

Maskulinitetsnormer – en trussel for transmenns helse?

En kvalitativ sammenlikning av trans- og cismenns helse



Dette prosjektet er gjennomført av Reform – ressurscenter for menn, i samarbeid med FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold. Vi har mottatt støtte til prosjektet fra Stiftelsen Dam.

Forord

Helt siden vi ble grunnlagt i 2002, har Reform hatt fokus på menn og helse. Mangel på god helse, eller uhelse, er en av de største likestillingsutfordringene menn står ovenfor. Menn topper en rekke uheldige helserelaterte statistikker.

Den gruppen menn det er forsket minst på innenfor helse, er transmenn – det vil si menn som ble tildelt kjønnet kvinne ved fødselen. Siden disse mennene gjerne er oppdratt under feminine kjønnsrollemønstre, har de først i voksen alder måttet lære seg hva slags forventninger som ligger i de maskuline kjønnsnormene. Dette stiller transmenn i en unik posisjon til å uttale seg om sammenhengene mellom normer knyttet til kjønn, og hvordan dette påvirker helsepraksis.

Kan denne erfaringen brukes til å si noe om helse og maskulinitet? Selvsagt kan det det!

I dette prosjektet har vi innhentet kunnskap om helseutfordringer for transmenn knyttet til normer for maskulinitet, og det å være mann. Erfaringsrapporten er utarbeidet på bakgrunn av intervjuer med trans- og cismenn. I rapporten presenterer vi våre funn, og vi lanserer også en rekke anbefalinger, til bruk både for helsevesenet og for organisasjoner på lhbtq-feltet.

Vi kan trygt slå fast at en undersøkelse av denne typen ikke er blitt utført i Norge tidligere. Vi tror derfor rapporten kan gi nyttig informasjon om det videre arbeidet, med både transmenn og deres helse – men også når det gjelder menns helse generelt.

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold.

En varm takk går derfor til FRI og til Luca Dalen Espseth for et godt samarbeid. En dyptfølt takk rettes selvsagt også til mennene som stilte opp til gruppeintervjuene, der de på en flott måte delte erfaringer og tanker rundt temaene. Vi sender også en stor takk til Stiftelsen Dam, som med sin støtte ga oss mulighet til å gjennomføre dette unike prosjektet. Nok en gang har Dam (tidligere ExtraStiftelsen) bidratt til å kaste lys over temaer som i liten grad omfattes av interesse, men der ny kunnskap er svært tiltrengt.

Ikke minst vil jeg få takke Reform's rådgiver Mali Storbækken (prosjektleder) og seniorrådgiver Ole Nordfjell, som begge har gjort en flott jobb med dette prosjektet.

Oslo, mai 2020

Are Saastad

daglig leder

Reform – ressurscenter for menn

Innholdsfortegnelse

Forord	2
1. Bakgrunn	4
2. Om kartleggingen	6
3. Funn	7
Den mannlige kroppen.....	7
Giftig eller støttende mannsfelleskap	8
Maskulinitet og vold	9
Vegrer også transmenn seg for å gå til legen?.....	10
Tillit til helsevesenet.....	11
Helseproblemer oversettes til «transproblemer»	13
Savner kjønnsnøytrale helsetilbud	13
4. Anbefalinger	15
Synliggjør trans- og lhbtq-kompetanse	15
Generelle helseplager er vanligste også for transmenn	15
Kjønns mangfold blant helsearbeidere er viktig, men kompetanse er viktigere.....	16
Bruk et inkluderende språk og etterstrebe kjønnsnøytrale tilbud	16
Skaff deg grunnleggende kompetanse om kjønns mangfold og skeive	16
Større fokus på maskulinitet i helsevesenet	17
Mer forskning på mannlighetens betydning for transmenns helse	17
Om prosjektets partnere	18
FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitets mangfold	18
Reform – Ressurssenter for menn	18
Litteratur og kilder	19
Les også brosjyren «Transmenn og helse»	21

1. Bakgrunn

Ihbtqi:

Forkortelse for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, intersex og skeive

Transpersoner er mer utsatt for fysisk og psykisk uhelse enn normalpopulasjonen (1, 2, 3 og 4). Til tross for at det de siste årene har blitt større bevissthet rundt kjønns- og seksualitetsmangfold i helsevesenet, opplever fortsatt mange transpersoner diskriminering, fordommer og usynliggjøring i møte med helsepersonell. Dette skaper ofte barrierer for å oppsøke hjelp i de tilfeller man behøver det. Det er flere faktorer som hindrer at transpersoner får adekvat hjelp, blant annet manglende

kunnskap om kjønns- og seksualitetsmangfold hos helsepersonell, mangel på transpositive tilbud og manglende tilbud utenfor de store byene (5).

Transmenn er den gruppen menn det har vært forsket minst på (6). Forskingen som er gjort på transmenn har ofte benyttet ciskvinner som kontrollgruppe for å si noe om transmenn erfaringer etter kjønnsbekreftende behandling (7). Tidligere forskning på transpersoner har også ofte gruppert alle transpersoner sammen, uavhengig av om de er kvinner, menn eller ikke-binære. Transpersoner er ikke en homogen gruppe, og siden kjønn er en avgjørende variabel i cisbefolkningen er det sannsynligvis også en relevant variabel for transpersoner.

Kjønns mangfold:

Begrepet kjønns mangfold viser til at det er mange ulike måter å være kjønn på; mann, kvinne, begge eller ingen av delene.

Vi har omfattende kunnskap og forskning om helseforskjeller mellom cis-kvinner og cis-menn. Man finner til dels store helseforskjeller mellom kjønnene som er knyttet til livsstil og levestre. Sett i lys av dette er det utilstrekkelig å undersøke «transaspektet» ved transmenns helse ved å sammenlikne disse med transkvinner. Det er også nødvendig å studere transmenn som det kjønn transmenn identifiserer seg med og lever etter.

Trans og cis:

Å være trans betyr at du identifiserer deg som et annet kjønn enn det du ble tildelt ved fødsel. Å være cis betyr at du identifiserer deg som det kjønn du ble tildelt ved fødsel.

Vi ønsker i dette prosjektet å undersøke hvilke kjønns spesifikke utfordringer transmenn opplever hva gjelder fysisk, psykisk og seksuell helse. Vi har derfor sett det som mer egnet å benytte cismenn som kontrollgruppe, da cismenn og transmenn deler samme kjønn og opplever samfunnets normer for maskulinitet på liknende vis. Transmenns erfaringer tilbyr en mulighet til å undersøke forskjellen mellom kvinner og menn på en ny måte. I dette ligger det at mange transmenn har erfaring med å bli sosialisert og/eller å leve som kvinner før de trer inn i mansrollen. Dette gir transmenn potensialet til å ha et «outsider-

within»-perspektiv på menns fordeler og utfordringer i samfunnet (6), som kan gi oss ny kunnskap om hvordan kjønns sosialisering påvirker helseatferd.

