



## Skeiv i Helse-Norge

KARTLEGGING AV TILBUD FOR SKEIVE I INNLANDET OG  
HELSEPERSONELLS KOMPETANSE OM SEKSUELL ORIENTE-  
RING, KJØNNSUTTRYKK OG KJØNNSIDENTITET

Av Annette Solberg

RAPPORT 2/2017

LIKEVERDIGE OFFENTLIGE TJENESTER

# Likestillingssenteret

(Stiftelsen Kvinneuniversitetet)

Likestillingssenteret er et tverrfaglig kompetansesenter med likestilling som fagområde. Senterets målsetting er å bidra til et inkluderende og rettferdig samfunn med like muligheter for alle. Målsettingen er knyttet opp mot et bredt likestillingsbegrep som inkluderer alle diskrimineringsgrunnlag (kjønn, etnisitet, livssyn, alder, seksuell orientering og nedsatt funksjonsevne). Likestillingssenteret har en aktiv informasjons- og pådriverrolle og er en drivkraft for økt likestilling lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

Senteret tilbyr kompetanseheving på kjønn og likestilling samt utviklingsarbeid tuftet på forskningsbasert likestillingskunnskap til offentlige myndigheter, frivillige organisasjoner og privat næringsliv. Arbeidsmetodene er kurs og konferanser, utviklingsnettverk, prosessveiledning, mentoring, kartlegging, forskning og utredning.

Hovedsatsningsområder:

- Barn og unges oppvekstmiljø
- Samfunnsutvikling og deltakelse
- Arbeidsliv
- Likeverdige offentlige tjenester

Utgivelsesår: 2017

Utgiver: Likestillingssenteret  
Skolegata 1  
2317 Hamar

Tlf: 62 54 74 60  
post@lss.no  
www.likestillingssenteret.no

## Forord

Likestillingscenteret har på eget initiativ gjennomført en kartlegging av møteplasser og helse-tilbud for skeive i Innlandet, samt helsepersonells kompetanse på seksuell orientering, kjønns-identitet og kjønnsuttrykk. Gjennom kartleggingen har vi synliggjort hvordan likeverdige of-fentlige tjenester ikke er en realitet for alle. Kartleggingen viser at prioritering, kompetanse og ressurser påvirker hvilke tjenester vi får, noe som igjen kan føre til ubevisst eller indirekte dis-kriminering. Likeverdige offentlige tjenester er en lovpålagt plikt og derfor er det viktig for oss å vise hvordan ulike minoriteter i samfunnet kan oppleve diskriminering hvis de ikke passer inn i samfunnets normer.

Det er en rekke personer som har vært hjelpelige og engasjerte i prosjektet som vi gjerne vil sende en stor takk. Martin Rosmo Hansen, Marion Arntzen, Fredrik Langeland og Birgit Hau-ger har vært viktige bidragsytere til diskusjon og tilbakemeldinger. Inge Alexander Gjestvang og Ive Kristin Staune-Mittet har også vært viktige kunnskapskilder og ressurser til prosjektet. Tonje Lauritzen ved Østlandsforskning fortjener en stor takk for innspill og hjelp ved utforming av spørreundersøkelsen.

Ledelsen ved divisjon psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet fortjener også en spesiell takk for å ha bistått i å skaffe respondenter fra BUP og DPS. Og sist men ikke minst fortjener alle enhetslederne ved DPS, BUP, PP-tjenesten, helsestasjoner og kommunale psykiske helseteam en stor takk for at de tok seg tid til å delta i kartleggingen og har bistått med uvurderlig infor-masjon.

Helt til slutt en stor takk til alle ansatte ved Likestillingscenteret som har bidratt med konstruk-tive diskusjoner og nyttige tilbakemeldinger.

Hamar, 24. juni 2017



Goro Ree-Lindstad  
Direktør



Annette Solberg  
Prosjektleder

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>2</b>
INNLEDNING .....	2
BEGREPSAVKLARING .....	3
MÅLSETTING .....	4
BAKGRUNN FOR PROSJEKTET .....	5
<b>METODE OG RESPONS</b> .....	<b>8</b>
RESSURSGRUPPEN .....	8
MØTEPLASSER OG TILBUD .....	9
SPØRREUNDERSØKELSEN .....	9
<b>MØTEPLASSER OG HELSETILBUD</b> .....	<b>13</b>
INNLEDNING .....	13
DIGITALE RESSURSER .....	13
MØTEPLASSER I INNLANDET .....	15
HELSETILBUD .....	16
OPPSUMMERING .....	16
<b>KOMPETANSE OG PRIORITERINGER</b> .....	<b>18</b>
INNLEDNING .....	18
INFORMASJON OM ENHETENE .....	18
ANSATTES KOMPETANSE .....	20
EKSTERNE RESSURSER .....	24
SÆRSKILT FOR ENHETER MED FORMELL KOMPETANSE .....	27
OPPSUMMERING .....	30
<b>SKEIV I HELSE-NORGE</b> .....	<b>31</b>
INNLEDNING .....	31
MØTEPLASSER OG HELSETILBUD .....	32
STYRING OG PRIORITERING .....	32
KOMPETANSEHEVING .....	34
TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	34
BRUK AV EKSTERN KOMPETANSE .....	36
LIKEVERDIGE TJENESTER .....	36
KUNNSKAP = ØKT BEVISSTHET = LIKEVERDIG TJENESTE .....	37
<b>ANBEFALINGER</b> .....	<b>38</b>
<b>LITTERATUR</b> .....	<b>39</b>
<b>ORDLISTE</b> .....	<b>41</b>

## SAMMENDRAG

---

Likestillingssenteret har gjennomført en kartlegging av møteplasser og helsetilbud for skeive i Innlandet, samt helsepersonells kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. En spørreundersøkelse ble sendt ut til enhetsledere ved BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), DPS (Distriktspsykiatrisk senter) og PP-tjenesten (Pedagogisk-psykologisk tjeneste), samt helsestasjoner og kommunale psykiatriske team i alle kommuner i Hedmark og Oppland.

Kartleggingen viser seks hovedtrender:

- Liten åpenhet rundt sosiale møteplasser og arrangementer
- Få helsetilbud rettet spesifikt mot skeive
- Generell mangel på tematikken i virksomhetsplaner og styringsdokumenter
- Seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er lavt prioritert
- Lite tverrfaglig samarbeid både internt i kommunene og med eksterne aktører
- Manglende bevissthet og prioritering gir ubevisst og indirekte diskriminering av skeive

Kartleggingen viser også at det er få enheter i Innlandet som har ansatte med formell kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Det er interessant å se at forskjellene i respondentenes svar tyder på at formell kompetanse er viktig av flere grunner, men er spesielt avgjørende for kvaliteten på tjenestene som tilbys. Kort oppsummert kan vi si at enheter som har ansatte med formell kompetanse har:

- Større kjennskap til eksterne ressurser
- Benytter de ansatte med kompetanse til internundervisning
- Oppgir alle at de oppfordrer ansatte til kompetanseheving på tematikken
- Oppgir alle at de har skeive pasienter og diskuterer tematikken

På bakgrunn av kartleggingen har vi utformet fem anbefalinger avslutningsvis i rapporten. Kort oppsummert må for det første kjønn- og seksualitetsmangfold inn i virksomhetsplaner og styringsdokumenter. For det andre må de ansatte få grunnleggende kompetanseheving gjennom kurs og fagdager på tematikken. For det tredje må det bli bedre tverrfaglig kompetanseutveksling både internt i kommuner/regioner, etater og med eksterne ressurser. For det fjerde må lavterskeltilbudene være en forebyggende instans med bevissthet rundt tematikken. Og sist men ikke minst må det bli bedre synliggjøring av interesseorganisasjoner, møteplasser og helsetilbud til skeive på for eksempel oppslagstavler og i informasjonsmateriell ved lavterskeltilbud som helsestasjon, på skolen, ungdomsklubben og idrettsarenaer.

## BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

---

Likeverdige offentlige tjenester er en lovpålagt plikt for alle etater i Norge. I helsevesenet kan dette for eksempel måles ved at alle får den samme behandlingen uavhengig av kjønn, økonomi og sosiale nettverk. Alle har i prinsippet lik rett til like god behandling og tilpasset behandling.



### INNLEDNING

Forskningen på menneskets anatomi har gjennom tidene vært preget av mannlig dominans. Kvinnehelse og seksuelle minoriteters helse har derfor ikke i samme grad vært i fokus i utviklingen og forskningen på diagnostisering, medisiner, bivirkninger og så videre. Kjønn er følgelig avgjørende for hvilken diagnose, behandling og muligheter pasientene får i helsevesenet (Norges forskningsråd 2005, NOU 1999:13).

I de senere årene har det vært økt fokus på kvinnehelse, ettersom det innen flere diagnosegrupper har vist seg at kvinner ikke har samme symptomer som menn for eksempel ved hjerteinfarkt eller at de får andre bivirkninger ved medisiner (Norges forskningsråd 2005, NOU 1999:13). Dette er derfor et stort satsningsområde for tiden og Forskningsrådet har blant annet lyst ut midler til forskningsprosjekter på kvinnehelse. Det vi ser er altså at likebehandling i helsevesenet ikke alltid er til pasientens beste. Forskjellig behandling med hensyn til kjønn kan være like viktig for å gi pasientene og brukerne en likeverdig offentlig tjeneste.

En måte å tilpasse behandlingen på er å ha åpenhet og respekt for pasientene og brukerne uavhengig av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Ofte kan det være nødvendig med annen oppfølging og diagnostisering av kvinner og menn, eller av transpersoner, interkjønn, lesbiske, homofile og bifile. Vi vet for eksempel at andelen bifile kvinner med selvmordsatferd er mye høyere enn for heterofile kvinner (Helsedirektoratet 2014). Dette krever selvfølgelig en annen oppfølging og oppmerksomhet ovenfor denne gruppen gjennom ungdomsårene og voksen alder.

For å kunne gi de av oss som bryter heteronormen, et likeverdig offentlig helsetilbud og ikke minst bli møtt med åpenhet og respekt for den vi er, er det avgjørende at helsepersonell har forståelse for og grunnleggende kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Gode møteplasser og helsetilbud rettet inn mot lhbt-personer er også viktig for å bidra til gode levekår og livskvalitet for skeive, samt forebygge psykiske vansker.

Likestillingssenteret har derfor gjennomført en kartlegging for å finne ut hvilken formell kompetanse og fokus helsepersonell i Inn-

landet har om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. I tillegg har vi kartlagt hvilke møteplasser og helsetilbud som finnes spesifikt for unge skeive i Innlandet. Med Innlandet mener vi fylkene Hedmark og Oppland. Prosjektet har vært rettet mot unge skeive, og med det mener vi her barn og unge opp til 25 år.

## BEGREPSAVKLARING

I kartleggingen har vi benyttet begrepene *seksuell orientering*, *kjønnsidentitet* og *kjønnsuttrykk*, samt forkortelsen *lhbt* og *skeiv*. Nedenfor gis det derfor en begrepsavklaring og definisjon av nevnte begreper. En tilsvarende begrepsavklaring ble sendt ut sammen med spørreundersøkelsen til respondentene for å avverge eventuelle feilkilder i forståelsen av begrepene når respondentene besvarte spørreundersøkelsen. Hovedkilde til begrepsavklaringen er Store Medisinske leksikon og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Begrepet *heteronormativitet* og *normkritikk* er også definert nedenfor, ettersom disse begrepene er viktige for å forstå hvorfor skeive utgjør en minoritet i helsevesenet. For flere begreper og definisjoner se ordliste bakerst i rapporten.

---

### LHBTI OG SKEIV

Lhbt er en forkortelse for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og interkjønn. Dette er et samlebegrep for seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter, som brukes både av myndigheter, rettighetsorganisasjoner og forskere (Grasmo 2017).

Lhbt-begrepet favner både betegnelser knyttet til seksuell orientering (lh), og kjønnsidentitet (t). I tillegg betegner i-en interkjønn som er en paraplybetegnelse for

personer født med atypiske kjønnskarakteristika med hensyn til kromosomer, hormoner, kjønnskjertler og/eller genitalier. Interkjønn bryter med vår binære forståelse av kvinnelig og mannlig kropp. Interkjønn er en diagnose basert på kjønnskarakteristika og kan ikke relateres spesifikt til begrepene seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Interkjønnpersoner er allikevel vernet mot diskriminering i tråd med diskrimineringsvernet for seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

Vi har valgt å også benytte samlebegrepet *skeiv* i denne kartleggingen. Dette er for å unngå bokstavrekken og diskriminering av grupper med kjønns- og seksualitetsmangfold som ikke har egen bokstav i rekka. Med *skeiv* mener vi her personer som opplever at de ikke passer inn i heteronormen.

---

### SEKSUELL IDENTITET/ORIENTERING

Seksuell identitet brukes vanligvis som uttrykk for hvilke(t) kjønn vi blir tiltrukket av i betydningen av hvem vi ønsker å ha sex og etablere parforhold med (Almås 2017). Når vi bruker begrepet seksuell orientering ligger det gjerne til grunn at dette er en tillært egenskap eller et personlig valg.

Seksuell identitet tar utgangspunkt i at vi er seksuelle i betydningen kjønnede vesener, mens det tradisjonelt bare har vært operert med to kjønn: mann og kvinne, ser vi i dagens samfunn at det opereres med mange kjønn, der de vanligste er mann, kvinne, trans og interkjønn. Seksuell identitet vil derfor romme en opplevelse av hvem vi er i forhold med og hva slags parforhold vi ønsker å inngå i.

---

### KJØNNSENTITET

Kjønnsidentitet er den personlige oppfatningen av hvilket eller hvilke kjønn vi er

(Benestad og Van der Ros 2017). Opplevelsen er subjektiv og ikke nødvendigvis i samsvar med kroppens ytre anatomi, eller med andres oppfatning av hvilket eller hvilke kjønn vi er.

Dette vil si følelsen vi har av å for eksempel være mann, kvinne, både mann og kvinne, ingen av disse eller noe annet. Det er flere mennesker som oppfatter at de har kjønn som ligger utenfor kategoriene kvinne/mann. De kan for eksempel oppfatte seg som transpersoner eller som kjønnsavvisere.

---

### KJØNNSUTTRYKK

Kjønnsuttrykk definerer måten vi bevisst eller ubevisst uttrykker vår kjønnsidentitet på, slik at omgivelsene oppfatter hvilket eller hvilke kjønn vi tilhører (Nylund 2017). Dette er noe alle gjør i større eller mindre grad, gjennom blant annet klær, hårfrisyre, sminke, kroppspråk.

---

### HETERONORMATIVITET

Heteronormativitet betyr at heteroseksualitet og tokjønnsmodellen stort sett alltid blir tatt for gitt når mennesker møtes (Bufdir 2017). Heteronormen omfatter de kulturelle og sosiale institusjoner, normer, praksiser og språk som reflekterer at samfunnet og kulturen forutsetter at alle mennesker er heterofile. Den heteronormative seksualiteten har fokus på reproduksjon, og den heterofile kjernefamilien blir naturgitt og universell. Det gjør at lhbt-personer blir sosialt usynlig og annenrangs. I et heteronormativt samfunn er alle ikke-heterofile i minoritet og antas å være heterofile med mindre det motsatte er bevist.

