklusjonskriteriet på 10 år. Disse tre artiklene skilte seg ikke nevneverdig fra de nyere forskningsartiklene hva angår funnene, og jeg anser dem derfor som relevant for oppgaven. Alle de ti forskningsartiklene er kvalitative studier, som er en velegnet metode for å utforske opplevelser, holdninger og meninger, og relevant for å svare på problemstillingen om respektfull helsehjelp til pasienter med kjønnsinkongruens. Samtlige forskningsartikler beskrev rutiner for informert samtykke og anonymisering av deltakere, samt etisk godkjenning av studiene, med unntak av von Vogelsang med fleres studie. Denne studien tok i bruk en rekrutteringsmetode som ikke krever etisk godkjenning fra komite i henhold til svensk lov, men forskerne fulgte Helsinki-deklarasjonen (von Vogelsang et al., 2016; World Medical Association, 2018) og rutiner for informert samtykke og anonymisering av deltakerne.

Fordelingen av pasient- og sykepleierperspektiv var forholdsvis jevnt, med fem artikler om pasientperspektiver, fire artikler om sykepleierperspektivet og én artikkel som inkluderte begge perspektiver. Ved å belyse kun ett av perspektivene kunne jeg nok ha gått mer i dybden på én side av problemstillingen, og fått frem flere nyanser fra det valgte perspektivet. I begynnelsen av søkeprosessen var jeg mest interessert i opplevelsene til pasienter med kjønnsinkongruens og deres møter med helsevesenet, men opplevde å få for få relevante treff etter de gitte inklusjonskriteriene. Mange av treffene var på forskningsartikler fra USA, et land med kulturelle forhold og en strukturering av helsevesenet som kan være utfordrende å overføre til norske forhold. Derfor anså jeg det som nødvendig å utvide problemstillingen til å inkludere både pasient- og sykepleierperspektiv for å nok forskningsmateriale til å svare på problemstillingen. Tre av forskningsartiklene var fra Sverige, et land som er naturlig å

sammenligne med Norge hva angår strukturering av helsevesenet og perspektiver på kjønnsinkongruens, én fra Irland, én fra Spania og fem fra Canada. Det kan regnes som en svakhet med litteraturstudiet å ikke ha inkludert flere forskningsartikler fra land i Europa som er nærmere Norge i beliggenhet og kulturelle forhold, men på grunn av relativt lite forskning på kjønnsinkongruens som ikke er gjort i USA, anså jeg det som nødvendig å prioritere valg av artikler slik jeg gjorde med tanke på relevans for problemstillingen.

En svakhet med materialet er at flere av studiene har få deltakere. En forklaring på dette, poengtert av Delaney & McCann (2020), er at personer med kjønnsinkongruens utgjør en liten andel av befolkningen, som også utgjør en begrensning for hvor mange sykepleiere som også har erfaring med helsehjelp til pasientgruppen. I tillegg er dette en gruppe som har blitt og fortsatt blir utsatt for stigmatisering og diskriminering på bakgrunn av sin kjønnsidentitet, og det kan derfor være utfordrende å få rekruttert deltakere til forskningsprosjekter. Videre er personer med kjønnsinkongruens en heterogen gruppe, med svært ulike opplevelser og perspektiver på kjønnsidentitet. Flere av studiene diskuterer at utfordringer og en mulig svakhet ved studiene ligger i valgte begreper for å definere pasientgruppen. Transperson (engelsk: trans person, transgender person), er et mye brukt begrep om personer med kjønnsinkongruens, men langt fra alle føler seg representert av begrepet. Fremtidige studier gjort på personer med kjønnsinkongruens bør derfor ta sikte på å anerkjenne flere begreper for å sikre at potensielle deltakere med ulike opplevelser av kjønnsinkongruens føler seg inkludert i en invitasjon til deltakelse i forskning (Delaney & McCann, 2020; Lindroth, 2016; Carlström, 2020). Det er i så måte verdt å nevne at den nye diagnosen kjønnsinkongruens favner bredt i så måte, bredere enn den gamle diagnosen transseksualisme, men ikke ble vedtatt før 2019, før flere av disse studiene ble publisert.