Tidligere forskning viser at menn og gutter i overveiende grad utmerker seg negativt i sentral helsestatistikk, blant annet når det gjelder levealder, rusbruk, spilleavhengighet, alvorlige ulykker og selvmord (8, 9). I tillegg oppsøker menn i mindre grad helsevesenet, og går sjeldnere til legen (9, 10), de er oftere sosialt isolerte, og oppgir å ha færre nære venner å betro seg til, enn hva kvinner har (11).

Vi har også i tidligere studier erfart at menn ofte er usynlige som kjønn i norsk helsevesen, og at de etablerte lærings- og mestringstilbudene i liten grad er tilpasset menns kjønnsspesifikke behov (12). Ingen tidligere studier om mannshelse i Norge har undersøkt forskjeller og likheter mellom cismenn og transmenn. Vi vet med andre ord ikke om de samme utfordringene gjelder for transmenn, eller om denne gruppen av menn opplever helseutfordringer annerledes.

2. Om kartleggingen

For å undersøke transmenns helseutfordringer og -erfaringer rekrutterte vi 10 transmenn til to fokusgruppeintervjuer. Ingen av deltakerne var ikke-binære transmenn. I tillegg utførte vi et kontrollgruppeintervju med 6 cismenn. På denne måten ønsket vi gjennom sammenlikning mellom gruppene, å si noe om likheter og forskjeller mellom de to gruppene med menn. I tillegg vil fokusgruppene gi oss noen indikasjoner på hvilke helseutfordringer som eventuelt er særskilte for transmenn. Transmenn vil i denne rapporten referere til menn som har fått tildelt kvinne som kjønn ved fødsel. Både heterofile, homofile og bifile menn inngår i studiet.

Alle tre grupper ble rekruttert via FRI og Reforms nettverk, annonsering på Facebook, samt nyhetsoppslag i skeive medier. To av gruppeintervjuene (ett med transmenn og ett med cismenn) forgikk i Reforms lokaler i Oslo, og ett ble avholdt i Trondheim, for å sikre en viss geografisk spredning. Intervjuene varte i rundt to timer. Hvert intervju ble ledet av en ansatt ved Reform eller FRI, og ble ført i en semistrukturert intervjustil, med ordstyrer som moderator for samtalen. Intervjustilen ble ansett som hensiktsmessig for å få fram ulike synspunkter om emner som ble tatt opp av ordstyrer. I tillegg deltok en ansatt ved FRI eller Reform som observatør av samtalene, for å ta notater og komme med innspill til diskusjonen som ble ført. Samtalene ble tatt opp på båndopptaker og deretter transkribert. Transkripsjonene ble ført inn i en datamatrix, og analyse ble gjort med utgangspunkt i dette.

Temaene vi tok opp i intervjuene var generelt knytte til helse og mer spesifikt knyttet til maskulinitet, og var blant annet:

- Helseutfordringer
- Helsevaner
- Seksuell helse
- Mestringsstrategier ved sykdom
- Møte med helsevesenet
- Behov for et kjønnstilpasset helsetilbud
- Risikoatferd
- Nettverk og familie
- Fritidsaktiviteter/rekreasjon/avslapning
- Maskulinitet
- Vold

3. Funn

I dette kapittelet presenteres funn fra fokusgruppeintervjuene. Funnene er organisert etter kategori. Hovedtemaene ble presentert av gruppeleder, mens flere undertemaer ble tilført av intervjuobjektene selv.

Den mannlige kroppen

Kjønn er performativt. Performativitet består både av den enkeltes handlinger, og også summen av alle handlinger som skaper ideer om kjønn. I tradisjonell kjønnteori blir det gjerne sagt at kvinner *er*, mens menn *gjør*. I dette ligger premisset om at mennenes maskulinitet må gjøres og bevises i større grad enn feminitet hos kvinner (13). For å bevare en maskulin status må man ofte aktivt gjøre noe. Dette gjelder spesielt om man ikke «leses» som mann. Mannlighet blir gjerne beskrevet som en kontinuerlig og hvileløs streben (14), og for å passe inn i den maskuline norm bør alt som forbindes med det feminine unngås. Mange ulike forventninger er knyttet opp til de ulike kjønnene, blant annet når det gjelder valg av yrke, aktiviteter man deltar i, og dagligdagse gjøremål. Dette gjelder også innenfor helse, kropp og trening. Fysisk aktivitet er viktig for å bevare en god helse, og idealene for kropp og trening er ofte forskjellig mellom menn og kvinner, hvor menns ideale ofte innebærer større og mer utviklet muskulatur enn hva idealet er for kvinner (15). Hvordan ser trenings- og kroppsidealene ut for mennene i vår studie? Og er idealene ulike for cis- og transmennene, eller deles erfaringene inn i hvorvidt man er skeiv eller heterofil?

Performativitet:

Performativitet betyr «å gjøre» eller å «iscenesette».

Vi fant at flere av de homofile mennene i cis-gruppen opplevde strenge forventninger til maskulinitet. En forteller at han skammet seg mye over feminine interesser, og følte et stort press på å være maskulin når han vokste opp. En annen forteller at han tidlig brøt med maskulinitetsnormer, og ble kraftig korrigeret av familie på dette. Dette kan en tredje person kjenne seg igjen i, men hvor korreksen kom fra skole og SFO, hvor han ble oppfordret til å leke mindre med jenter. Etter at han kom ut som homofil, innså han at det var mange måter å være mann på, og selv om han opplevde at det var trange maskuline kjønnsnormer i det homofile miljøet, så forteller han at han ikke like påvirket av dette selv lenger. Han anser seg selv som relativt feminin, og mener at forventningene til hans maskulinitet er bredere enn hva det er for tradisjonelt maskuline menn.

En heterofil cismann forteller at han kjente mye på at han ikke levde opp til de maskuline forventningene da han vokste opp. Han ble sammenliknet mye med sine brødre, som fremsto som mer maskulin enn ham, og dermed også hadde høyere status i lokalsamfunnet. Etter hvert erfarte han at han klarte å veie opp for dette via sport. Med alderen kjente han på et større handlingsrom, og kunne fortelle at «Jeg er mann på min måte.» Også en annen av informantene kunne fortelle at han tidligere har hatt en frykt for å ikke være maskulin nok, men etter at han fikk barn har han opplevd handlingsrommet som større, og at han dermed også har blitt bedre til å snakke om ting som han tidligere fant utfordrende.