---

### NORMKRITIKK

Det å bryte heteronormativiteten betyr også å bryte normene i samfunnet. Å kritisere, synliggjøre og forandre normene betegnes som normkritikk. Vi som arbeider med likestilling og diskrimineringsvern tar utgangspunkt i et normkritisk perspektiv der alle mennesker i samfunnet skal ha like rettigheter og muligheter.

### MÅLSETTING

Hovedmålsettingen med prosjektet er å bedre levekår og livskvalitet for skeive i Innlandet gjennom å styrke interesseorganisasjonene og kompetansen hos helsepersonell. For å nå dette målet har vi gjennomført to tiltak.

For det første har vi kartlagt eksisterende tilbud for skeive i form av sosiale møteplasser. Formålet var å skaffe en oversikt over hvilke sosiale møteplasser som finnes for lhbt-ungdom i Innlandet slik at helsepersonell kan oppfordre unge de kommer i kontakt med til å oppsøke disse ved behov.

For det andre ønsket vi å kartlegge hvilken kompetanse om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk som finnes i kommunenes helsetjenester i Innlandet. Formålet var å fremskaffe kunnskap om hvilke helsetilbud som finnes og hvilke kompetansebehov helsepersonell har for å kunne møte denne gruppen med respekt og åpenhet, slik at de kan tilby skeive et likeverdig offentlige tjenestetilbud.



---

## PROBLEMSTILLINGER

1. Hvilke møteplasser og helsetilbud har skeive i Innlandet?
2. Hvilken kompetanse har helsepersonell om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i Innlandet ved:
  - BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk)
  - DPS (Distriktspsykiatrisk senter)
  - PP-tjenesten (Pedagogisk-psykologisk tjeneste)
  - Helsestasjon
  - Psykisk helseteam

---

## HVORFOR INNLANDET?

Innlandet er en distriktsregion med stor variasjon i befolkningsspredning, preget av både spredt bebyggelse med små kommunesentra og flere større bykjerner med tilhørende omland med stor bo- og arbeidstetthet. Innlandsregionen ligger i relativ nærhet til Oslo, der helsetilbud og sosiale møteplasser er lettere tilgjengelig for skeive. En del ungdommer som sliter med kjønn og seksualitet i Innlandet vil derfor ofte søke seg mot Oslo fremfor å stå frem i hjemkommunen. Interesseorganisasjonene opplever derfor utfordringer med å opprettholde aktivitet i regionen.

På sikt vil kunnskap om helsetilbud og kompetanse i en typisk distriktsregion som Innlandet gi data som for eksempel kan brukes til å utvikle bedre og mer tilrettelagte helsetilbud for skeive utenfor storbyene. Dataene kan også gi en indikasjon på hvor utvikling av nye tiltak vil ha best effekt for forebygging av psykiske vansker og bedre helsetilbud.

## BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Det har vært lite aktivitet i lokallagene til FRI og Skeiv ungdom i Innlandet de seneste årene. FRI Innlandet har i løpet av våren 2017 reetablert seg i Innlandet og et lokallag er under etablering for Skeiv ungdom på Kongsvinger og i Elverum. Det finnes både offisielle og uoffisielle sosiale samlinger for skeive rundt om i Innlandet. Disse arrangeres både av organisasjoner og av lokale ildsjeler, men synligheten er fortsatt et problem. Manglende synlighet og det at tilbudene er drevet av lokale ildsjeler er problematisk. For det første krever det at unge skeive kjenner til informasjonskanalene for arrangementene. For det andre er det stor sårbarhet knyttet til tilbud basert på ildsjeler da aktiviteten er helt avhengig av ildsjelens engasjement og lokalisering. Hvis ildsjelene flytter ut vil aktiviteten i et område kunne falle helt bort, noe som har vært en utfordring i Innlandet.

Sosiale møteplasser er viktige for å kunne dele sine spørsmål, tanker og bekymringer med andre i samme situasjon, men også for å skape vennskap og finne kjærester. Dette er kanskje ekstra viktig i distriktene der det kan oppleves som isolerende og ensomt å bryte heteronormen og dermed være både usynlig og selvlysende på en gang. Lav tilgang på likesinnede, manglende opplevelse av tilhørighet og dermed sosial marginalisering er en helseutfordring som øker selvmordsrisikoen.

I Oslo er det et helsetilbud (Helsestasjon for kjønn og seksualitet) og interesseorganisasjonene (FRI, Skeiv ungdom, Forbundet for transpersoner) har aktive lokallag som har etablert flere sosiale møteplasser. TV-serier som NRKs *Ut av skapet*, *Skam*, *Født i feil kropp* og *Jentene på Toten* viser imidlertid at det fortsatt er vanskelig å ta steget ut selv

om det er blitt mer vanlig å være homofil. I distriktene ser det ut til at skeive fortsatt opplever å være marginalisert og utenfor normen (Eggebø 2015). Dette kan være ekstra vanskelig for barn og unge som har spørsmål og utfordringer knyttet til seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, og dermed ikke føler at de passer inn i de rådende normene for kjønn og seksualitet. Et mer inkluderende nærmiljø er derfor viktig for å forebygge psykiske vansker.

I distriktene finnes det få arenaer utenfor helsetjenestene hvor unge kan henvende seg for å søke svar på utfordringer og spørsmål knyttet til seksualitet, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. For eksempel har helsepersonell vi har vært i dialog med uttrykt en frustrasjon over manglende tilbud de kan henvise sine brukere til, men også at manglende tilbud og møteplasser fører til at barn og unge blir overlatt til seg selv. Manglende muligheter til å forstå egen seksualitet og kjønnsidentitet kan føre til mobbing, psykiske vansker, selvsykdom og selvmordstanker (jf. Helsedirektoratet 2014:15-16).

Helsetjenester som helsesøster, DPS og BUP blir dermed første kontaktpunkt for mange barn og unge som sliter. Forebygging starter følgelig ved å ha gode rollemødder, inkluderende sosiale møteplasser og et godt helsetilbud for unge skeive.

---

## KUNNSKAPSGRUNNLAG

NOVA gjennomførte i 1999 den første levekårsundersøkelsen blant lesbiske og homofile (Hegna 1999) som ble utgangspunktet for St. melding nr. 25 (2000-2001) *Levekår og livskvalitet blant lesbiske og homofile i Norge*. Levekårsundersøkelsen *Seksuell orientering og levekår* (Andersen og Malterud 2013) viste at lesbiske, homofile

og bifile har en større risiko for psykiske vansker, rusmiddelmissbruk, selvmordsforsøk og selvsykdom enn befolkningen for øvrig (Andersen og Malterud 2013). Videre viste denne levekårsundersøkelsen at det er en økende aksept av gruppen, men også et behov for å tydeliggjøre gruppens mangfoldighet.

Gruppens mangfoldighet har også blitt belyst gjennom en rekke kunnskapsprosjekter rettet mot skeive med ulike innfallsvinkler, for eksempel helse blant lesbiske og bifile kvinner (Andersen og Malterud 2014), lhbt med ulik religiøs og etnisk tilknytning (Elgvin et al 2013), lhbt med nedsatt funksjonsevne (Grønningsæter og Haualand 2012), lesbiske og homofile i samiske miljøer (Grønningsæter og Nuland 2009), holdninger til og levekår for hiv-positive (Grønningsæter et al 2009), lhbt utsatt for vold i nære relasjoner (Fjær et al 2013), helse- og omsorgsbehov hos eldre lesbiske og homofile (Kristiansen og Lescher-Nuland 2013), lhbt i arbeidslivet (Bakkeli og Grønningsæter 2013) og seksuell orientering og mobbing blant unge (Roland og Auestad 2009), samt hvordan det er å være skeiv på bygda (Eggebø et al 2015).

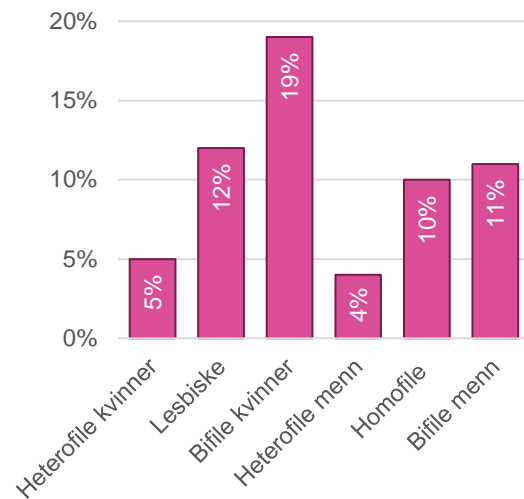
I 2013 gjennomførte Likestillingssenteret i samarbeid med Stensveen ressurscenter intervjuer med transpersoner om deres levekår. Rapporten *Alskens folk* (Van Der Ros 2013) viste at transpersoner uten diagnosen transseksualisme opplevde trakassering, intoleranse og diskriminering i helsevesenet, samt manglende helsetilbud. Undersøkelsen viste også forhøyet risiko for selvmordsatferd blant transpersoner.

Et gjennomgående trekk i levekårsundersøkelsene er at skeive har en forhøyet risiko for selvmordsatferd og selvsykdom (se figur

1). Spesielt blant bifile kvinner og transpersoner. Samtidig har unge skeive i dag noe mindre risiko enn tidligere generasjoner for å utvikle psykiske vansker, selvmordsatferd og selvskading fordi det i dag er mer åpenhet og kunnskap om tematikken. Likevel er det fortsatt mange barn og unge som opplever å møte mangelfull kompetanse og informasjon i oppveksten som gir økt risiko sammenlignet med befolkningen for øvrig (Van der Ros 2013).

Det er følgelig gjort et omfattende arbeid for å kartlegge og øke kunnskapen om skeive i Norge det siste tiåret, men det er behov for å få denne kunnskapen ut. Vi ser blant annet at det er et behov for økt kompetanse hos helsepersonell for å ivareta skeive i helsevesenet og redusere risikoen for psykiske vansker. Spesielt gjelder dette i distriktene der tilbudene er færre. Økt kompetanse og bevissthet rundt kjønns- og seksualitetsmangfold hos helsepersonell er nødvendig

for å kunne møte skeive med åpenhet og respekt, samt for å kunne gi likeverdige offentlige tjenester (Eggebø et al 2015, Van Der Ros 2013).



**Figur 1:** Sammenligning av selvmordsatferd hos heterofile med lesbiske, homofile og bifile. Tall hentet fra *Handlingsplan for forebygging mot selvmord og selvskading* (Helsedirektoratet 2014).

## METODE OG RESPONS

---

Helsepersonells kompetanse er kartlagt ved hjelp av kvantitativ metode hvor vi har benyttet en spørreundersøkelse. Kartlegging av møteplasser og helsetilbud har først og fremst vært en studie av digitale ressurser og kvalitativt gjennom informasjon fra ressursgruppen og interesseorganisasjonene.



### RESSURSGRUPPEN

Under utviklingen av prosjektet ble det satt ned en ressursgruppe som ga innspill, støtte og tilbakemeldinger til prosjektet. Ressursgruppa var viktig for å sikre prosjektets kvalitet og samtidig sikre at interesseorganisasjonene, brukerne, helsepersonell og kommunene fikk formidlet sine interesser, kunnskap og forståelse inn i prosjektet. Ressursgruppa har bestått av ressurspersoner med erfaring og kunnskap som har hevet kartleggingen og satt fokus på utfordringer i dagens Helse-Norge. Ressursgruppa har bestått av personer med brukerperspektiv (FRI, Stensveen) og kompetanse fra forvaltning (Bufdir), kommunalt arbeid (Lillehammer kommune) samt helsepersonell (LaH, Sykehuset Innlandet).

**Martin Rosmo Hansen** er psykolog ved NPF/DPS Hamar. Hans hovedoppgave handlet om psykologers kunnskap om temaet ungdom, seksuell identitet og psykisk helse og deres holdninger til seksuell identitet i arbeid med ungdom. Martin har stor faglig interesse av å bedre levekårene og livskvaliteten til skeive. Han har i kraft av sitt yrke har sett et klart behov for å øke helsepersonells kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, samt bedre helsetilbudet til

skeive og tilgang på møteplasser. Martin holder derfor også foredrag og internundervisning om tematikken.

**Marion Arntzen** er daglig leder ved Stensveen ressurscenter på Kapp på Østre Toten. Senteret arbeider med å gi fysisk og psykisk støtte til mennesker som har utfordringer med sin kjønnsidentitet og sitt kjønnsuttrykk. Stensveen bygger sin støtte på å være medmennesker, og møter alle slik den enkelte opplever seg. Senteret ønsker å være et sted der mennesker som jobber med sin kjønnsidentitet og/eller sitt kjønnsuttrykk kan få styrke ved å hvile ut, dele sine historier og få økt kunnskap og innsikt om sin situasjon. Marion Arntzen har blant annet vært med på å gi ut tre bøker om tematikken på Fagbokforlaget. *Mann er da kvinne* kom ut i 2011, *De usynlige kjønn* i 2013 og *Så falt brikkene på plass* i 2015. Likestillingssenteret har samarbeidet med Marion i utviklingen av barnehagekurset *Trygg i eget uttrykk – jenter, gutter og alle andre* og gjennom forskningsprosjektet *Alskens folk* i 2013.

**Inge Alexander Gjestvang** er sentralstyremedlem i Foreningen FRI. Han har vært pådriver for å retablere og øke aktiviteten

i FRI Innlandet som er et lokallag under Foreningen FRI. I begynnelsen av 2017 kom et nytt styre på plass som forhåpentligvis vil skape nye aktiviteter og møteplasser for skeive i Innlandet. Inge sitter også i arbeidsgruppen for utvikling av lhbt-handlingsplan på Hadeland.

**Ive Kristin Staune-Mittet** er helsesøster i Lillehammer kommune. Hun arbeider blant annet med å inkludere kjønns- og seksualitetsmangfold i kommunale planer i Lillehammer kommune og er i tillegg leder for lokallaget til Landsforeningen for helsesøstre (LaH) i Oppland.

**Fredrik Langeland** er seniorrådgiver ved Seksjon for likestilling og inkludering hos Bufdir. Fredrik har doktorgrad i kjønnsforskning innen maskulinitet fra Universitetet i Stavanger og har tidligere arbeidet som rådgiver ved Nordland fylkeskommune. I Bufdir jobber han til daglig med blant annet nettsiden lhbt.no, informasjonsarbeid og internasjonalt arbeid. Fredrik har også arbeidet med regionale samlinger for lhbt-kommunene som blant annet inkluderer Gran, Lillehammer og Lunner.

## MØTEPLASSER OG TILBUD

Kartlegging av møteplasser og helsetilbud er gjennomført ved gjennomgang av interesseorganisasjonenes nettsider og arrangementskalendere, samt generelle søk på internett som gaysir.no og Facebook. I tillegg ble det sendt ut e-post til alle interesseorganisasjonene og ressursentrene i Hedmark og Oppland med spørsmål om hvilke arrangementer, møteplasser og grupper de kjente til i Innlandet. I tillegg har ressursgruppen bistått med informasjon gjennom sine nettverk og bekjentskaper.

For å kartlegge helsetilbud er det gjort en gjennomgang av behandlingstilbud ved Sykehuset Innlandet, samt kommunenes hjemmesider for helsestasjon og kommunalt psykisk helsevern.