4.4 Konklusjon

Til tross for en økt åpenhet og fokus på kjønns- og seksualitetsmangfold, og flere lovfestede rettigheter for personer med kjønnsinkongruens i flere deler av verden, Norge inkludert, er denne gruppen fremdeles sårbar for stigmatisering og diskriminering. Også helsevesenet kan bli preget av normative holdninger og fordommer mot kjønn og seksualitet, og det er generelt liten kunnskap om kjønnsinkongruens i mange deler av helsevesenet i både Norge og andre land. Dette fører til at en betydelig andel av pasienter med kjønnsinkongruens risikerer å bli diskriminert av helsepersonell, og på grunn av manglende kompetanse i helsevesenet må mange pasienter med kjønnsinkongruens selv stå for opplæring av sine behandlere. Diskriminering fra helsepersonell kan i ytterste konsekvens føre til at en pasient unngår å oppsøke helsehjelp, og føre til dårligere helse for pasienten.

Sykepleiere er bundet av yrkesetiske retningslinjer til å holde seg faglig oppdatert og behandle sine pasienter med omsorg og respekt. Ved å øke kunnskapen om kjønnsinkongruens og pasientgruppens utfordringer og behov når det kommer til helsehjelp, vil sykepleieren stå igjen med verktøy som gjør hen i stand til å være bevisst på sine egne holdninger til kjønn, identifisere og utfordre diskriminerende holdninger, og dermed kunne kommunisere med pasienten med begreper pasienten kjenner seg igjen i. Slik kan sykepleier sørge for at helsehjelp til pasienter med kjønnsinkongruens blir utført med respekt for pasientens identitet.

Referanseliste:

Almås, C. B., Almås, E., Karlsen, T.-I. & Giami, A. (2014). Sexology in Norway in 2001 and 2011: A comparative and cross-sectional study. *Sexologies*, 23(1), e9-e17
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.12.002>

Bachmann, C. L. & Gooch, B. (2017). *LGBT in Britain - Trans Report*. Stonewall.
<https://www.stonewall.org.uk/lgbt-britain-trans-report>

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020a, 17. april). *Lhbtqi-ordlista*.
https://www.bufdir.no/lhbt/lhbt_ordlista/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020b, 27. juli). *Holdninger til lhbtqi-personer*. https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Holdninger/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020c, 27. juli). *Hvor mange er lhbtqi?*
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Hvor_mange/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021, 29. januar). *Hatkriminalitet og diskriminering*.
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Hatkriminalitet_og_diskriminering/

Beagan, B. L., Chiasson, A., Fiske, C. A., Forseth, S. D., Hosein, A. C., Myers, M. R. & Stang, J. E. (2013). Working with transgender clients: Learning from physicians and nurses to improve occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(2), 82-91. <https://doi.org/10.1177%2F0008417413484450>

Beagan, B. L., Fredericks, E. & Goldberg, L. (2012). Nurses' Work With LGBTQ Patients: "They're Just Like Everybody Else, So What's the Difference?". *The Canadian Journal of Nursing Research*, 44(3), 44-63.
https://www.researchgate.net/publication/233533661_Nurses'_Work_With_LGBTQ_Patients_They're_Just_Like_Everybody_Else_So_What's_the_Difference

Bretherton, I. et al. (2021). The Health and Well-Being of Transgender Australians: A National Community Survey. *LGBT Health*, 8(1), 42-49.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0178>

Carlström, R., Ek, S. & Gabrielsson, S. (2020). 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 600-607. <https://doi.org/10.1111/scs.12876>

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.

Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Gyldendal Akademisk.

Delaney, N. & McCann, E. (2020). A phenomenological exploration of transgender people's experiences of mental health services in Ireland. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 68-74. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13115>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg. Gyldendal Akademisk.

Eggebø, H., Almli, M. & Bye, M. T. (2015). *Skeiv på bygda*. (KUN rapport 2015:2) Senter for kunnskap og likestilling. <https://www.kun.no/skeiv-paring-bygda.html>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2002-2003(20)2 <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2015). *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner - En rapport om hälsoläget blant transpersoner i Sverige*. Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c5ebbb0ce9aa4068aec8a5eb5e02bafc/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner.pdf>

Foreningen Fri. (2021). *Rk helse og sosial*. <https://www.foreningenfri.no/rosa-kompetanse/rk-helse-og-sosial/>

Helsedirektoratet (2020). Pasientrettigheter og helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens/pasientrettigheter-og-helsehjelp-til-personer-med-kjonnsinkongruens>

Chiam, Z., Duffy, S., González, G., Goodwin, L. & Patel, N. T. M. (2020) *Trans Legal Mapping Report 2019: Recognition before the law*. ILGA World. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.