Flere av de homofile transmennene kan fortelle om ulike virkemidler de tar i bruk for å bevare sin maskuline status, spesielt når det gjelder kropp og utseende, og flere var påvirket av hva vi tolket som et maskulinitetsskript når det kom til trening og helse. Mange brukte trening som middel for å bekrefte sin maskulinitet. Dette påvirket også hva slags fysiske aktiviteter de deltok i, og hvilke de styrte unna. En forteller:

Jeg tror jeg trener utelukkende for maskulinisering, egentlig. Jeg tror egentlig ikke det er noen annen grunn til at jeg skulle ha giddet å trene. Og alle mine kamerater som ikke er skeive, de er jo ganske gode og runde og liker å game med meg. Og de spiser bare kjøtt og sånn. Jeg tenker jeg at hadde vært cis så hadde jeg vært sånn, men jeg er trans så jeg må trene.

Her ser det ut til at cismenene i denne personenes omgangskrets tok sitt kjønn mer for gitt, og ikke knyttet det like mye til fysisk styrke. Flere homofile transmenn valgte aktivt bort fysiske aktiviteter som de anså som «feminine» (f.eks. håndball), og gikk for mer tradisjonelt maskuline treningsformer (f.eks. fotball). Ønske om å bekrefte sin maskuline status kom ikke kun fra transmennene selv, og flere opplevde å bli evaluert utenfra basert på hvor maskuline de fremsto.

Noen av våre respondenter i cisgruppen kunne fortelle liknende historier i det skeive miljøet, hvor trening og maskulinitet hadde stort fokus. Dette fokuset gikk altså på tvers av cis- og transgruppen, og det ser ut til at erfaringen i størst grad ble delt av de skeive deltakerne i gruppene. Når det gjaldt cismennene som var hetero, var historien litt annen. De kunne begrunne trening med velvære og fritidsinteresser, og de var mindre bevisst på hvilken rolle maskulinitet spilte i deres liv. Ett unntak var, som vi så, den ene mannen som var litt mer bevisst på sammenhengen mellom trening og maskulinitet, hvor han så sin maskuline status bekreftet gjennom deltakelse i sport.

Giftig eller støttende mannsfelleskap

Det å være en del av et fellesskap og følelsen av tilhørighet er viktig for helsen, både den fysiske og psykiske. Menn oppgir å ha færre nære venner og færre personer de kan regne med ved store personlige problemer, enn hva kvinner har (16). Hva slags fellesskap tilhører mennene i vår studie, og hva slags støtte opplever de fra sine nettverk?

Flere av mennene i både trans- og cisgruppen kunne fortelle om til dels giftige mannsmiljøer, hvor det å stikke seg frem eller vise sårbarhet kunne være utfordrende, og det var påkrevet å dytte ned og seksualisere kvinner. Mange av informantene beskrev at de følte en form for utenforskap til en slik mannlighet, som flere refererte til som *Toxic masculinity*. En transmann forteller:

Ofte så blir det veldig sånn seksualiserte samtaler. Selv om du ikke er komfortabel med det så later du som, fordi det er det som er akseptert. [...]. Og dessverre så er det sånn at jeg føler at mange gutter har vokst opp med at det er ok å snakke om disse tingene på den måten som det blir snakka om. En stor ting som jeg begynte å legge merke til når jeg havnet i nye grupper som ikke visste at jeg var trans: Måten de var rundt meg på var annerledes i forhold til hvordan det var før. [...] Litt mer kvinnehat enn de samtalene jeg hadde hvis det var jenter rundt. Jeg tror at der er [...] en sånn skummel maskulinitet kommer inn og kan kanskje ødelegge inntrykket til mange om hva maskulinitet er. For det er ikke helt slik det er, egentlig. For har du en tomannssamtale med en person, så er de en helt annen person.

Her forteller han om en gruppementalitet som legger føringer på hva samtalene skal handle om og tonen som brukes. Mange av transmennene har følt på strenge føringer for hvordan man skal være for å fremstå som maskulin. Disse føringene kan endre seg basert på hvilket miljø man omgir seg med, og hvor trygg man er på seg selv:

[J]eg er mer avslappa nå enn jeg var før til å bryte maskuline kjønnsnormer. For eksempel så har jeg spart håret mitt, fordi jeg har hatt lyst på langt hår, men så kunne jeg ikke tillate meg sjøl å ha langt hår. [...] Jeg tror det spørs veldig på hvilket miljø man går i. [...] Fordi, i hvert fall jeg er på en veldig sånn heteronormativ og kjønnsnormativ arbeidsplass. Jeg kjenner jo det at det forventes forskjellige ting fra menn og kvinner. Jeg tror også, jeg har bestemt meg for å ikke få barn, og det har jeg jo visst lenge. Og da jeg hadde jentenavn så var det veldig mange som skulle forklare meg hvorfor det, jeg kom til å få lyst på barn. [...] Og etter at jeg bytta navn, så forventer ingen at jeg skal ha lyst på barn.

Her er det en person som gjennom levd liv har følt på de ulike forventningene som tilhører de forskjellige kjønnene, og som kjenner på at jo tryggere og eldre han blir, jo større blir handlingsrommet til å være seg selv, på tvers av kjønnsnormene. Dette sitatet illustrerer også hvordan kjønnsnormene kan være begrensende for alle, uansett hvilket kjønn man tilhører. Han opplever også at hans maskuline identitet lettere kan bli tatt fra ham, på grunn av at han er trans. Derfor virker spillerommet for maskulinitet strengere for ham, enn hva det er for cismenn.

Fortellingene om disse giftige mannsfelleskapene var ikke dekkende for alle informanter. Flere av mennene nevnte at maskulinitet ofte kunne ha et ufortjent dårlig rykte, og følte stor støtte og fellesskap med andre menn. En mann i transgruppen forteller:

Jeg har også vært litt overraska over hvor lett det egentlig er å omgås andre menn. Fordi man får jo veldig mange [...] ideer om alt menn ikke gjør. Sånn som å snakke om følelsene sine og sånt. Og alle mine kamerater snakker masse om følelsene sine. De gjør det ikke på samme måte som damevennene mine, liksom, men de snakker jo absolutt om følelsene sine. [...] Jeg syns menn egentlig får ufortjent lite kred, da, for de tingene de gjør som bryter med sine egne kjønnsroller også.

Denne mannen kjente på mye støtte og åpenhet blant sine mannlige cisvenner men beskriver støtten som annerledes enn de tradisjonelt feminine miljøene. Flere kjente seg igjen i dette. Dette peker mot at forståelsen vi har av sosial støtte er påvirket av en feminin definisjon. Kanskje bør denne forståelsen utvides, slik at det mer maskuline støtteformene også regnes med. Som en transmann sa: «Det er ganske stor forskjell på den såkalte giftige maskuliniteten og maskulinitet. Og det er ikke det samme. Det betyr ikke at all maskulinitet er giftig.»