Generelt var det vanskelig å skaffe oversikt over tilbud og møteplasser. Det som ga best resultat var å snakke med skeive som kjente til ulike aktiviteter.

## SPØRREUNDERSØKELSEN

Spørreundersøkelsen ble utviklet av Likestillingssenteret, med god hjelp til bearbeiding av spørsmål og faglige tilbakemeldinger fra ressursgruppen og fra Tonje Lauritzen ved Østlandsforskning.

Målet med undersøkelsen var en kvantitativ studie med et stort datagrunnlag. For å forenkle analysen og redusere potensielle feilkilder ble derfor spørsmålene utformet slik at de kunne besvares med ja eller nei. Det var enkelte følgespørsmål som ga mulighet til utfyllende svar eller avkrysning på ett eller flere alternativer. Respondenten måtte svare på alle ja/nei spørsmål for å kunne komme videre i undersøkelsen. Vi fikk en enkeltstående henvendelse om at det var vanskelig å svare ja eller nei på alle spørsmål og at vedkommende derfor ikke klarte å fullføre spørreundersøkelsen. Dette kan følgelig være en feilkilde som eventuelt har ført til færre besvarelser enn potensielt mulig.

I spørreundersøkelsen benyttet vi begrepene *seksuell orientering*, *kjønnsidentitet* og *kjønnsuttrykk*, samt forkortelsen *lhbt*. For å avverge eventuelle feilkilder i forståelsen av begrepene når respondentene besvarte spørreundersøkelsen, sendte vi ut en tilsvarende begrepsavklaring som

finnes i denne rapporten, sammen med spørreundersøkelsen.

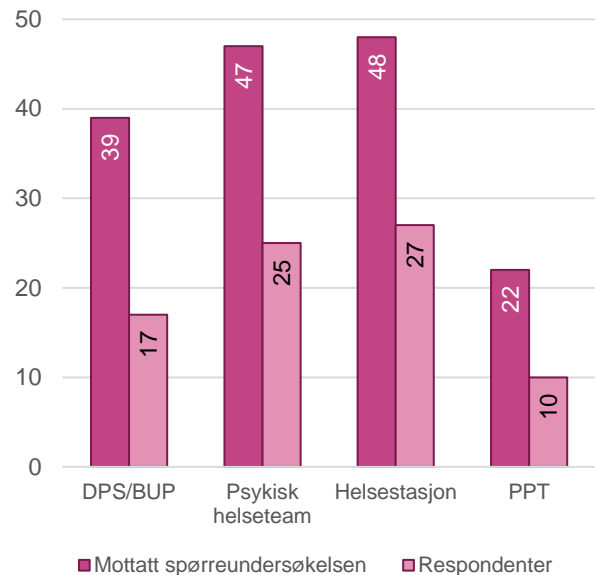
## RESPONDENTER

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til enhetslederne ved alle: BUP, DPS og PPT, samt helsestasjoner og kommunale psykiatriske team i alle kommuner i Hedmark og Oppland.

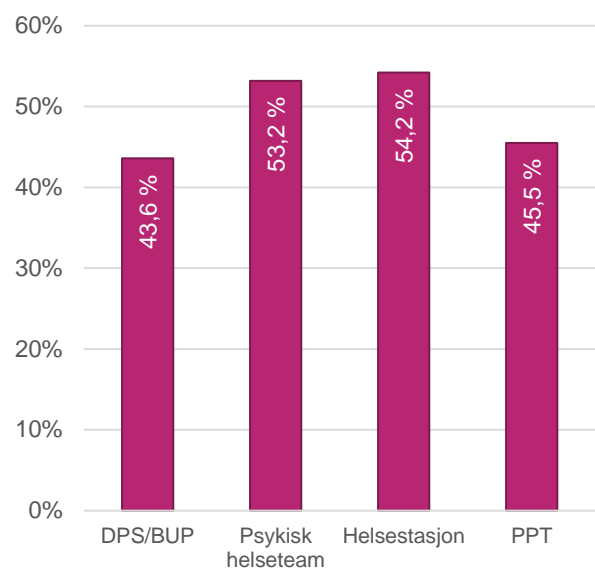
Vi har benyttet begrepet enhet i gjennomgangen av resultatene. Grunnen til dette er at det er ulike benevnelser for ledere ved helsestasjon, Sykehuset Innlandet, PPT og psykisk helseteam. Det er også ulik organisering av helsestasjon, PP-tjenesten og psykisk helseteam i kommunene i Innlandet. Noen har valgt store interkommunale tjenester, mens andre har flere små avdelinger. Det var derfor viktig å finne en samlende benevnelse. Enhetsleder brukes derfor her ensbetydende med leder ved avdelinger hos Sykehuset innlandet, ledende helsesøster ved helsestasjon, leder ved psykisk helseteam og leder ved PP-tjenesten.

Totalt ble spørreundersøkelsen sendt ut til 157 respondenter hvorav 78 besvarte undersøkelsen. Det ga en svarprosent på 50,6%. Svarprosenten anses som god med tanke på den travle arbeidshverdagen til enhetslederne innen helsevesenet. Vi er derfor fornøyd med at 50% av respondentene har sett viktigheten av kartleggingen og dermed har tatt seg tid til å besvare undersøkelsen.

Det var god respons fra alle fire respondentgruppene (se figur 2) og svarprosenten innen hver gruppe er mellom 43,6% og 54,2% (se figur 3). At responsen fra hver av gruppene var tilnærmet lik er bra for de videre analysene da dette vil gi bedre representativitet.



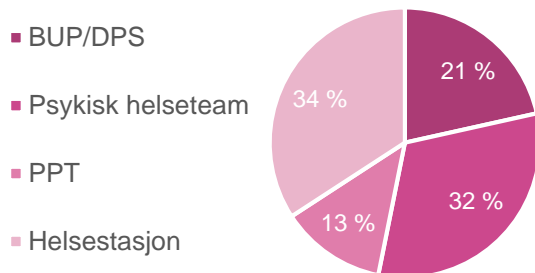
Figur 2: Antall enhetsledere som har mottatt spørreundersøkelsen og antall respondenter fordelt på etat.



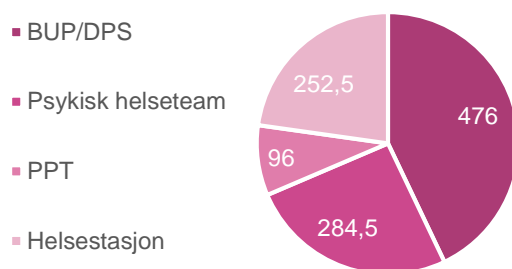
Figur 3: Svarprosent innenfor hver respondentgruppe

Hvis vi ser på fordelingen av respondenter fordelt på totalt antall besvarelser ser vi at kommunale psykiske helseteam og helsestasjonene utgjør den største andelen (se figur 4). Dette er en naturlig følge av at de utgjør flere enheter enn PPT og DPS/BUP, ettersom de er kommunale. DPS/BUP er spesialisthelsetjeneste med

færre enheter og PPT har flere interkommunale samarbeid og utgjør dermed færre enheter.



**Figur 4:** Fordeling av respondent i henhold til etater (respondentgrupper) av totalt antall besvarelser i prosent.



**Figur 5:** Antall oppgitte ansatte i besvarelsene fordelt etter respondentgrupper

I spørreundersøkelsen ble enhetslederne bedt om å oppgi antall ansatte på sin enhet. Respondentene har oppfattet dette spørsmålet noe forskjellig, der noen svarte med antall stillingshjemler, mens andre svarte med antall arbeidstakere. Til sammen oppgir enhetslederne at de har 1109 ansatte (se figur 5), men dette er altså en kombinasjon av arbeidstakere og stillingshjemler. Det er derfor viktig å poengtere at det er litt uklart hvor mange ansatte det totalt er snakk om, ettersom helsevesenet har mange deltidsstillinger. Stillingshjemler angir derfor et lavere antall ansatte enn hvis vi snakker om arbeidstakere. Det er følgelig logisk å anta at det reelle antallet arbeidstakere er høyere. Antall ansatte benyttes ikke i særlig

grad i undersøkelsen så dette vil imidlertid ikke ha noen påvirkning på resultatene fra spørreundersøkelsen.

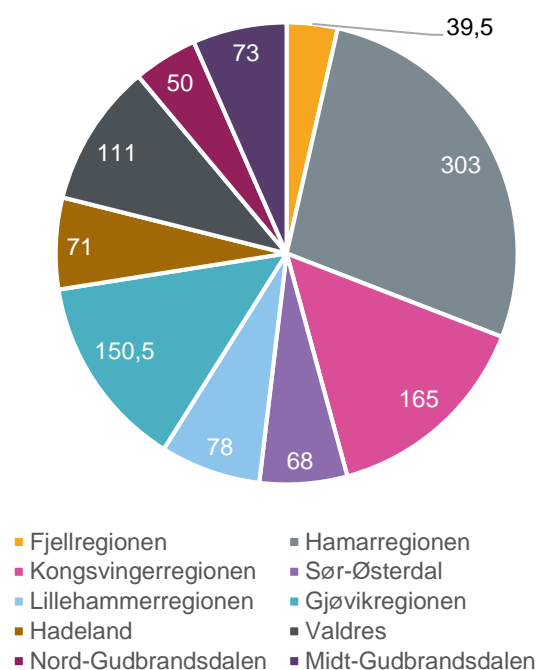
Respondentene oppga også hvilken region de tilhører. Innlandet er delt inn i ti regioner. Vi valgte å benytte regionene og ikke fylke eller kommuner for å kunne anonymisere respondentene. PPT har også interkommunalt samarbeid innenfor regionene, noe som gjør det lettere for respondentene fra denne gruppen å besvare tilhørighet til region enn til fylke/kommune. Innenfor helsevesenet henvises også pasienter først og fremst til spesialisthelsetjenester ved Sykehuset Innlandet i tilhørende region eller nærmeste sykehus/enhet. Fritt sykehusvalg fører også til at pasienten selv kan ønske behandling ved spesifikke sykehus/enheter.

Hvis vi ser på fordelingen av ansatte per region, så er det flest innenfor Hamarregionen (se figur 6). Dette skyldes først og fremst spesialisthelsetjenesten på Sanderud som også er overregionalt senter for psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten ved Sanderud og Reinsvoll overregionale kompetansesentre på spesifikke diagnoser og behandlinger som for eksempel spiseforstyrrelser og barne- og ungdomspsykiatri. Disse har pasienter fra hele Helse-Sørøst og naturlig nok også en større andel ansatte enn regionale enheter som for eksempel DPS Tynset og DPS Hadeland (se figur 6).

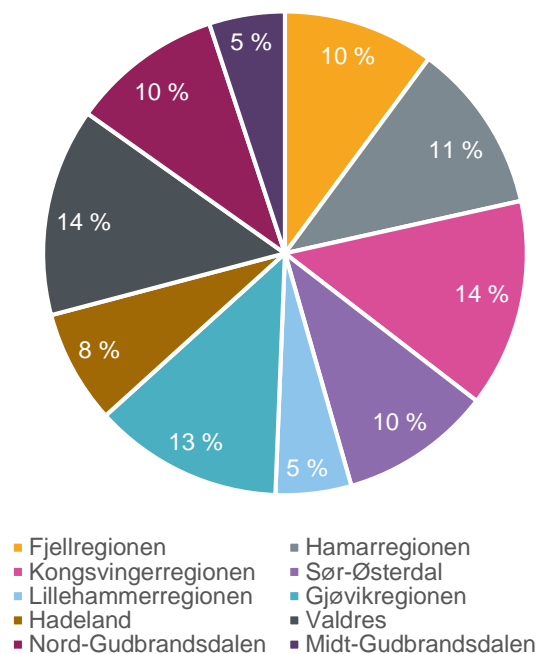
Andelen respondenter fra hver region er innenfor forventet respons (se figur 7). Fordelingen av respondenter fra hver region viser at spesielt mange enhetsledere fra Valdres, Gjøvikregionen og Kongsvingerregionen har besvart spørreundersøkelsen. Med hensyn til kildekritiske

momenter i analysene så vil av den grunn resultatene der respondentgruppene er variabel være mer representative enn analyser av regionale forskjeller. Dette kommer av at det fra noen regioner er svært få respondenter, mens svarprosenten innen hver gruppe er god. Regionene er følgelig ikke benyttet som variabel i analysene.

Svarprosenten fra respondentgruppene viser imidlertid en god spredning i besvarelsene. Besvarelsene basert på enheter kan derfor anses som et representativt datagrunnlag for psykisk helsevern i Innlandet.



**Figur 6:** Antall oppgitte ansatte i besvarelsene fordelt etter respondentgrupper



**Figur 7:** Andelen respondenter fra hver region



## MØTEPLASSER OG HELSETILBUD

---

Sosiale nettverk og møteplasser er grunnleggende for alle mennesker og er helt nødvendig for vår trivsel og utvikling. Vi er avhengige av å skape bånd til andre gjennom vennskap, partnerskap og samliv. Uten sosiale arenaer og nettverk i hverdagen har vi lettere for å utvikle psykiske vansker som følge av utenforskap.



### INNLEDNING

Møteplasser der vi kan ha sosial interaksjon med andre er avgjørende for god livskvalitet og gode levekår. Det er imidlertid ikke alle møteplasser i samfunnet som gir oss mulighet til å utvikle oss selv og finne tilhørighet. Uten mulighet til å være seg selv, økes også sjansene for psykiske vansker og utenforskap. Det har derfor alltid vært viktig for mennesker å finne møteplasser der de kan omgås likesinnede. Spesielt i barne- og ungdomsårene når vi skal etablere både en trygg kjønns- og en seksuell identitet, trenger vi kunnskap og møteplasser med trygge rammer for å kunne utforske vår seksuelle orientering og kjønnsidentitet, samt vårt kjønnsuttrykk.

Kartleggingen av møteplasser og helsetilbud i Innlandet har først og fremst vist at det er vanskelig for utenforstående å få kjennskap til de sosiale arenaene som retter seg spesielt mot skeive. Det finnes lite informasjon tilgjengelig på internett, og dette er i første rekke den kanalen barn og unge vil søke til for å få kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

### DIGITALE RESSURSER

I dagens digitale verden er det vanlig å begynne å søke etter kunnskap og informasjon om arrangement på internett og i sosiale medier. Barn og unge som er usikre på egen kropp og seksualitet eller generelt bare er nysgjerrige vil derfor ta i bruk nettet for å få svar på sine spørsmål.

Internett er en kilde til store mengder informasjon og kunnskap, men også til feilinformasjon. Vår erfaring er at i søken etter informasjon om fysiske møteplasser for de av oss med kjønns- og seksualitetsmangfold, er det kort vei fra seriøs informasjon til sjekkesider og pornografisk innhold. For det første er det mye overfladisk informasjon til liten hjelp, og for det andre er det mye fokus på sjekking og sex. Det gis inntrykk av at det er sex og partnere som er viktigst. Dette kan være ekstra vanskelig for personer som er søkende og usikre på egen seksualitet.

Det finnes selvfølgelig også seriøse nettsteder med god informasjon og veiledning.

*Ung.no* har temasider for skeive som gir nyttig informasjon om det å være skeiv, oversikt over organisasjoner og websider

som kan være til hjelp, ungdomstelefonen og så videre.