International Council of Nurses (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

Kuyper, L. & Wijzen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of sexual behavior*. 2014;43(2), 377-85. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>

Lindroth, M. (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(23-24), 3511-3521. <https://doi.org/10.1111/jocn.13384>

Logie, C. H., Lys, C. L., Dias, L., Schott, N., Zouboules, M. R., MacNeill, N. & Mackay, K. (2019). "Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination": Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. *Health and Social Care in the community*, 27(5), 1204-1213. <https://doi.org/10.1111/hsc.12757>

Lyons, T., Shannon, K., Pierre, L., Small, W., Krüsi, A. & Kerr, T. (2015). A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity. *Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy*, 10, article 17. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0015-4>

Montes-Galdeano, F., Roman, P., Ropero-Padilla, C., Romero-Lopez, A., Ruiz-Gonzales, C. & Rodriguez-Arrastia, M. (2020). Improving the care management of trans patients: Focus groups of nursing students' perceptions. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 75-84. <https://doi.org/10.1111/jonm.13160>

Norsk sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Regjeringen (2016a, 18. mars). *Prop. 74 L (2015-2016). Lov om endring av juridisk kjønn*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-74-l-20152016/id2479716/>

Regjeringen (2016b, 21. juni). *Lov om endring av juridisk kjønn trer i kraft 1. juli*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lov-om-endring-av-juridisk-kjonn-trer-i-kraft-1.-juli/id2505468/>

Saursaunet, T. & Bylund, L. (2021). *Likeverdige helsetjenester til transpersoner*. Likestillingssenteret KUN.
<https://learn.didac.no/likestillingssenteret/Public/ViewWebCourseAnonymously?id=da059525-5982-4254-82fc-1074a3d3e900&start=35f1d6af-6526-4632-af6b-0611b8aa6117>

Skeiv Ungdom. (2021). *Skeiv fra A til Å*. <https://skeivungdom.no/skeiv-a-a/>

Stubberud, E., Prøitz, L & Hamidiasl, H. (2018). *Den eneste skeive i bygda? Unge lhbt-personers bruk av kommunehelsetjenesten*. (KUN-rapport 2018). Likestillingssenteret KUN.
https://www.kun.no/uploads/7/2/2/3/72237499/stubberud_pr%C3%B8itz_og_hamidiasl_2018_-_den_eneste_skeive_i_bygda_-_web.pdf

Trans Pulse Canada. (2020). *Health and health care access for trans and non-binary people in Canada. National, Provincial and Territorial results*. (Trans Pulse Canada Report No 1 of 10). Trans Pulse Canada. <https://transpulsecanada.ca/results/report-1/>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget

Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, Cuypere, G. D. & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of sexual behavior*, 44(5), 1281-1287.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>

Van der Ross, J. (2013). *Alskens folk - Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. (Januar 2013). Likestillingssenteret.
<https://bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00001926>

Verdens helseorganisasjon. (2016). *F64 Gender identity disorders*. ICD-10 Version:2016.
<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F64.2>

Verdens helseorganisasjon. (2020, September). *Gender Incongruence*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>

Verdens helseorganisasjon. (2021). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Verdens helseorganisasjon Europa (2021). *WHO/Europe brief - transgender health in the context of ICD-11*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11>

von Vogelsang, A.C., Milton, C., Ericsson, I. & Strömber, L. (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(23-24), 3577-3588. <https://doi.org/10.1111/jocn.13271>

Wæhre, A. & Schorkopf, M. (2019). Kjønnsvariasjon, medisinsk behandling og vårt ansvar. *Tidsskriftet. Den norske legeforening*, 139(7). <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.19.0178>

World Medical Association. (2018, 9. juli) *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Ziegler, E. (2020). The integral role of nurses in primary care for transgender people: A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 95-103. <https://doi.org/10.1111/jonm.13190>