Mer positive historier om mannlige fellesskap gikk igjen hos de skeive mennene i utvalget, både i cis- og transgruppen. Dette var også den gruppen av menn som i størst grad oppgav at de kunne snakke med venner om psykiske og fysiske helseplager. De heterofile trans- og cismennene benyttet seg sjeldnere av fortrolige venner som mestringsstrategi under sykdom, og om de snakket med noen var det gjerne partner eller nærmeste familie. Her ser det ut til at de homofile mennene i både trans- og cisgruppen deltok i et nærmere og mer positivt mannsfelleskap, enn de heterofile mennene. Denne forskjellen kan kanskje ligge i at mennene som allerede brøt med den heterofile maskulinitet, fant alternative miljøer og måter å være maskuline på, som innebar et bredere støtteapparat og nærmere relasjoner.

Maskulinitet og vold

I de sosiale normene for maskulinitet kan det ofte ligge en forventning til at menn både skal tåle og benytte seg av vold i ulike situasjoner. Menn flest er ofte oppdratt til å være i en

kontinuerlig beredskap for å bli utsatt for vold, ignorere fare, egen frykt og smerte. Denne forventningen er knyttet både til den private og offentlige sfære, der menn privat er forventet å skulle beskytte både seg selv og sine nærmeste, med vold om nødvendig, og offentlig gjennom politiet og i det militære, hvor det er en stor overvekt av menn (17). Dette gjenspeiles i kjønnet voldsutsatthet. I 4 av 5 tilfeller av vold i Norge, er menn utøveren (18). I tillegg er menn mer utsatt for vold enn hva kvinner er - nærmere halvparten av den mannlige befolkningen i Norge oppgir at de har vært utsatt for alvorlig vold etter fylte 18 år, sammenliknet med om lag hver femte kvinne (19). Utsatthet for vold påvirker helsen i stor grad, og kan i verste fall føre til permanent skade og død. Vårt spørsmål er om den økte risikoen for å utøve og bli utsatt for vold, er en erfaring transmenn deler på lik linje med cismenn.

Flere av transmennene kunne fortelle at de hadde vært involvert i slåsskamper eller truende situasjoner i utelivet. En transmann kan fortelle om en episode der han selv tar en ganske standardisert heteronormativ rolle i en mulig farlig situasjon:

Jeg yppa en gang, fordi jeg tenkte at, jeg lot som om jeg var dritgod til å slåss. Men jeg var ikke det. Men det var en fyr som var forbanna på meg, fordi jeg flørta med dama hans. [...] Og det likte han ikke, og kom bort og var sint. Greia var at jeg var på et utested, og kjente dørvakta, og dørvakta var to meter unna. Og så kom han fyren bort til meg og begynte å yppe. Da bare reiste jeg meg bare opp og sa «Rører du meg, så grisebanker jeg deg». Da gikk han, så det funka, og det var sjukt deilig.

I truende, eller potensielt truende situasjoner transmennene har vært i, erfarte flere transmenn at det ble forventet at de skulle stå opp for andre, eller gripe inn for sine venner, men de vurderer ikke dette som en egenskap ved at de var menn. En transmann forteller: «De [vennene mine] forventer at hvis det er et eller anna som skjer, uavhengig av om det er en kompis av ei venninne, at jeg skal gripe inn eller stå opp for de på en eller annen måte.» En av transmennene utfyller dette med å fortelle fra sin oppvekst og sitt oppvekstmiljø på østkanten. Her hadde han sett og erfart at jenter slåss og var berett til å bruke vold for å beskytte venninner. Han er derfor uenig i at vold og voldelig atferd er noe særegent mannlige, men heller var knyttet til miljøet man var i. Denne meningen delta han med flere menn i utvalget.

Vegrer også transmenn seg for å gå til legen?

Menn tar i mindre grad kontakt med helsevesenet, sammenliknet med kvinner (9, 10), og mange gutter og menn overlater til partner og øvrige familiemedlemmer å ivareta deres helse og det emosjonelle arbeidet knyttet til helse. Et vanlig kjønnsmonster er at menn derfor først går til lege når mor eller partner krever det. Et av våre spørsmål i prosjektet har vært om dette også gjelder for mennene vi intervjuet. Og for de som vegret seg for å gå til legen, var dette knyttet til en maskulin identitet, eller berodde det på noe annet?

Hos gruppene av transmenn varierte svarene. Fem av mennene var tydelige på at det skulle mye til før de valgte å gå til legen, og at det gjerne krevde at partner eller venner presset de til det. Som en forteller:

Altså, jeg har hatt blindtarmbetennelse og nekta å gå til lege før jeg nesten ble fysisk tvunget, av eksen min. Det må en annen person til for å hjelpe med meg å innse at det er lurt.

Tre av informantene i gruppen av transmenn sa at de tok initiativet selv, og en av disse sa at han selv var den som presset andre i sin omgangskrets til å gå. Altså kan man til en viss grad se en tendens i gruppen av transmenn at det maskuline kjønnsmonsteret ved å ikke gå til legen når man bør, også gjenfinnes hos disse. På en annen side var det noen av informantene i transgruppen som reflekterte over om dette var knyttet til at de var transmenn, og ikke knyttet til maskulinitet. Videre så de at behovet for å bekrefte sin maskulinitet gjennom et tradisjonelt maskulint helsescript ble mindre, etter at de gikk gjennom kjønnskorrigerende behandling/ begynte å leve i det kjønn de tilhørte. Flere understreket at en del normer knytte til maskulinitet berodde på miljøet de var i og hva slags rollemodeller en hadde. Dette gikk på tvers av alle tre fokusgruppene. En transmann forteller:

Jeg trenger ikke hjelp fra andre, for jeg finner ut av det selv eller det går over. Tror det har med roller i familien å gjøre. [...] Rollemodeller i familien min [...] Jeg tror absolutt det er knytta til maskulinitet på en måte, men samtidig ikke. Det har mer med hvem du har rundt deg enn at det har med maskulinitet å gjøre.

Hos cismennene var det mye som tydet på at flere brukte lang tid på å kontakte fastlegen om de følte seg syke. To fortalte at det var mor eller far som gjerne måtte oppfordre de til å gå til legen. En annen benyttet seg av kontaktnettet før han eventuelt tok kontakt med helsevesenet, og fortalte at det skulle mye til før han tok kontakt. Kun en av mennene her fortalte at han på eget initiativ kontaktet lege.

Samlet sett ser det ut til at flere i gruppen av transmenn ventet med å ta kontakt med lege når de var syke, slik som vi så hos cismennene. Men flere av transmennene mente dette var knytte til andre ting enn maskulinitet. Så hva er det som hindrer transmennene i å søke helsehjelp når de behøver det? Det skal vi se nærmere på i neste kapittel i rapporten.