Hjemmesidene til interesseorganisasjonen *Foreningen FRI* (tidligere LLH) har per dags dato den beste oversikten over møteplasser og arrangementer for skeive i Norge. Det gis også god veiledning om å komme ut av skapet, foreldrerollen, rettigheter, begreper og så videre. Aktiviteten til FRI er imidlertid først og fremst rettet mot de store byene.

*Skeiv Ungdom* er FRI's ungdomsorganisasjon og på deres sider kan du også finne informasjon om arrangementer, deres prosjekter og generell informasjon for deg som er ung og skeiv.

*Skeiv verden* arbeider spesielt for skeive med minoritetsbakgrunn. På deres sider finner du blant annet aktivitetskalender, rådgiving, ressurser og informasjon om dine rettigheter.

*Forbundet for transpersoner* arbeider for den enkeltes rett og frihet til å uttrykke seg uavhengig av kjønnsidentitet. Her finner du også en aktivitetskalender, kontakttelefon, fakta og forum.

*Harry Benjamin ressurscenter (HBRS)* arbeider for mennesker som søker, har eller har hatt diagnosen transseksualisme og som går igjennom en kjønnskorrigerende behandling på Rikshospitalet.

*Stensveen ressurscenter* er et trygt fristed for transpersoner i en vanskelig overgangsfase i livet. Her kan du tilbringe tid, delta i samtaler og på arrangementer. Stensveen har flere arrangementer for transpersoner året igjennom.

*Lhbt-senteret* hos Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har også god informasjon om lovverk, forskning og inkludering. Her finnes også en ordliste med begreper som er mye brukt i dagligtale og forskning på kjønns- og seksualitetsmangfold.

*Skeiv.no* er et nettsted spesielt for lhbt-personer, men førsteinntrykket er først og fremst at siden er en møteplass/sjekkeside for å finne vennskap og den store kjærligheten. Full tilgang krever medlemskap og innlogging.

*Gaysir.no* er en annen nettside for skeive, som annonserer seg som «*Norges største og beste møteplass for homofile, bifile, transpersoner og andre skeive*». Det er en sjekkeside, men også en arena for diskusjon og informasjon. Her er også informasjon om aktiviteter for skeive. Full tilgang krever medlemskap og innlogging.

Uten kjennskap til de nevnte ressursene over, kan det være utfordrende å finne rett informasjon. Det er derfor viktig at informasjonssider som Ung.no har stor synlighet der de unge er. Det vil si på skolen og helsestasjonen, men også på oppslagstavler på ungdomsklubber eller idrettsanlegg. Synlighet av sosiale møteplasser og arrangementer må også bli lettere tilgjengelig for de som ikke allerede er engasjert i interesseorganisasjonene. Også her kan informasjonstavler på skoler og helsestasjoner være en viktig arena for å formidle til unge skeive hvor de kan finne informasjon om møteplasser og arrangementer. Samtidig kan det være lite informasjon å finne om lokale tiltak og steder. Gjennomgang av de digitale møteplassene og arrangementssidene deres viser også at aktiviteten i hovedsak er rettet mot de store byene.

## MØTEPLASSER I INNLANDET

Kartleggingen av møteplasser i Innlandet ble gjennomført over en periode på to måneder fra 15. januar til 15. mars 2017. Når vi startet opp kartleggingen var det lite aktivitet i Innlandet både hos Skeiv ungdom og FRI Innlandet. I løpet av kartleggingsperioden ble det imidlertid satt i gang tiltak i begge foreningene for å få på plass nytt engasjement i regionen. Derfor har det vært nødvendig å supplere med arrangementene som har kommet på plass i løpet av våren 2017. Siste oppdatering av oversikten er gjort 15. mai 2017.

Oversikten nedenfor er samlet fra tilgjengelig informasjon på organisasjonenes Facebooksider og hjemmesider, samt personlige

tilbakemeldinger fra lokallagene i Skeiv Ungdom og FRI, samt fra enkeltpersoner.

## OPPLAND

I FRI Innlandet ble det valgt nytt styre på årsmøtet i februar. I etterkant av dette har aktiviteten i Gjøvikregionen økt. Det er nå etablert en lukket turgruppe i Gjøvikregionen som har planlagt jevnlig aktivitet med første tur 6. mai. I tillegg har FRI Innlandet arrangert sitt første treff for regnbuefamilier på Vitensenteret på Gjøvik. På Gjøvik arrangeres det også Kafe 19:03 av en vennegjeng for skeive en gang i måneden.

Stensveen ressurscenter er et privat tilbud og de arrangerer Mangfoldskafé i sine lokaler på Kapp en torsdag hver måned.

Tabell 1: Oversikt over møteplasser i Innlandet pr. 1. juni 2017.

Møteplass	Organisasjon	Sted	Tid
Årsmøte	FRI Innlandet	Gjøvik	28.02.2017
Regnbuefamilietreff	FRI Innlandet	Gjøvik	30.4.2017
Turgruppe	FRI Innlandet	Gjøvik	6.5.2017
Turgruppe	FRI Innlandet	Gjøvik	17.6.2017
Kafé 19:03	Privat initiativtaker(e)	Gjøvik	1 gang i måneden
Mangfoldskafé	Stensveen ressurscenter	Kapp	1 torsdag hver måned.
Vintertreff	Stensveen ressurscenter	Kapp	23.-26.2.2017
Sommertreff	Stensveen ressurscenter	Kapp	22.-25.6.2017
Høsttreff	Stensveen ressurscenter	Kapp	28.09.-1.10.2017
Juletreff	Stensveen ressurscenter	Kapp	23.-26.11.2017
Årsmøte	Skeiv Ungdom Oppland	Otta	3.2.2017
Treff	Skeiv ungdom Oppland	Otta	?
Årsmøte	Skeiv Ungdom Hedmark	Kongsvinger	11.2.2017
Treff på ungdomshuset	Skeiv ungdom Hedmark	Kongsvinger	Innimellom
Rainbow party	Ballroom Bar & Nattklubb	Hamar	Siste torsdag hver måned
Treff på ungdomshuset	Skeiv ungdom Hedmark	Elverum-Hamar	Innimellom
Oppstartsmøte	Skeiv aften Hamar	Hamar	14.3.17

Skeiv Ungdom Oppland har også hatt årsmøte på Otta i februar. Organisasjonen opplyser at det er treff innimellom på Otta, men når og hvor er ikke kjent.

## HEDMARK

Skeiv Ungdom Hedmark gjennomførte årsmøte i februar på Kongsvinger og har fått på plass nytt lokallag. Lokallaget treffes innimellom på ungdomshuset. Skeiv Ungdom Hedmark opplyser også at det er opprettet et nytt lokallag på Elverum-Hamar som møtes innimellom på ungdomshuset på Elverum.

I Hamar har ildsjeler tatt initiativ til å opprette Skeiv aften Hamar. De hadde oppstartsmøte 14. mars. Tidligere ble det arrangert Rainbow party for skeive på Ballroom i Hamar en torsdag i måneden, men det er usikkert hvorvidt dette tilbudet fortsetter.

## HELSETILBUD

I Innlandet finnes det kun ett helsetilbud som er spesielt rettet mot kjønns- og seksualitetsmangfold. Dette er et eget *gruppetilbud for transseksuelle personer* ved DPS Hadeland, Sykehuset Innlandet på Gran. Det fremkommer ikke av Sykehuset Innlandet sine nettsider hva tilbudet går ut på.

Helsestasjonene, skolehelsetjenesten og PP-tjenesten er følgelig lavterskeltilbud for alle barn og unge uavhengig av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. I Oslo er det etablert en egen *Helsestasjon for kjønn og seksualitet*, som er et tilbud til skeiv ungdom i Oslo. Helsestasjonen bidrar imidlertid med informasjon og kursing av helsepersonell flere steder i Oslo-området.

Barn og unge som opplever utfordringer knyttet til eget kjønn og egen seksualitet blir ofte henvist videre til BUP og DPS, der

BUP er for barn og unge under 18 år, mens DPS er for unge og voksne over 18 år. Ved ønske om kjønnskorrigerende behandling og kirurgi er det i dag kun *Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme* (NBTS) ved Rikshospitalet i Oslo som kan utrede og behandle personer med transseksualisme (se begrepsavklaring i ordliste bakerst). Senteret tar imot pasienter fra hele landet.

## OPPSUMMERING

Når det gjelder sosiale møteplasser, er det en positiv utvikling den siste tiden med økt aktivitet for skeive i Hedmark og Oppland. Spesielt Gjøvikregionen har gode tilbud til personer med kjønns- og seksualitetsmangfold, og det ser ut til at aktiviteten i dette området vil fortsette. Også i Kongsvinger og Hamar er det aktivitet, men foreløpig er den basert på ildsjeler. Håpet er at dette etter hvert kan bli en del av organisasjonene, slik at aktiviteten blir vedvarende og ikke forsvinner når ildsjelene ikke lenger er der til å drive det videre. Også i Elverum og Otta finnes det sporadiske møteplasser for unge skeive. Totalt sett er imidlertid tilbudet til skeive i Innlandet sparsomt og svært lokalt, i tillegg til å være preget av å være nystartet aktivitet, og gjerne ildsjelsbasert.

I tillegg er de fleste arrangementene lukkede og krever kjennskap til enkeltpersoner eller organisasjoner. Det er forståelig at miljøene ønsker å være lukkede, slik at det skal være trygt for enkeltpersoner å delta uten å måtte komme ut av skapet. Dette skaper imidlertid en ekskludering av mange som ikke kjenner til tilbudene og terskelen for å delta blir dermed for mange veldig høy. Det at så mange møteplasser er lukkede kan tyde på at aksepten for annerledeshet fortsatt ikke er stor i Innlands-samfunnet. Forhåpentligvis kan noen miljøer og arrangementer bli noe mer åpne etter hvert som de blir

mer etablert. Og ikke minst vil større aksept for ulikhet, kjønns- og seksualitetsmangfold, føre til at det å komme ut og delta blir mindre skremmende. Økt forståelse og synlighet er nøkkelen til aksept og mangfold.

Når det gjelder helsetilbud, viser kartleggingen at det finnes få helsetilbud som er direkte rettet mot skeive. Helsetilbud tilsvarende *Helsestasjon for kjønn og seksualitet* i Oslo vil også være vanskelig å gjennomføre utenfor de største byene. Desto viktigere er det at lavterskeltilbudene i kommunene og spesialisthelsetjenestene har tilstrekkelig kompetanse og forståelse om kjønns- og seksualitetsmangfold til å se utenfor heteronormativiteten. Kun ved å ha kunnskap om og forstå mangfoldet kan ansatte møte alle brukere og pasienter med åpenhet og respekt uavhengig av kjønn,

kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og seksualitet. Dette vil bidra til likeverdige offentlige tjenester.

Det finnes flere digitale møteplasser for skeive, men aktivitetsoversiktene viser at det er i de store byene vi finner fysiske møteplasser for skeive. De digitale møteplassene blir fort sjekkesteder som for mange unge kan være traumatiserende i en komme ut situasjon. Det kan også være utfordrende å finne god konstruktiv informasjon blant de digitale ressursene. Det er derfor viktig at informasjonssider som Ung.no har stor synlighet der de unge er. Synliggjøring av arrangementer, møteplasser og nettsider i regi av brukerorganisasjonene er også viktig der barn og unge er. Det vil si på skolen og helsestasjonen, men også på oppslags- og tavler på ungdomsklubber eller idrettsanlegg. Synlighet er veien til åpenhet!

## KOMPETANSE OG PRIORITERINGER

---

Hvilken formell kompetanse på seksualitet, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk har helsepersonell i psykisk helsevern og rådgivere i PP-tjenesten? Hvilke muligheter har de ansatte for kompetanseheving? Oppfordres de ansatte til kompetanseheving? Og hvilke eksterne ressurser drar psykisk helsevern nytte av?



### INNLEDNING

I denne kartleggingen har vi hatt fokus på formell kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk hos helsepersonell i psykisk helsevern og rådgivere i PP-tjenesten. Vi har også stilt spørsmål om enhetslederne benytter seg av eksterne ressurser, hvorvidt de oppfatter tematikken som viktig, om de ansatte har mulighet og oppfordres til kompetanseheving på feltet eller ikke, om de har brukere med kjønns- og seksualitetsmangfold, og så videre. Nedfor gis en sammenstilling av svarene fra kartleggingen sett i relasjon til enhet og i noen tilfeller region der det er av betydning.

### INFORMASJON OM ENHETENE

I spørreundersøkelsen ble enhetslederne bedt om å oppgi kjønn: kvinne, mann eller annet. Av de til sammen 79 lederne som besvarte spørreundersøkelsen var det ni menn og 70 kvinner. Andelen mannlige respondenter var følgelig 11,4%. Kun en mann oppga å være leder for helsestasjon.

Respondentene ble bedt om å oppgi hvor mange ansatte de hadde på sin enhet. Det er

stort sprik i antall ansatte. Den minste helsestasjonen holder til i Sør-Østerdalen og de oppga at de hadde en ansatt. Derimot hadde BUP Sanderud i Hamar regionen hele 64 ansatte. BUP Sanderud er regionalt senter for barnepsykiatri og har derfor større bemanning enn de øvrige enhetene.

Enhetslederne ble også spurt om hvor mange brukere de hadde ved sine avdelinger. Vi ser i ettertid at dette spørsmålet var vanskelig for mange å besvare, ettersom de ikke hadde oversikt over antall brukere. Helsestasjoner har for eksempel ansvar for alle familier med barn og unge i kommunen. Basert på de som har besvart spørsmålet kan vi imidlertid slå fast at antall brukere er betydelig større per ansatt ved helsestasjonene enn ved de andre respondentgruppene.

**Kvinner: 70**

**Menn: 9**

**Annet: 0**

## BRUKERE/PASIENTER

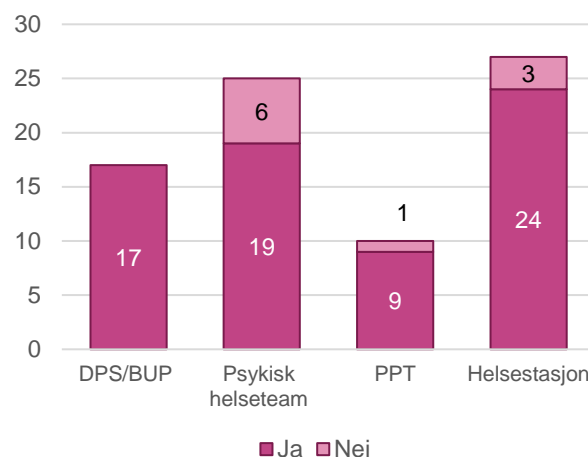
Vi spurte respondentene om enheten har eller har hatt pasienter/brukere med utfordringer knyttet til seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (se figur 8). 87,3% av respondentene oppgir at de har eller har hatt skeive brukere og pasienter. Av de ti respondentene som svarte nei på dette spørsmålet er det klart flest enhetsledere fra psykisk helseteam (60%). Ingen enhetsledere fra BUP og DPS svarte nei på spørsmålet.