Tillit til helsevesenet

Tillit til helsevesenet er viktig (20). Dersom en opplever psykiske, fysiske og seksuelle utfordringer, vil tilstedeværelsen av tillit ofte fungere som en døråpner, mens mangel på sådan vil kunne være et hinder for hvorvidt en oppsøker hjelp. Et sitat fra en av de intervjuede transmennene illustrer godt hvor viktig tillit til fastlegen er:

For mange er det et stort steg å ta å gå til fastlegen og spørre om hjelp, og blir du avvist en gang så er det en form for tillitsbrudd. Da vil man ikke gå og mase for da føler man seg veldig liten. [...] Man vil ha noen som er imøtekommende og faktisk setter seg ned for å forstå.

Han forteller videre at han har inntrykk at av yngre fastleger er mer imøtekommende for transpersoner, og at alder derfor er noe han har navigert etter. På grunn av flere negative opplevelser med helsevesenet, bruker flere av transmennene i vår studie lang tid på å velge ut en fastlege de kan stole på, som møter de med respekt og har kunnskapen de behøver. De undersøker på nett, leser anmeldelser og benytter seg av sitt nettverk for å finne en passende lege. Mange velger lege ut fra kriterier som alder, åpenhet og anbefalinger fra andre bekjente, og noen velger å reise langt for et adekvat tilbud:

Jeg hadde veldig dårlig erfaring med fastlegen da jeg først kom ut som trans [...]. Men så fant jeg en, og han var kjempekul. Han hadde erfaring fra transpasienter før. Jeg liker han så mye at jeg har ikke bytta fastlege selv om jeg bor to timer kjøretid fra dette stedet.

Dette er i tråd med internasjonal forskning. I en litteraturgjennomgang gjennomført av Heng, Heal, Banks & Preston (21) fant man flere fellestrekk i hvordan transpersoner opplever å bli møtt av helsevesenet. Mangel på kunnskap og støtte var blant hovedfunnene, og en stor del hadde en overvekt av negative opplevelser tilknyttet helsetilbudet, inkludert transfobi og cisnormativitet. Dette førte igjen til at flere vegret seg for å ta kontakt (21). Stigmatisering, frykt for å bli diskriminert, og transfobi er noen av de viktigste grunnene til at transpersoner ikke oppsøker helsehjelp (22).

Flere av transmennene vi intervjuet hadde negative erfaringer i møte med helsevesenet, og manglet derfor tillit til helsepersonell. Begrenset tillit var tett forbundet med at flere hadde opplevd manglende kunnskap hos helsepersonell når det gjaldt kjønn og kjønnsidentitet. En forteller:

De har ikke peiling [fastlegene]. Det er altfor lite informasjon rundt hva hormoner faktisk gjør med oss. Jeg har sittet og lest om det selv og sjekket legeanmeldelser på nett. Skrolla igjennom for å finne meg en som faktisk hadde litt ok anmeldelser.

Flere av informantene opplevde også at fastleger og helsepersonell fremsto som bekymret og redd for å ta tak i helseutfordringene som transmennene opplevde. En informant forteller om sin erfaring da han var klar for å komme ut og gikk til sin fastlege for hjelp:

«Du må hjelpe meg». Nei. Det var det ikke snakk om. Men han turte ikke. Rett og slett. Han var redd for sanksjoner, tror jeg. Redd for å gjøre noe galt, eller, jeg tror han ikke skjønner hva det er.

Mangel på kunnskap om kjønn- og seksualitetsmangfold, og spesielt kunnskap om transpersoner underminerer ikke bare tilliten til pasienten, men kan også være et konkret hinder for helsehjelp til transpersoner.

Det nasjonale tilbudet til kjønnskorrigerende behandling ved kirurgi og hormoner var ikke tema for samtalen. Vi vil likevel notere at den lave tilliten til helsevesenet kan henge sammen med den kontroversielle statusen som Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Rikshospitalet har. Enheten er utpekt som ledende på området av myndighetene, men er kraftig kritisert fra faglig hold og fra transpersoner selv. Et arbeid med dialog og tillit til hele pasientgruppen er viktig her som på andre områder.

Flere homofile menn i cisgruppen kunne også forteller om fastleger som «ikke har peiling», og hvor de må gi opplæring om kjønn- og seksualitetsmangfold. En av informantene i kontrollgruppen kunne også fortelle om manglende kunnskap om kjønn- og seksualitetsmangfold og behandling med PrEP. Videre sa han at han ofte tok med lesestoff til helsepersonell, for å øke kunnskapsnivået til disse. Dette samsvarer med annen norsk forskning på området. I levekårsundersøkelsen *Alskens Folk - levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk* kunne flere informanter fortelle at de måtte «lære opp» helsepersonell om kjønnsidentitet og kjønns mangfold (23).

Hetero- og cisnormativitet:

Heteronormativitet er en verdensoppfatning der man antar at heteroseksualitet er normen, og at alle er heteroseksuelle inntil det motsatte er bevist.

Cisnormativitet er tilsvarende en sosial norm og antagelse om, at alle mennesker er ciskjønn. Antakelsen marginaliserer personer, som ikke er eller ikke identifiserer med det kjønn de ble tildelt ved fødsel.

(Kilde: LGBT Danmark)

Utover dette blir ikke møter med lege og helsevesenet i særlig grad problematisert i samtalene med cis-mennene. Ingen av cis-mennene kunne fortelle om at de hadde opplevd noen form for diskriminering når de oppsøkte hjelp, med unntak av et alvorlig tilfelle: En mann kunne fortelle at han hadde oppsøkt hjelp etter en voldtekt og ble avvist av helsepersonell og kriesesenter. Han erfarte at det ble satt spørsmålsteget til om voldtekten hadde hendt i det hele tatt, og at helsepersonell og ansatte ved hjelpetiltak ikke klarte å ta innover seg at en mann kunne bli voldtatt. På kriesesenteret fikk han beskjed om at han ikke kunne få noe tilbud, da han kunne retraumatisere kvinnene som var der. Reform og våre samarbeidspartnere har vært i kontakt med en rekke menn som har blitt møtt på en tilsvarende måte. Flere rapporter og evalueringer har dokumentert at menn utsatt for voldtekt og partnervold mangler tilbud eller har mangelfulle tilbud, og flere rapporterer om å bli møtt med fordommer og avvising knyttet til at de er menn (24, 25 og 26). Manglende kompetanse om transmenn og bevissthet rundt at menn kan bli voldtatt, henger sammen med normative forståelser av kjønn.

Helseproblemer oversettes til «transproblemer»

Når man er syk og forteller venner og familie om dette, er det viktig at man blir tatt på alvor. Dette gjelder også når man oppsøker helsevesenet på grunn av sykdom. Flere av transmennene kan fortelle om situasjoner der de har konsultert helsepersonell angående symptomer på sykdom hvor dette feilaktig blitt tolket som «transproblemer». Her forteller en transmann:

Vi trenger noen som kan være respektabel rundt det. Sjøl om vi kommer med noe som ikke har noe med dette trans å gjøre så kan bli brukt mot deg. «Ja, det er bare på grunn av hormoner, det er derfor du har smerter.» Men det er jo ikke det. Det har jeg opplevd, og snakka med andre som har opplevd.

Denne utfordringer gjelder også ved psykisk uhelse, og flere møtte denne utfordringen både fra omgangskrets og fra helsepersonell. En annen informant forteller:

Jeg opplever ofte at hvis jeg begynner å snakke om at ting er kjipt, så går de alltid tilbake til at jeg er trans, og de begynner å spørre meg «var det riktig?» [med kjønnskorrigerende behandling]. Eller, det går alltid tilbake til det temaet, spør «er det kanskje der det ligger». De skal liksom knytte det opp til det.

Et typisk trekk ved diskriminering av minoriteter er at medlemmer fra majoriteten visker ut individuelle særtrekk ved hver enkelt person, og heller bruker egenskaper fra minoriteten som gruppe for å forstå å beskrive enkeltmennesker. Å gå gjennom kjønnskorrigerende behandling er utfordrende, og kan påvirke både den fysiske og psykiske helse. Men det er ikke slik at all uhelse i etterkant må knyttes til dette. Man må se mennesket i sin helhet, og ta den enkelte på alvor. Forskning viser at kjønnsbekreftende behandling i stor grad bedrer både fysisk og psykisk helse. Mange transpersoner sliter likevel grunnet minoritetsstress, traumer fra lange utredningsprosesser og transnegative holdninger i samfunnet (27, 28 og 29).

Savner kjønnsnøytrale helsetilbud

Noen transmenn bryter med de tradisjonelle normene for kjønn ved at deres genitalia ikke samsvarer med deres kjønnsidentitet, og møter diskriminering på grunn av dette. Flere av transmennene i vår undersøkelse forteller at dette fører til at mye helseinformasjon og

helsetjenester knyttet til reproduktiv og seksuell helse ikke stemmer for dem. Her forteller en transmann om hvordan han opplever det å gå til gynekologen:

Altså, det er jo en konstant påminnelse om at ting kanskje ikke er helt som man vil at det skal være. Og det er liksom å finne den formuleringa der, for eksempel: Hvilke ord og uttrykk kan man bruke for å inkludere alle som har livmor, uavhengig om du er mann eller dame. Der føler jeg at helsevesenet er veldig kjønnsretta.

Et punkt som går igjen hos begge gruppene av intervjuede transmenn er at mange savner tilbud som er mer kjønnsnøytrale og har et mer kjønnsnøytralt språk, og dette omhandler spesielt tilbud rettet mot seksuell helse. Som en sier: «Det hadde vært så fint om alt bare var nøytralt. Fordi at kjønn har egentlig ikke noe med saken å gjøre.». Mange etterspør også informasjon som er rettet mot transpersoner, eller informasjon som er mindre cis- og heteronormativ:

Som oftest så sier man at man skal bruke kondom for ikke å gjøre andre gravid. [...] Da setter du ikke lys på det med kjønnsykdommer. Så, man havner jo midt imellom. Jeg forstår, «men bør jeg sjekke meg, eller er det ting jeg burde ta hensyn til?» På grunn av det biologiske, altså, er det noen ting jeg bør være obs på som andre menn ikke bør være obs på?

På grunn av at mange av transmennene opplevde manglende helseinformasjon, valgte flere å oppsøke informasjon på nett. Dette kan føre til utfordringer, da informasjon på nett kan være uklar, uriktig, og på et annet språk enn det personen har som førstespråk, noe som igjen skaper usikkerhet. Disse fortellingene bekrefter behovet for et mer sensitivt og kjønnsnøytralt tilbud, og større kunnskap om transpersoners helse generelt.

4. Anbefalinger

Tillit til helsevesenet er avgjørende om man skal be om hjelp til sine helseutfordringer. For å skape tillit er det viktig å møte mennesker med respekt. Respekt for deres opplevelser, erfaring og kjønnsidentitet. Som en av mennene i transgruppen så enkelt sier det: «Folk liker å bli møtt med respekt, sant.». Å møte mennesker med respekt krever at man er profesjonell, samtidig som man er sensitiv ovenfor pasienten. Dette fordrer at man som helsepersonell fremstår som komfortabel med transtematikk. Personlig tro og moral knyttet til kjønns mangfold har ingenting i pasientmøtet å gjøre. Vi oppfordrer derfor helsepersonell til å skille mellom privat tro og profesjonell praksis. I det følgende vil vi komme med noen anbefalinger til hvordan du som helsepersonell på best mulig måte kan møte transmenn med respekt og skape tillit.

Synliggjør trans- og lhbtqi-kompetanse

Transpersoner utsatt for diskriminering i helsevesenet, er mer utsatt for uhelse, snittlevealder er lavere, og mange unngår å oppsøke helsehjelp for helseplager (30). For flere av våre informanter skapte negative opplevelser en barriere for å ta kontakt med helsevesenet:

Jeg har hatt noen negative erfaringer i helsevesenet, og så er jeg jo livredd for at jeg skal bli fortalt at jeg bare innbiller meg ting eller at jeg kaster bort tida. Så da tenker jeg alltid at jeg bare venter, for det blir sikkert bedre om jeg bare venter. Og så er jeg litt fleksibel på hvor lenge man bør vente, da.

Det er viktig for transmenn å avklare om helsetilbudet de skal benytte seg av er trygt, eller om det truer deres identitet. Som helsepersonell er det derfor viktig at du legger til rette for et positivt møte. Som vi har sett bruker flere av våre informanter lang tid på å finne en lege de stoler på, og gjør mye undersøkelser før de tar kontakt. Allerede her kan legekontorer og andre instanser gjøre mye for å nå ut til målgruppen på en positiv måte. Dette kan du gjøre ved å for eksempel utforme trans- og lhbtqi- positive hjemmesider. Her kan det opplyses om at man har transmedisinsk kompetanse og opplyse om at de ansatte er lhbtqi-alliert helsepersonell (31). Også lokalene kan tilpasses, ved at informasjonsmateriale og blader på venterom signaliserer lhbtqi- positive holdninger, og man kan legge til rette for kjønns mangfold ved at toalettene er unisex-utformet.

Generelle helseplager er vanligste også for transmenn

Flere av våre informanter kunne fortelle at deres transidentitet ble tema, i settinger hvor dette var irrelevant. Man har også i tidligere studier avdekket at informanter med transidentitet ofte har møtt helsepersonell som stiller upassende og svært sensitive spørsmål knyttet til transtematikk, som ikke er knyttet til helsetilstand (31). Det er ikke pasientens ansvar å fortelle om sine private anliggende, for å tilfredsstillende helsepersonells vitebegjær.