## KJØNN OG SEKSUALITET I DISKUSJON

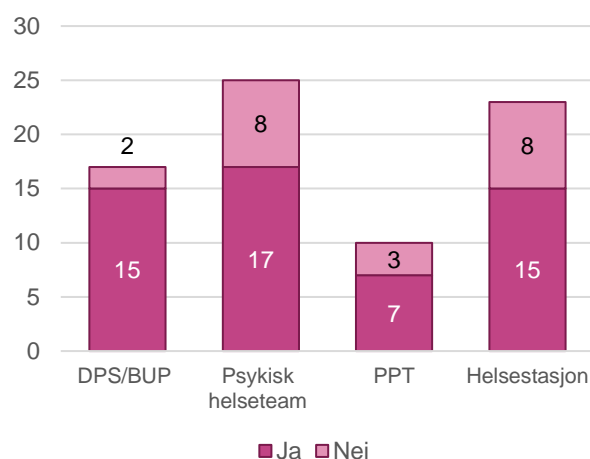
Respondentene ble deretter spurt om de diskuterer tematikken seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk på avdelingsmøter (se figur 9). Her svarte 68,4% ja og 26,6% nei. Ved PP-tjenesten, helsestasjon og psykisk helsevern oppgir 1 av tre enhetsledere at de ikke diskuterer tematikken på avdelingsmøter. Ved DPS/BUP er det imidlertid kun 1 av 9 som sier det samme.

## KJØNN OG SEKSUALITET I PLANER

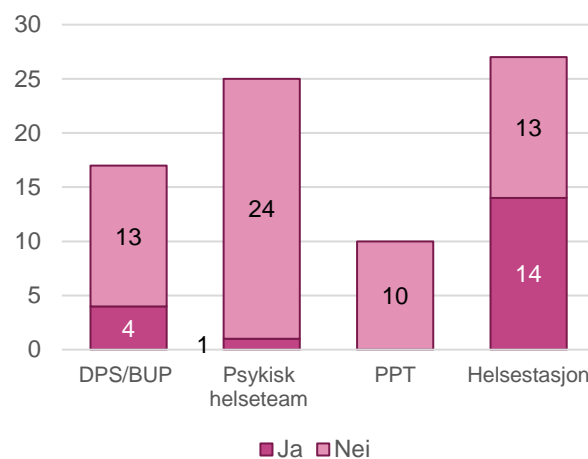
Siste spørsmål respondentene fikk om bakgrunnsinformasjon fra enhetene, var angående inkludering av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i virksomhetsplaner og andre styringsdokumenter for sin enhet (se figur 10). Her oppga hele 76% at seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk ikke var inkludert i virksomhetsplaner og andre styringsdokumenter. Ved helsestasjonene oppga imidlertid halvparten at tematikken var inkludert i planer og dokumenter. Det er følgelig stort behov for å få inn tematikken i virksomhetsplaner og andre styringsdokumenter ved psykisk helseteam, DPS/BUP og PP-tjenesten.



Figur 8: Har eller har enheten hatt pasienter/brukere med utfordringer knyttet til seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk?



Figur 9: Diskuterer dere tematikken seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk på avdelingsmøter?

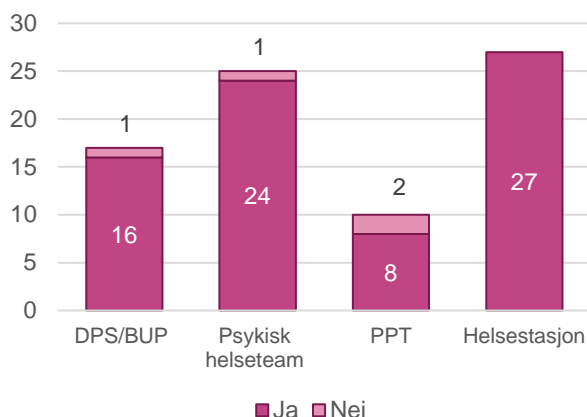


Figur 10: Er seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk inkludert i virksomhetsplaner og andre styringsdokumenter for din enhet/avdeling?

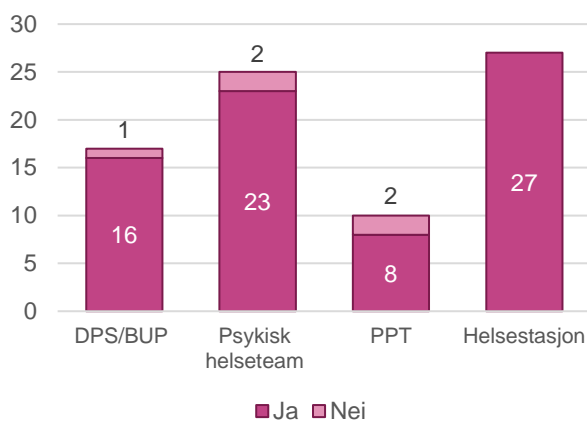
## ANSATTES KOMPETANSE

I andre del av spørreundersøkelsen fikk respondentene spørsmål om utdanning og kompetanse blant de ansatte, samt hvorvidt lederne og de ansatte mente kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er relevant og viktig.

I første omgang ble lederne spurt om de som ledere mener at kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er relevant/viktig i møte med deres pasienter/brukere (se figur 11). Her svarte hele 95% av lederne ja. Lederne ser følgelig et klart behov for at ansatte har kunnskap om tematikken.



**Figur 11:** Mener du som leder at kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er relevant/ viktig i møte med deres pasienter/brukere?



**Figur 12:** Har du inntrykk av at de ansatte oppfatter det som relevant/viktig/nødvendig med kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk?

Lederne hadde også inntrykk av at de ansatte oppfatter det som relevant, viktig og nødvendig med kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (se figur 12). Også her svarte de fleste lederne ja med en prosentandel på 94%. Tematikken oppfattes dermed som viktig og relevant.

## FORMELL UTDANNING

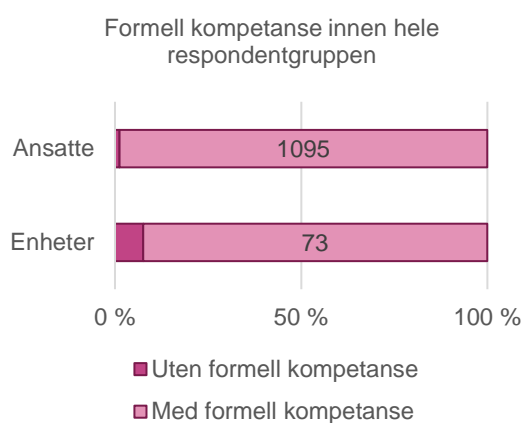
I forkant av spørreundersøkelsen forhørte vi oss med ansatte innen psykisk helsevern om hvilken utdanning og kurs i Norge som gir formell kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. De henviste oss til NFKS (Norsk forening for klinisk sexologi) som på sine nettsider har oversikt over hvilke utdanninger og kurs som gir formell kompetanse på feltet. På bakgrunn av dette spurte vi respondentene hvilken formell utdanning/kurs de ansatte har fullført: Sexologi (videreutdannelse), videreutdanning i seksuell helse og seksualundervisning og /eller kurs i klinisk sexologi.

*Sexologistudiet* er en tverrfaglig videreutdanning som gir 60 studiepoeng og holdes i Grimstad ved Universitetet i Agder. Studiet gir kvalifisering til sexologisk rådgiver - NACS (Nordic Association for Clinical Sexology). Videre fordypning i faget finnes ikke per dags dato i Norge. *Seksuell helse og seksualundervisning* er en tverrfaglig videreutdanning som gir 10 studiepoeng ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Videreutdanningen er rettet mot yrkesutøvere som skal forholde seg til spørsmål om seksuell helse, kjønnsidentitet og seksuelle overgrep. *Kurs i klinisk sexologi* i Grimstad ved Universitetet i Agder går over tre kursdager. Kurset er rettet mot terapeuter i helsevesenet.

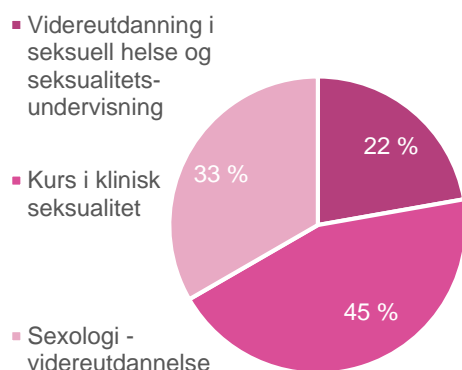


**Tabell 2:** Oversikt over avdelinger/enheter som har ansatte med formell utdanning på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Det er oppgitt antall ansatte med formell utdanning ved hver enhet.

Avdeling/enhet	Ansatte
DPS Hadeland	2
DPS Hamarregionen	1
BUP Hamarregionen	2
DPS Kongsvingerregionen	2
BUP Kongsvingerregionen	2
Helsestasjon i Gjøvikregionen	5
<b>Totalt</b>	<b>14</b>



**Figur 13:** Andelen med og uten formell kompetanse fordelt på henholdsvis ansatte og enheter



**Figur 14:** Fordeling av utdanning/kurs hos enhetene som har ansatte med formell utdanning (oppgitt i enheter og ikke ansatte).

Foruten disse utdanningene og kursene har medisin- og psykologstudiet i Tromsø emnet sexologi i utdanningsløpet, mens det ved

fakultet for psykologi i Bergen finnes som valgfritt emne. Ved å gjennomgå studiemodeller for de tradisjonelle helseutdanningene som medisin, psykologi, sykepleier og helsesøster fremstår ikke seksuell helse, kjønns- og seksualitetsmangfold som et uttalt mål eller et emne som studentene får grundig kjennskap til.

Lederne fikk spørsmål om de ansattes formelle kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, hvor mange og eventuelt hvilken type utdanning (se figur 13, 14 og tabell 2). Her var det kun seks enheter som oppga at de hadde til sammen 14 ansatte med formell utdanning innen seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Det vil si at 1,3% av alle ansatte hos respondentene har formell kompetanse på tematikken. Andelen enheter som har ansatte med formell kompetanse er 8,2%.

I spørreundersøkelsen ga vi respondentene anledning til å oppgi andre utdanninger de anså som kompetansegivende på feltet. Her oppga flere respondenter at deres ansatte hadde formell kompetanse gjennom:

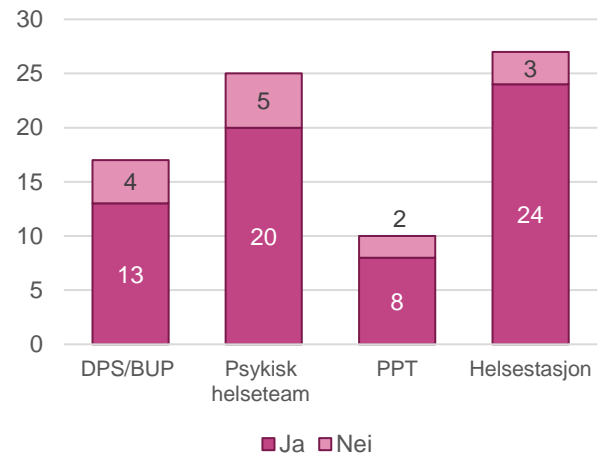
- Flerkulturelt helsearbeid og seksualundervisning HiOA
- Kartlegging av kunnskap om seksualitet, kropp og samliv hos personer med begrensede språklige ferdigheter
- Flere ansatte har vært på kurs i regi av Rikshospitalet ift trans-seksualisme
- Interesse, kurs, hospitering, samhandling og behandlingserfaring
- Veiledning i transseksualisme
- Dreier seg mer om erfaring enn direkte kurs
- Formell kompetanse ervervet gjennom helsesøsterstudiet / Videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge
- Kurs - om kjønnskifte og personlighetsutvikling

Dette viser at flere ansatte har fått kurs og erfaring som lederne anser som relevante for seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Vi har imidlertid valgt å ikke medregne ansatte med kurs og erfaring som ikke er ansett som formell kompetanse av NFKS. Dette kan virke noe strengt og selvfølgelig har noen ansatte fått gode kurs og erfaringer fra sitt daglige virke. Det er vanskelig for oss å avgjøre hvorvidt disse kursene og erfaringene gir tilstrekkelig kunnskap på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Vi har derfor valgt å forholde oss til NFKS sine anbefalinger.

Det er kun en enhetsleder i Hamarregionen, en i Kongsvingerregionen og en på Hadeland som oppgir at de har ansatte som har tatt sexologistudiet og følgelig er kvalifisert til sexologisk rådgivning. Til sammen har disse enhetslederne oppgitt fem ansatte med formell kompetanse, men det er usikkert hvorvidt alle fem har utdanningen eller kun en fra hver institusjon. Av de 14 ansatte er det følgelig kun 3-5 ansatte i Innlandet som er kvalifisert til sexologisk rådgivning, altså maks 0,5% av de ansatte i regionen. De øvrige kursene som er oppgitt som formell kompetanse kvalifiserer ikke til sexologisk rådgivning, men gir kunnskap på feltet.

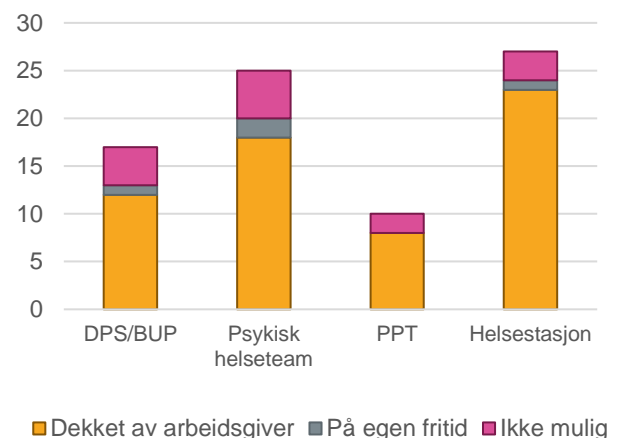
### MULIGHETER OG OPPFORDRING

Enhetslederne fikk også spørsmål om de ansatte har mulighet til kompetanseheving i form av kurs og etter-/videreutdanning innen seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (se figur 15). 82,3% av respondentene svarte at de ansatte hadde mulighet til kompetanseheving.



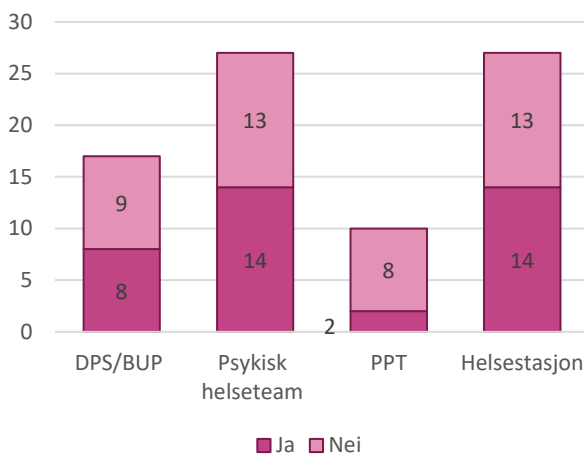
**Figur 15:** Har de ansatte mulighet til kompetanseheving i form av kurs og etter-/videreutdanning innen seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk?

På oppfølgingsspørsmålet måtte de som svarte ja oppgi hvorvidt kurs og etter-/videreutdanning ble dekket av arbeidsgiver eller om de ansatte må gjennomføre dette på egen fritid (se figur 16). Når vi sammenstiller disse svarene viser det seg at ansatte i stor grad har mulighet til kompetanseheving og at det dekkes av arbeidsgiver. Det foreligger således mulighet for de ansatte til å videreutdanne seg på området.