Ved pasientmøter bør helsepersonell derfor anerkjenne at ikke all uhelse, psykisk eller fysisk, er knyttet til transidentitet. Om noen oppsøker helsehjelp på grunn av problemer med underlivet etter kjønnskorrigerende kirurgisk behandling av genitalia, vil dette være relevant. Om en pasient tar kontakt ved ryggsmerten, vil ikke dette være relevant. Derfor oppfordrer vi helsepersonell til å se personens helseproblemer som nettopp helseproblemer, og ikke som et «transproblem». Derfor: ta kun opp transidentitet når det er relevant.

Kjønns mangfold blant helsearbeidere er viktig, men kompetanse er viktigere

Om den som leverer helsetjenesten har samme kjønn som pasienten eller brukeren kan dette skape nærhet og trygghet. Om brukeren i tillegg vet at det jobber skeive personer på helsetilbudet han skal besøke, kan det bidra til å senke terskelen ytterligere til å benytte tjenesten. Men mer vesentlig er det at ansatte har spesialkompetanse på området.

Ved spørsmål til alle tre grupper menn om preferanser til helsepersonells kjønn, fikk vi ikke et entydig svar. Noen foretrakk menn, andre kvinner, og andre igjen sa dette ikke spilte noen rolle. En informant i gruppen av transmenn sier: «Det spiller ingen rolle, tenker jeg. Verken kjønn eller legning eller noe. Egentlig bare at de er ålreit.». Med dette følger det at hvem du er, kjønn, seksuell orientering eller bakgrunn, ikke betyr så mye. Om du viser respekt og innhenter deg nødvendig kunnskap, kreves det ikke nødvendigvis noe mer.

Bruk et inkluderende språk og etterstrebe kjønnsnøytrale tilbud

Oppmerksomhet rundt egen språkbruk er viktig, uavhengig av hvem du møter som helsepersonell. Korrekt språkbruk kan være utfordrende, og avhenger av kontekst og tid. Derfor er det viktig å ta hensyn til rådende vokabular når det gjelder lhbtq-tematikk. En grunn tanke bør være at språket du bruker er ikke-patologiserende, respektfullt og i tråd med rådende språkbruk innenfor konteksten du befinner deg i (32).

Flere av mennene i transgruppene hadde opplevd at skjemaer og språkbruk hos helsevesen ikke var dekkende for det kjønns mangfoldet som eksisterer. Mye informasjon og mange skjemaer som brukes ved norske helsetilbud tar utgangspunkt i en binær (kvinne/mann) kjønnsforståelse. Denne forståelse favner ikke alle individer. For at helsetilbudet skal fremstå som inkluderende for flere grupper, foreslår vi at helseskjemaer inkluderer kategorier som går utover den binære kjønnsforståelsen. Trenger du informasjon om pasientens kjønn, inkluder kategorier om kjønn, trenger du informasjon om pasientens genitalier, inkluder kategorier for dette. Det er viktig at skjemaer som inneholder ikke-binære kategorier, inkluderer kategorier for transmenn og -kvinner. Det er ikke tilstrekkelig med kategorien *trans*, da transmenn og -kvinner er to vidt forskjellige kategorier.

I møte med pasienter som identifiserer seg som transpersoner, skal helsepersonell etterstrebe bruk av riktig pronomen og foretrukket fornavn. Dette kravet bør være et absolutt minimum for helsepersonell. For å unngå usikkerhet i møte med pasienter, spør hvilket pronomen de benytter.

Skaff deg grunnleggende kompetanse om kjønns mangfold og skeive

Flere studier viser at helsepersonell på tvers av flere disipliner mangler grunnleggende utdanning i transhelse (31). I en studie i Storbritannia fant man at nærmere 60 prosent av respondentene hadde måtte gi «opplæring» om transhelse til helsepersonell (33). Dette står i tråd med erfaringen til informantene i vår undersøkelse. Mangel på kunnskap skaper barrierer for å gi effektiv helsehjelp, og gjør mange ansatte i helsevesenet usikre på hvordan de skal snakke med og behandle transpersoner, og hvor de skal henvise sine pasienter (31). Om du som helsepersonell møter pasienter som identifiserer seg som trans, er det derfor viktig at du skaffer deg kunnskap om kjønnskorrigerende behandling, inkludert kirurgi og hormonterapi, bivirkninger av disse, og psykisk helse.

Fagavdelingen Rosa kompetanse i Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI) tilbyr kompetansehevende kurs for ansatte i helse- og sosialsektoren. Her får man informasjon om «[...] normer, kjønn, identitet, seksuell orientering og inkluderende praksis. Kursene er kunnskapsbaserte, motiverende, praktisk anvendelige og har overføringsverdi til andre temaer knyttet til mangfold, utenforskap og minoritet-/majoritetsperspektiver.» (<https://www.foreningenfri.no/rosa-kompetanse/rk-helse-og-sosial/>). Besøk nettsidene til FRI for å bestille kurset.

Større fokus på maskulinitet i helsevesenet

Tjenesteapparatet og dets tilbud bør i større grad forsøke å rette seg mot menn. Selv om menn er ulike, er det viktig å huske på at mange menn har til felles at de ønsker å bevare sin maskulinitet i møte med uhelse. Dette kan komme til uttrykk gjennom at de ikke ønsker å fremstå som syk eller hjelpetrengende. Dette framkom både i gruppen av transmenn og cismenn, hvor flere fortalt at de ventet lenge med å oppsøke lege, og at det gjerne var oppfordringer fra familie, venner eller kollegaer som førte til at de til slutt kontaktet lege. Lærdommen her er at selv om menn er ulike, bør man ta utgangspunkt i at den mannlige pasient ofte ønsker å beholde autonomi og selvkontroll når de oppsøker helsehjelp, og dette krever sensitivitet fra helsepersonell. Basert på tidligere studier gjort av Reform og OUS (12), oppfordrer vi helsepersonell til å utvikle nye kommunikasjonsformer som i større grad er tilpasset menn. Dette innebærer dialogformer som er basert på kunnskap, og mindre vektlegging av følelsesbaserte temaer. I tillegg viser forskning at helsetilbud med lengre åpningstider og mannsesifikk tilnærming blir benyttet i større grad av menn (34).

Mer forskning på mannlighetens betydning for transmenns helse

Ved å sammenlikne transmenn med cismenn har denne undersøkelsen både tatt for seg fellesnevnerne og hva som framstår som særegne aspekter ved transmenns helse. I (cis)befolkningen er kjønn, ved siden av klasse, kanskje den viktigste dimensjonen til å forklare helseforskjeller. I stor grad bunner disse helseforskjellene i livsstil og levemåte. For å skulle forstå transmenns helse i den videre forskning er derfor cismenn et viktig sammenlikningsgrunnlag. Det er tross alt det kjønnnet som de identifiserer seg med og lever som. Derfor vil vi etterlyse mer forskning på mannlighetens betydning for (trans)menns helse.

Om prosjektets partnere

FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold

FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold sitt formål er å skape et samfunn der alle åpent kan leve ut sin seksuelle orientering, sin kjønnsidentitet og sine kjønnsuttrykk basert på likeverd og samtykke uten fare for å bli diskriminert og/eller trakassert.

FRI er en medlemsorganisasjon for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønnpersoner og andre som bryter med normer for kjønn og seksualitet. En av FRI's viktigste oppgaver er å drive påvirkningsarbeid overfor storsamfunnet, blant annet politikere, organisasjoner, myndigheter, næringsliv og massemedier. FRI vil at alle, uavhengig av seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk skal bli ivaretatt innenfor alle livsfaser og samfunnsområder.

www.foreningenfri.no

Reform – Ressurscenter for menn

Reform – ressurscenter for menn er en uavhengig og ideell stiftelse som driver hjelpetilbud for menn i vanskelige livssituasjoner, samler inn og formidler kunnskap om gutter og menn. Reform er en pådriver for et mannsperspektiv i likestillingspolitikken, og er landets eneste kompetansemiljø med hovedoppgave å arbeide med likestilling i et mannsperspektiv. Reform er et kunnskapssenter for *alle* menn i Norge. Reform har lang erfaring med å hjelpe menn i krise, og har også drevet ulike gruppetilbud for menn. Menn, helse og mannlighetens pris i form av blant annet menns kortere liv enn kvinners, er blant temaene Reform har arbeidet med over lang tid. Ressurscenteret har også foretatt kartlegginger og utarbeidet rapporter om menn og likestilling på ulike områder.

www.reform.no

Litteratur og kilder

1. De Santis, J.P., *HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2009. 20(5): s. 362-372.
2. Kenagy, G.P., *Transgender health: Findings from two needs assessment studies in Philadelphia*. Health & social work. 2005. 30(1): s. 19-26.
3. Lawrence, A.A., I. Meyer, and M. Northridge, *Transgender health concerns*. In *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations*. 2007, Springer Science: New York.
4. Xavier, J., J.A. Honnold, and J. Bradford, *The health, health related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians*. 2007, Virginia HIV Community Planning Committee and Virginia Department of Health Virginia.
5. MacDonnell, J.A. and A. Grigorovich, *Gender, work, and health for trans health providers: A focus on transmen*. ISRN nursing. 2012.
6. Schilt, K., *Just one of the guys? How transmen make gender visible at work*. Gender & Society. 2006. 20(4): s. 465-490.
7. Gulbrandsen, K., *Livskvalitet etter kjønnskorrigerende behandling: En prospektiv studie av norske transseksuelle pasienters livskvalitet*. 2013, Universitetet i Oslo: Oslo.
8. Madsen, S.A., *Mænds sundhed og sygdomme*. 2014, Fredriksberg: Samfundslitteratur.
9. Statistisk Sentralbyrå, *Dette er kvinner og menn i Norge i 2018*. Rapport, 2018.
10. Lilleaas, U.-B., *Fra en kropp i ustand til kroppen i det moderne*. 2003, Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
11. Reform - Ressurssenter for menn, *Reformundersøkelsen*. 2017.
12. Reform - Ressurssenter for menn and Oslo Universitetssykehus, *Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring. Hvordan tilpasse et lærings- og mestringstilbud for menn?* 2016.
13. Chodorow, N.J., *Feminism and psychoanalytic theory*. 1989: Yale University Press.
14. Goffman, E., *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. 2009 [1963]: Simon and Schuster.
15. Larsson, H., *Isenesättningen av kön i idrott. En nutidshistoria om idrottsmannen och idrottskvinnan (Doktorgradsavhandling)*, in *Lärarhögskolan i stockholm*. 2001: Stockholm.
16. Statistisk Sentralbyrå, *Eldre og enslige har minst sosial kontakt*. Rapport. 2016.
17. Kolnar, K.H., *Det ambisiøse selv*, in *Det historisk-filosofiske fakultet*. 2003, NTNU: Trondheim.
18. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Utsatthet for vold og kjønnsforskjeller*. 2019.
19. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. *Vold og overgrep*. 2019; Hentet fra: <https://www.nkvts.no/tema/vold-og-overgrep-i-naere-relasjoner/>.
20. Tuohy, C.H., *Agency, contract, and governance: shifting shapes of accountability in the health care arena*. Journal of health politics, policy and law. 2003. 28(2-3): s. 195-216.
21. Heng, A., et al., *Transgender peoples' experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review*. International Journal of Transgenderism. 2018. 19(4): s. 359-378.
22. Drabble, L., J. Keatley, and G. Marcelle, *Progress and opportunities in lesbian, gay, bisexual, and transgender health communications*. Clinical Research and Regulatory Affairs. 2003. 20(2): s. 205-227.
23. Van der Ros, J., *Alskens folk: levevilkår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. 2013, Hamar: Likestillingssenteret.

24. Bakketeig, E., et al., *Krisesentertilbudet i kommunene. Evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven*. NOVA rapport. 2014.
25. Lien, M., J. Lorentzen, and C. Ekenstam, *Den mannlige smerte–menns erfaringer med vold i nære relasjoner*. 2017, Oslo: Proba Samfunnsanalyse. Rapport.
26. Svendby, R., *Fra de stummes leir: menns beretninger om seksuelle overgrep fra kvinner og menn*. 2011.
27. Testa, R.J., et al., *Suicidal ideation in transgender people: gender minority stress and interpersonal theory factors*. *Journal of abnormal psychology*. 2017. 126(1): s. 125.
28. Costa, R. and M. Colizzi, *The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review*. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2016.
29. Dhejne, C., et al., *An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets*. *Archives of sexual behavior*. 2014. 43(8): s. 1535-1545.
30. Nordmarken, S. and R. Kelly, *Limiting transgender health: Administrative violence and microaggressions in health care systems*. *Health care disparities and the LGBT population*. 2014: s. 143-166.
31. Ross, K.A. and G. Castle Bell, *A Culture-Centered Approach to Improving Healthy Trans-Patient–Practitioner Communication: Recommendations for Practitioners Communicating with Trans Individuals*. *Health communication*. 2017. 32(6): s. 730-740.
32. Bouman, W.P., et al., *Language and trans health*. *International Journal of Transgenderism*. 2017. 18(1): s. 1-6.
33. Deschamps, M., *Questions of gender*. *Nursing Standard*. 2014. 28(24).
34. White, A., et al. *The state of men's health in Europe*. The European Commission. 2011.

Les også brosjyren «Transmenn og helse»



Brosjyren er en kortere versjon av denne rapporten. Den er beregnet på ansatte i helsevesenet som kommer i kontakt med transmenn, eller andre interesserte.

Brosjyren kan leses eller bestilles som trykksak på www.reform.no