**Figur 16:** Har de ansatte mulighet til kompetanseheving i form av kurs og etter-/videreutdanning innen seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk?

Enhetslederne ble deretter spurt hvorvidt de oppfordrer sine ansatte til å delta på kurs/utdanning for å få mer kompetanse om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (se figur 17). Her svarer imidlertid kun 48% ja, noe som står i sterk motsetning til det de svarer på spørsmålet om ansattes mulighet til kompetanseheving. Dette mener vi viser at kompetanseheving på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk ikke prioriteres i like stor grad som andre temaer ved enhetene.



**Figur 17:** Oppfordrer du dine ansatte til å delta på kurs/utdanning for å få mer kompetanse om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk?

På oppfølgingsspørsmålet fikk lederne anledning til å fylle ut hvilke kurs de oppfordret sine ansatte til å ta.

Lederne ved enheter med formell kompetanse svarte følgende:

- Kurs via fylkeslegen og kurs/utd. tilbud helsestasjonen mottar eller ansatte selv ønsker
- Internundervisning av sexologen, hospitering rikshospitalet
- Aktuelle kurs vi blir tilbudt
- Felles intern undervisning hos spesialist i sexologisk rådgivning
- Kurs Oslo universitetssykehus

Lederne ved enheter uten formell kompetanse svarte følgende:

- Blant annet kurs i regi av Sex og samfunn og i regi av Landsgruppa for helsesøstre, NSF.
- Kurs i klinisk seksualitet
- Har ingen konkrete for øyeblikket, men vi har deltatt på kurs med Rosa Kompetanse/FRI om kjønnsidentitet
- Har ikke vært på kurs i tema, trang økonomi, heller ikke sett aktuelle kurs
- Kurs, sex og samfunn, hospitering
- Hvis det kommer tilbud om relevante kurs
- Kurs fra Sex og Samfunn
- Sex og samfunn
- Seksuell mangfold ...? Espen Ester Pirelli Benestad
- Vi har samarbeid med Sex og samfunn
- Sex og samfunn. Likestillingscenteret.
- Vet ikke
- Upresist spørsmål. Ulike kurs, avklares i dialog med ansatte
- Stimulerer generelt til kompetanseheving, og støtter ansattes ønsker, men ikke spesifikt dette området
- Høgskoleutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid, innen rus og barn-unge
- Ingen kurs pr. nå, men det vil bli prioritert
- De som anses som tilgjengelige, relevante, tilbys
- Det kan være kurs relatert til seksualitet og ungdom, seksuell helse, kjønnsidentitet, hvordan man uttrykker sin kjønnsidentitet på - spesielt med tanke på programmer som "Født i feil kropp", seksuell tiltrekning mm
- Tilbud på Stensveen Ressurssenter + at jeg oppfordrer til å delta på alle relevante kurs som tilbys innenfor fornuftige økonomiske rammer
- Relevante kurs som arrangeres i regionen
- Har ikke sett noen tilbud om dette
- I regi av Sykehuset innlandet eller andre tilbydere
- Ikke bestemt enda

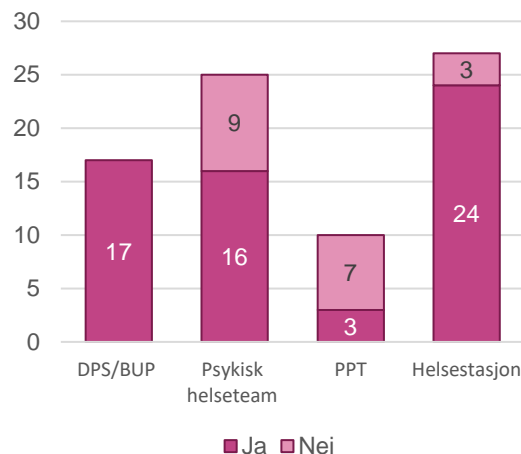
Av svarene kan vi se at lederne har oppfordret de ansatte til å ta flere kurs der seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk har vært tema. Få ledere oppga imidlertid kurs/utdanninger som gir formell kompetanse på feltet som drøftet tidligere. Dette kan kanskje tyde på at deltakelse på kortvarige kurs med kursholdere hentet inn til enheten eller fagdager i nærmiljøet er lettere enn å sende ansatte på etter-/videreutdanning. Vi kan også se et skille mellom svarene fra ledere ved enheter der de har ansatte med formell utdanning eller ikke. Enhetslederne med formell kompetanse i staben påpeker at de sexologiske rådgiverne gir felles internundervisning til de andre ansatte. Dette viser at intern kompetanse på arbeidsplassen er en viktig ressurs for alle ansatte.

## EKSTERNE RESSURSER

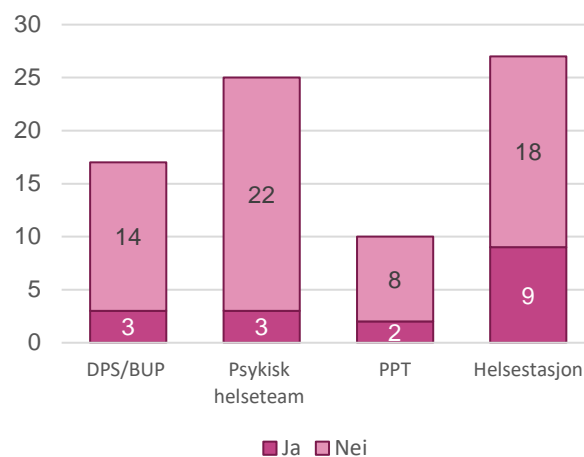
Enhetslederne fikk i tredje del av spørreundersøkelsen spørsmål om bruk av eksterne ressurser og tverrfaglig samarbeid. For det første spurte vi om ansatte ved enheten/avdelingen vet hvor de kan henvende seg hvis de mangler kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (se figur 18). Her svarte 76% av lederne ja og 24% nei. De fleste lederne mener altså at ansatte har kjennskap til hvor de kan henvende seg for hjelp på området. Det er positivt at alle enhetslederne ved BUP/DPS kjenner til hvor de kan henvende pasienter videre.

## TVERRFAGLIG SAMARBEID

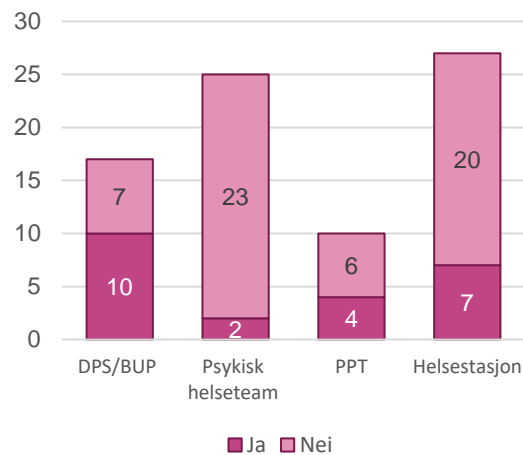
Det er derfor interessant at 78,5% av lederne svarte nei på spørsmålet om det er tverrfaglig samarbeid internt i kommunen for å ivareta lhbt-personers helsetilbud (se figur 19). Dette må bety at det er opp til hver



**Figur 18:** Erfarer du at dere ved din enhet/avdeling vet hvor dere kan henvende dere hvis dere mangler kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk?



**Figur 19:** Har enheten tverrfaglig samarbeid internt i kommunen for å ivareta lhbt-personers helsetilbud?



**Figur 20:** Har enheten tverrfaglig samarbeid med eksterne aktører for å ivareta lhbt-personers helsetilbud?

enhet å henvise og rettlede lhbti-personer videre uten særlig samarbeid mellom helsestasjon, PP-tjenesten og kommunalt psykisk helseteam. Selv om 76% av lederne vet hvor de skal henvende seg kan dette tyde på at de har behov for eksternt kompetanse og bedre samarbeid på tvers av enheter og etater. Det kan se ut til at helsestasjonene har betydelig mer internt samarbeid enn de øvrige respondentgruppene.

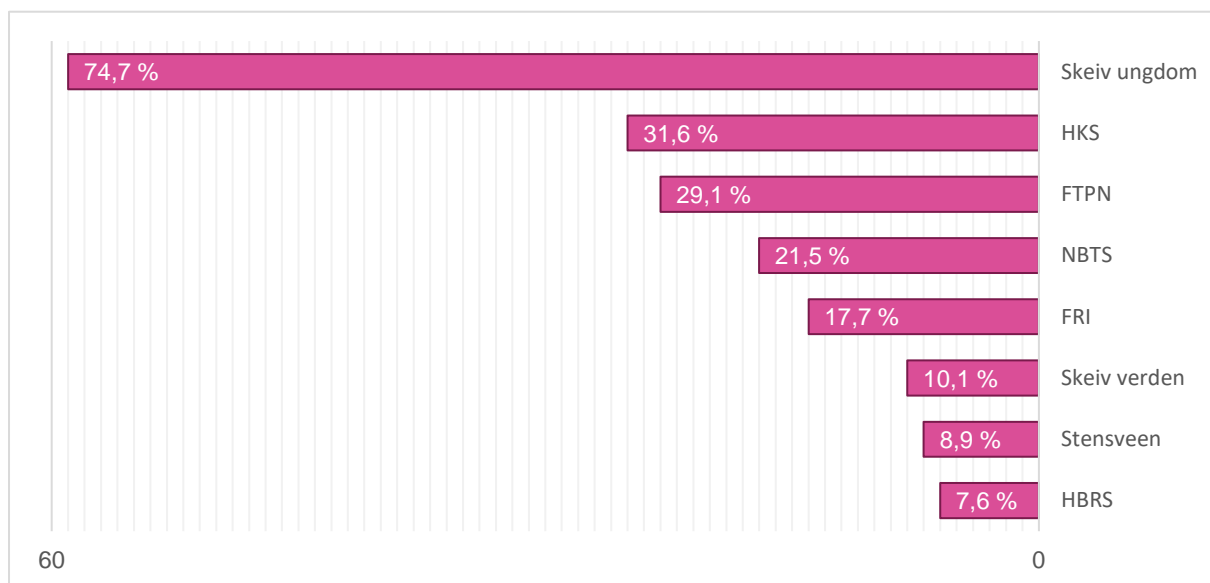
Vi spurte også lederne om de har tverrfaglig samarbeid med eksterne aktører for å ivareta lhbti-personers helsetilbud (se figur 20). Her svarte 71% av respondentene at de ikke hadde tverrfaglig samarbeid med eksterne.

#### KJENNSKAP TIL OG BRUK AV EKSTERNE

Med eksterne aktører mente vi ressursentre og brukerorganisasjoner som arbeider innenfor feltet. Vi spurte derfor også lederne om de kjente til en rekke sentre og organisasjoner (jf. Figur 20). Resultatet viste at Skeiv ungdom var den organisasjonen som

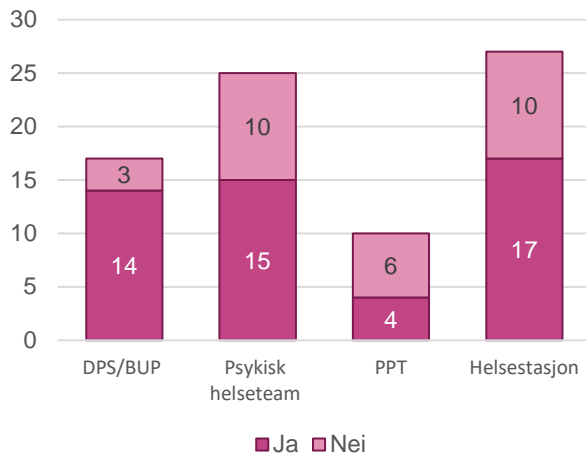
flest respondenter hadde kjennskap til (se figur 21). Nesten 75% av lederne hadde hørt om Skeiv ungdom. De øvrige organisasjonene og sentrene var det det betydelig færre som hadde kjennskap til. Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo var det 31,6% som hadde hørt om og Forbundet for transpersoner (FTPN) 29%. Vi var mest overrasket over at ikke flere enn 17,7% hadde hørt om Rosa kompetanse (FRI) som holder kurs om lhbti i psykisk helsevern på oppdrag fra Helsedirektoratet. Også ressursentrene for transpersoner som Stensveen og for personer med transseksualisme som Harry Benjamin var det få av lederne som kjente til. Resultatet var overraskende, fordi flere aktører er aktive formidlere av tematikken, men allikevel var det få som kjente til dem.

Vi spurte til slutt om lederne hadde anbefalt pasienter/brukere å oppsøke eksterne ressurser (se figur 22). Her var det 63,3% som svarte ja og 36,7% som svarte nei. Det er altså flere ledere som ikke har kjennskap til noen av de nevnte eksterne ressursene, men



**Figur 21:** Oversikt over antall ledere som kjenner til de forespurte eksterne aktørene. I spørreundersøkelsen ble fullt navn på aktørene oppgitt, men er her forkortet for å gi bedre fremstilling i diagrammet. I spørreundersøkelsen var følgende oppgitt: Skeiv ungdom, HKS - Helsestasjon for kjønn og seksualitet (Oslo), FTPN - Forbundet for transpersoner, NBTS - nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, FRI (Rosa kompetanse, tidligere LLH), Skeiv verden, Stensveen ressursenter, HBRS - Harry Benjamin ressursenter.

som svarer at de har anbefalt pasienter/brukere å oppsøke eksterne ressurser. Spørsmålet blir dermed hvilke eksterne aktører disse lederne har henvendt sine brukere/pasienter til? Vår spørreundersøkelse gir ikke noe grunnlag som kan besvare dette.



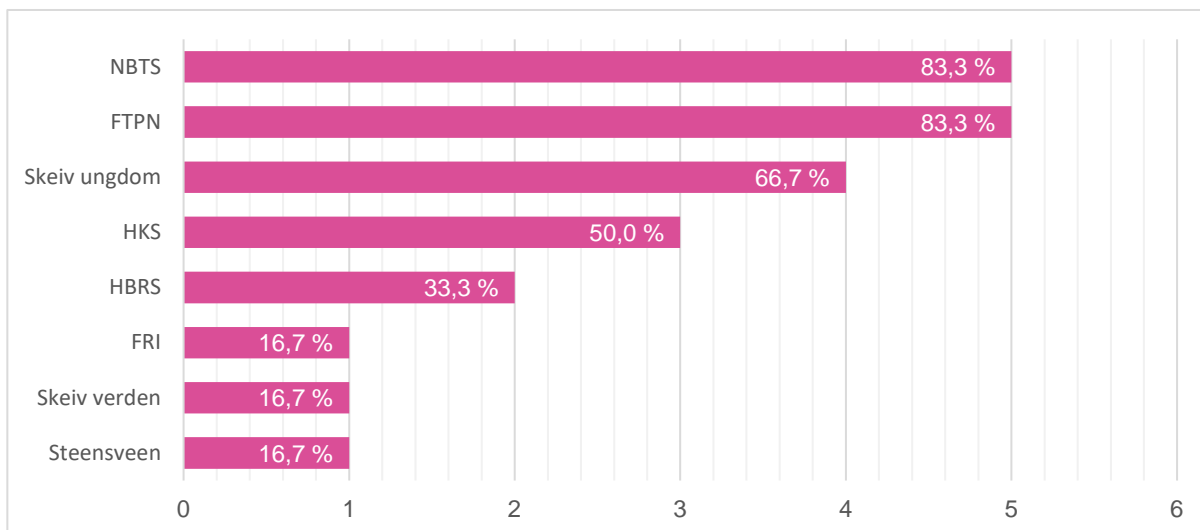
**Figur 22:** Har dere anbefalt pasient/bruker å oppsøke eksterne ressurser?

Helt avslutningsvis i kartleggingen hadde vi et oppfølgingsspørsmål til de respondentene som svarte nei på forrige spørsmål. Hvis de ikke hadde anbefalt noen brukere/pasienter å oppsøke eksterne ressurser, hvorfor ikke?

Svarene fra respondentene viser at hovedårsaken er at de ikke har oppfattet dette som aktuelt eller relevant, men enkelte påpeker også at de ikke har satt seg inn i mulighetene eller hatt nok bevissthet rundt tematikken.

Respondentene svarte som følger:

- Antagelig fordi ansatte ikke vet om organisasjonene
- Usikkerhet knyttet til hvilke eksterne ressurser en kan benytte
- Det er en tid tilbake, og var den gangen ikke en aktuell problemstilling
- Har nok ikke vært nok bevissthet rundt dette, så kan absolutt bli flinkere
- Har ikke hatt noen her etter at vi som er helsesøstre begynte i stillingene
- Vet ikke hva den enkelte har gjort
- Kommentar vedr kurs. Vi har veldig mange områder å ivareta og jeg har ikke spesielt oppfordret til kompetanseheving på dette feltet. Kursbudsjettene er lave
- Har aldri vært relevant i vår sammenheng
- Det er ikke så relevant for det arbeidet vi gjør
- Det har ikke vært et aktuelt tema. Vanskelig å komme i posisjon til å kunne mene noe om dette
- Kjenner ikke til
- Har ikke vært aktuelle problemstillinger knyttet til de sakene vi har vært involvert i.
- Vi har ikke hatt noen innom våre tjenester med dette behovet - i hvert fall ikke som vi vet om.
- Har ikke vært relevant
- Har ikke vært aktuelt
- Fordi vi dessverre ikke har satt oss inn i mulighetene
- Det har vært voksne brukere som har funnet sin identitet, ikke relevant så lang, men aktuelt
- Har ikke vært i situasjoner som har krevd det
- Har ikke hatt noen pasienter med dette behovet ennå
- Har ikke vært direkte bort i denne problematikken til nå



**Figur 23:** Oversikt over antall ledere som har ansatte med formell kompetanse som kjenner til de forespurte eksterne aktørene. I spørreundersøkelsen ble fullt navn på aktørene oppgitt, men er her forkortet for å gi bedre fremstilling i diagrammet. I spørreundersøkelsen var følgende oppgitt: Skeiv ungdom, HKS - Helsestasjon for kjenn og seksualitet (Oslo), FTPN - Forbundet for transpersoner, NBTS - nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, FRI (Rosa kompetanse, LLH), Skeiv verden, Steensveen ressurscenter, HBRS – Harry Benjamin ressurscenter.

## SÆRSKILT FOR ENHETER MED FORMELL KOMPETANSE

Det har vært interessant å se svarene fra de enhetslederne som har ansatte med formell kompetanse i forhold til svarene fra de øvrige lederne samlet. Vi har derfor valgt å fremheve noen forskjeller i svarene selv om andelen med formell kompetanse er lav.

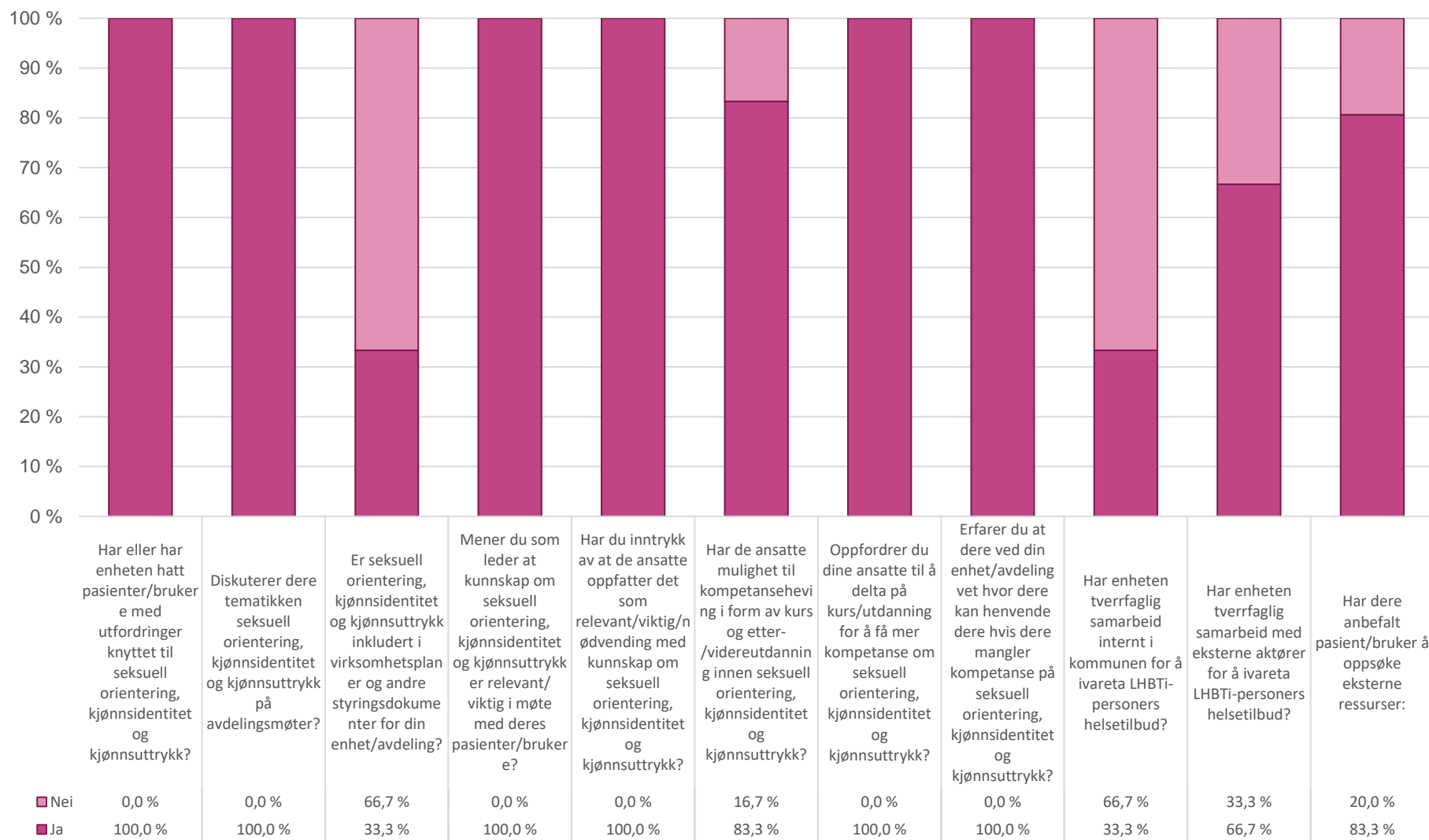
Det første vi la merke til var at enhetsledere som **hadde ansatte med formell kompetanse hadde større kjennskap til eksterne ressurser** og de kjente til et større mangfold av eksterne ressurser (jf. 21 og 23).

For å vise forskjellen i svar har vi lagd to diagrammer som sammenstiller alle svarene (se figur 24 og 25). I denne sammenstillingen kan vi se at ved enheter med formell kompetanse **svarer alle at de har hatt skeive pasienter/brukere og at tematikken diskuteres på avdelingsmøter**. Av de øvrige respondentene oppgir imidlertid kun 13,7% og 28,8% på henholdsvis de samme to spørsmålene.

På spørsmål om tematikken er **inkludert i styringsdokumenter** er det imidlertid ikke særlig forskjell mellom de to gruppene – under en tredjedel hos begge respondentgruppene. Også på spørsmål om det er **intern tverrfaglig samarbeid i kommunen** er det få som svarer ja. Her er det henholdsvis 33,3% (formell kompetanse) og 20,5% (øvrige) som oppgir at de har samarbeid på tematikken i kommunene.

På spørsmål hvorvidt lederne og de ansatte **anser tematikken som viktig** mener nærmest alle ledere, uavhengig av formell kompetanse eller ikke, at tematikken er viktig. Videre spurte vi om de ansatte hadde mulighet til kompetanseheving, og også her er det samsvar mellom de to respondentgruppene. Derimot svarte alle lederne ved enheter med formell kompetanse at de oppfordret sine ansatte til kompetanseheving på området, mens kun 41% av de øvrige lederne svarte det samme.

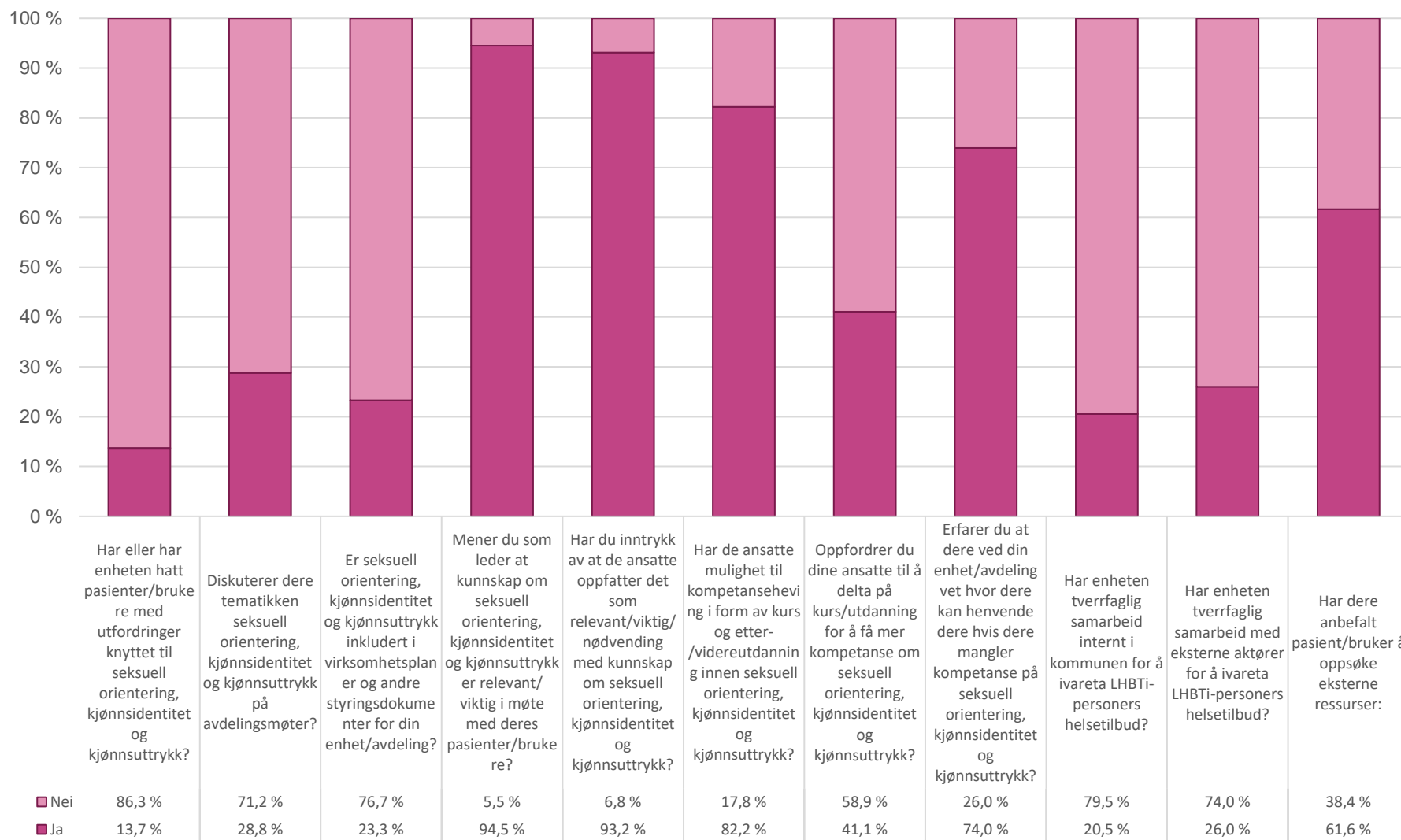
## Svar fra enhetsledere som har ansatte med formell kompetanse



**Figur 24:** Sammenstilling av alle spørsmål og svar fra enhetsledere som har ansatte med formell kompetanse.



## Øvrige enhetsledere uten ansatte med formell kompetanse



**Figur 25:** Sammenstilling av alle spørsmål og svar fra enhetsledere som ikke har ansatte med formell kompetanse.

## OPPSUMMERING

Det gjennomgående trekket er at enhetsledere som har ansatte med formell kompetanse på området har bedre kjennskap til eksterne ressurser og benytter seg mer av disse enn de øvrige respondentene. Lederne ved enheter med formell kompetanse oppgir også at de oppfordrer de ansatte til kompetanseheving på området i større grad enn de andre lederne. Tverrfaglig samarbeid i kommunene og inkludering av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i virksomhetsplaner og styringsdokumenter er like dårlig representert uansett om enheten enten har formell kompetanse blant de ansatte eller ikke.

Blant lederne ved enheter med formell kompetanse hadde også alle kjennskap til hvor de skulle henvende seg for hjelp hvis de manglet kompetanse på området. På spørsmål om enheten hadde samarbeid med eksterne aktører så var det også avgjørende forskjell i svarene. Mens 66,7% av lederne ved enheter med formell kompetanse oppga at de hadde tverrfaglig samarbeid med eksterne ressurser så svarte kun 26% det samme blant de øvrige lederne. Kompetanse og bevissthet rundt tematikken ser følgende ut til å gi økt prioritering og ivaretagelse av skeive.

## SKEIV I HELSE-NORGE

---

For å kunne gi alle pasienter og brukere en likeverdig offentlig tjeneste må de bli møtt med åpenhet og respekt. Det viser seg ofte at dette er vanskelig uten en bevissthet og kunnskap hos ansatte i tjenestene om utfordringer knyttet til kjønnsidentitetstematikk og ulike seksuelle orienteringer. Vår kartlegging har avdekket at det i Innlandet finnes et grunnleggende behov for et kompetanseløft innen tematikken kjønn- og seksualitetsmangfold.



### INNLEDNING

Kartleggingen viser at det er få enheter i Innlandet som har ansatte med formell kompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Det har vært interessant å se at forskjellene i respondentenes svar tyder på at formell kompetanse er viktig av flere grunner, men er spesielt avgjørende for kvaliteten på tjenesten som tilbys.

Kort oppsummert kan vi si at kartleggingen har vist fire hovedtrender på dette området. Enheter som har ansatte med formell kompetanse har:

- Større kjennskap til eksterne ressurser
- Benytter ansatte med kompetanse til internundervisning
- Oppgir alle at de oppfordrer ansatte til kompetanseheving på tematikken
- Oppgir alle at de har skeive pasienter og diskuterer tematikken.

Foruten forskjeller mellom enheter med og uten formell kompetanse på kjønns- og seksualitetsmangfold er det tre andre hovedtrekk i kartleggingen:

- Liten åpenhet rundt sosiale møteplasser og arrangementer
- Få helsetilbud rettet spesifikt mot skeive
- Generell mangel på tematikken i virksomhetsplaner og styringsdokumenter
- Seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er lavt prioritert
- Lite tverrfaglig samarbeid både internt i kommunene og med eksterne aktører
- Manglende bevissthet og prioritering gir ubevisst og indirekte diskriminering av skeive

Nedenfor gis en gjennomgang og diskusjon av de viktigste resultatene fra kartleggingen.

## MØTEPLASSER OG HELSETILBUD

Når det gjelder sosiale møteplasser, er det en positiv utvikling den siste tiden med økt aktivitet for skeive i Hedmark og Oppland. Spesielt Gjøvikregionen har gode tilbud til personer med kjønns- og seksualitetsmangfold, og det ser ut til at aktiviteten i dette området vil være positiv fremover. Også i Kongsvinger og Hamar er det en bedring, men foreløpig er aktiviteten noe mer ildsjelsbasert. Håpet er at dette etter hvert kan bli en del av organisasjonene, slik at aktiviteten blir vedvarende og ikke forsvinner når ildsjelene ikke lenger er der til å drive det videre. Også i Elverum og Otta finnes det sporadiske møteplasser for unge skeive. Totalt sett er imidlertid tilbudet til skeive i Innlandet sparsomt og svært lokalt, i tillegg til å være preget av å være nystartet aktivitet, og gjerne basert på ildsjeler.

I tillegg er de fleste arrangementene lukkede og krever kjennskap til enkeltpersoner eller organisasjoner. Det er forståelig at miljøene ønsker å være lukkede, slik at det skal være trygt for enkeltpersoner å delta uten å måtte komme ut av skapet. Dette bidrar imidlertid til en ekskludering av mange som ikke kjenner til tilbudene. Terskelen for å delta blir dermed for mange veldig høy. Det at så mange møteplasser er lukkede kan tyde på at aksepten for annerledeshet fortsatt ikke er stor i Innlands-samfunnet. Forhåpentligvis kan noen miljøer og arrangementer bli noe mer åpne etter hvert som de blir mer etablert. Og ikke minst vil større tro på aksept for ulikhet, kjønns- og seksualitetsmangfold, føre til at det å komme ut og delta blir mindre skremmende. Økt forståelse og synlighet er nøkkelen til aksept og mangfold.

Helsetilbud tilsvarende *Helsestasjon for kjønn og seksualitet* i Oslo vil trolig være

vanskelig å gjennomføre utenfor de største byene. Desto viktigere er det at lavterskeltilbudene i kommunene og spesialisthelsetjenestene har tilstrekkelig kompetanse og forståelse om kjønns- og seksualitetsmangfold til å se utenfor heteronormativiteten og normen om at det kun finnes to kjønn. Kun ved å forstå mangfoldet kan de møte alle brukere og pasienter med åpenhet og respekt uavhengig av kjønn og seksualitet. Dermed kan psykisk helsevern også gi likeverdige offentlige tjenester som tilgjengelig for alle.

## STYRING OG PRIORITERING

Regjeringen påpeker i stortingsmelding om helse og prioriteringer, viktigheten av å sette gode og tydelige prioriteringer.

*«Gode helsetjenester krever gode og tydelige prioriteringer. (...) Gode prioriteringer gjør det mulig å gi pasientene best mulig hjelp, ta i bruk nye behandlinger og sikre tillit. Gode prioriteringer er grunnlaget for en bærekraftig helsetjeneste, som sikrer likeverdighet og en trygg og offentlig finansiert helsetjeneste for alle. Tydelige prioriteringer er også en forutsetning for å hindre at makt, tilfeldigheter og andre forhold fører til urettferdig fordeling»* St. Meld. 34 (2015-2016).

## PLANER OG STYRINGSdokumenter

I kartleggingen oppgir bare 24% av ledere at enheten har virksomhetsplaner eller andre styringsdokumenter som inkluderer seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Dette er uavhengig av om enheten har ansatte med formell kompetanse eller ikke. Når tematikken ikke er inkludert i planer og styringsdokumenter, antyder dette at tematikken ikke er prioritert fra verken ledelse, kommune, direktorat eller departement, noe som gjør det vanskelig

å ha en helhetlig tilnærming og prioritere tematikken. Vår erfaring tilsier at det som ikke skal rapporteres på, i mindre grad blir prioritert å gjøre noe med. Derfor er det viktig at det innarbeides i de styrende dokumentene.

Manglende prioritering av kjønns- og seksualitetsmangfold i planer og styringsdokumenter gjør at enhetsledere og mellomledere i helsevesenet ikke forpliktes til å følge opp å prioritere dette i avdelingene. Når tematikken ikke er innarbeidet i styringsdokumenter gjør dette at tematikken ikke prioriteres, fordi det allerede foreligger mange uttalte prioriteringsområder i psykisk helsevern for eksempel rus og selvmordsatferd. Her er det imidlertid viktig å huske at mange skeive har tilleggs utfordringer og er høyt representert i denne typen statistikk. Et lhbt-perspektiv ville bidratt positivt i forebygging og behandling. Manglende kunnskap og bevissthet om kjønns- og seksualitetsmangfold kan dermed få negative konsekvenser for forebygging av rus og selvmordsatferd i psykisk helsevern.

---

#### REGJERINGENS SATSING PÅ LHBTI

I 2016 kom også regjeringens handlingsplan for lhbt, *Trygghet, mangfold, åpenhet*. Den har følgende tiltak som fokuserer på kjønns- og seksualitetsmangfold innenfor helse og omsorg (Barne- og likestillingsdepartementet 2016:12-13):

23. Øke bevissthet og kompetanse om lhbt-tematikk i helse- og omsorgstjenesten
24. Tilrettelegge for lavterskeltilbud og likepersonstiltak
25. Utarbeide og gjennomføre ny samlet strategi for seksuell helse
26. «Målrettet innsats for å redusere helseforskjeller mellom lhbt-personer og den øvrige befolkningen» – samkjøres

med Opptrappingsplan mot rus og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading*

27. Videreutvikle de faglige rammene for behandling av kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens.

Handlingsplanen påpeker at det generelt er behov for mer kompetanse og økt bevissthet om kjønns- og seksualitetsmangfold i helse og omsorg. Det fremkommer imidlertid av kartleggingen at dette i liten grad er innarbeidet i virksomhetsplaner og styringsdokumenter per dags dato, og det er da også lite sannsynlig at noe blir gjort.

I desember 2016 kom også en ny samlet strategi for seksuell helse, *Snakk om det!* (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Selv om lhbt ikke er et uttalt tema i strategien, er trygg seksuell helse i alle livets faser et sentralt element. Med dette menes også trygg seksuell helse uavhengig av kjønn og seksualitet.

«Åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet er samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuell helse. Regjeringen har nylig lansert en ny handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Planen skal bidra til at lhbt-personer (lesbiske, homofile, bifile transpersoner og interkjønn) skal kunne oppleve samfunnet som trygt og inkluderende. En slik plan legger et viktig grunnlag for at samfunnssektorer og aktører samarbeider på tvers for å skape et åpent og inkluderende samfunn. Gjennom den nye samlede strategien for seksuell helse ønsker regjeringen å bidra til et åpent og inkluderende samfunn der mangfold anerkjennes og tabuer, skam, fordommer og stigmatisering knyttet til seksualitet motvirkes» (Helse- og omsorgsdepartementet 2016:8).

For at handlingsplanene for lhbti og seksuell helse skal følges opp i helse- og omsorgstjenestene er det viktig at kjønns- og seksualitetsmangfold som tema integreres i virksomhetsplaner og styringsdokumenter ved Sykehuset Innlandet og overordnet organisasjon i Helse Sør-Øst, samt i kommunepplaner og planer for omsorgstjenestene.

## KOMPETANSEHEVING

Mangelen på prioritering av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i virksomhetsplaner og styringsdokumenter, mener vi også kan speile seg i enhetsledernes prioritering av kompetanseheving blant de ansatte. I spørreundersøkelsen ble enhetslederne spurt om de oppfordret sine ansatte til kompetanseheving på feltet og hvorvidt de hadde mulighet til kompetanseheving.

Kartleggingen viser at ansatte innen psykisk helsevern i Innlandet har gode muligheter for å videreutdanne seg eller ta etterutdanning på området. 82,3% av respondentene svarte at de ansatte hadde mulighet til kompetanseheving. Når enhetslederne ble spurt om de oppfordret de ansatte til kompetanseheving på feltet så var det imidlertid kun 48% som svarte ja. Vi mener at dette viser at kompetanseheving på tematikken ikke er prioritert like høyt som andre satsingsområder innen psykisk helsevern. Dette reflekterer trolig manglende prioritering både i styringsdokumenter og fra ledelsen, samt manglende kunnskap om hvordan et lhbtiperspektiv kan heve kvaliteten på tjenesten. Mulighetene for kompetanseheving finnes altså, men tematikken er ikke øverst på prioriteringslisten. Når ledelsen og enheten ikke prioriterer tematikken eller sjelden tar det

opp som en utfordring, så prioriterer heller ikke de ansatte dette. Unntaket er ansatte som trolig har et personlig sterkt engasjement for tematikken.

På kort sikt bør flere ansatte få mulighet til kompetanseheving på området gjennom deltakelse på kurs om normkritikk, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Basert på enhetsledernes svar på hvilke kurs de oppfordret sine ansatte til å delta på kan det også tyde på at deltakelse på kortvarige kurs med kursholdere hentet inn til enheten eller fagdager i nærmiljøet er lettere enn å sende ansatte på formell etter-/videreutdanning. Gode nærmiljø tiltak i gjennom kurs og fagdager for de ansatte ser følgelig ut til å være foretrukket. Dette gir imidlertid ikke dybdekompetanse på tematikken, men en grunnleggende forståelse. Manglende prioritering av tematikken fører til at ledelsen ikke vil betale for langvarig kompetanseheving. På lang sikt må derfor grunnleggende forståelse for tematikken prioriteres inn i utdanningsløpet for helsepersonell. I tillegg må flere få mulighet til videre-/etterutdanning innen sexologi, slik at flere har dybdekompetanse på seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i helsevesenet.

## TVERRFAGLIG SAMARBEID

Mangelen på tverrfaglig samarbeid er påfallende i kartleggingen. 78,5% av enhetslederne svarte at det ikke var internt tverrfaglig samarbeid i kommunen. 71% av enhetslederne svarte også at de ikke har tverrfaglig samarbeid med eksterne aktører. Selv om 76% av lederne sier at de vet hvor de skal henvende seg, kan mye tyde på at de likevel ikke gjør det. Hva henger det sammen med?

Slik vi forstår dette, kan det bety at det er opp til hver enhet å henvise og rettlede skeive videre uten særlig samarbeid mellom helsestasjon, PP-tjenesten og kommunalt psykisk helseteam.

Det er følgelig en stor risiko for at lhbt-personer må gjennom flere instanser og dermed må gjenta sin historie, fordi det ikke er noe samarbeid eller mekanismer som bringer dem og deres historier videre i systemet (se case – Anne=Per). For utsatte personer med psykiske vansker som er usikre på egen identitet og orientering kan dette være traumatiserende. Dette kan forsterke en eventuell psykisk lidelse som for eksempel selvmordsatferd eller rusproblematikk.

Det ser ut til at samarbeid på tvers av etater, enheter og eksterne aktører er mangelvare. Med tanke på at det er lite formell kompetanse på tematikken blant de ansatte, burde det motsatte være nødvendig for å ivareta en likeverdig offentlig tjeneste også til minoriteter.

Tverrfaglig kompetanseutveksling mellom etater, enheter og eksterne aktører kan bli bedre utviklet. Som kartleggingen viser har for eksempel de ansatte med formell kompetanse på feltet internundervisning for de andre ansatte. Generell kompetanseheving på arbeidsplassen gjennom internundervisning kan føre til at flere ser og forstår pasienter og brukere som Anne/Per i caset på et tidligere tidspunkt, slik at Anne/Per ikke hadde trengt å utvikle selvmordsatferd. Mer kunnskap på tematikken kan også føre til bedre observasjon og journalføring fra første konsultasjon. Dette kan gi bedre oppfølging ved henvisning videre og redusere

## Case – Anne = Per

Anne er 12 år og sliter med å forstå egen kropp og følelser knyttet til kroppen. Hun utviser tydelig trekk på kroppslig stress og sliter etter hvert på skolen og blant venner. Hun føler at hun ikke passer inn. Hele barndommen har Anne foretrukket å gå i «gutteklær». Ingen voksne har noen gang spurt henne hvorfor hun går med «gutteklær». Når Anne blir eldre insisterer moren på at hun må gå mer feminint kledd. Andre rundt kommenterer at du er jente så oppfør deg deretter. Anne opplever normene knyttet til det å være jente som klaustrofobiske og trange. Hun føler at hun ikke passer inn i kategorien jente, eller det som samfunnet anser som feminint. Etter hvert får Anne utløp for sin frustrasjon over egen kropp ved selvskading. Når hun får bryster oppleves de som forræderske og Anne flytter selvskadingen over til brystene. Hun klarer heller ikke å si ordet menstruasjon. Hver måned minner menstruasjonen henne på at hvem hun *ikke* er.

Anne har vært hos PP-tjenesten siden hun var 13 år. Hun har også oppsøkt helsesøster for å snakke om problemene. Hun føler ikke at noen av de hun har snakket med har forstått henne eller har stilt spørsmål. De spør om seksuelle erfaringer, men ikke om hva Anne føler og hun må gjenta alt så mange ganger.

Når Anne blir 17 år får hun hjelp fra BUP og psykisk helseteam i kommunen der hun bor til å takle selvskadingen. Hun har også her gjentatt historien og forklaringen sin flere ganger – hun vil ikke være Anne, hun vil hete Per og kle seg i «gutteklær».

Per føler at han har kommet ut av skapet gang på gang til alle han møter. Han får masse informasjon, men ikke så mye kunnskap. Per forstår ikke hva han føler når ingen stiller de riktige spørsmålene eller setter ord på det han føler. Per er sliten av å gjenta seg selv og ser seg selv mer utenifra enn innenifra. Kroppen blir mindre og mindre en del av han og det er ikke lenger så farlig hva han gjør mot kroppen. Den er ikke en del av han uansett. Hvis bare noen hadde forstått hva han følte og hvor sliten han var av å forklare sine «problemer». Problemer som ikke lenger føles ekte. Nå føles veien veldig kort for Per til å få en slutt på problemet.

(Oppdiktet, men basert på sanne beretninger)

pasientens behov for å forklare alt inngående ved ny konsultasjon eller videre behandling.

Internundervisning og videreføring av kompetanse på tematikken burde også vært overført til andre enheter i samme kommune eller region. Dette ville gitt bedre erfaringsutveksling og bruk av den kompetansen som bare noen få ansatte har i Innlandet. Bedre samarbeid internt i kommunen vil også kunne hindre at barn og unge med utfordringer knyttet til kjønn og seksualitet, slipper å utvikle eller forsterke psykiske vansker som følge av lite kompetanse og lav bevissthet om tematikken i helsevesenet.

#### BRUK AV EKSTERN KOMPETANSE

Mange enheter har skeive brukere/pasienter og mangler kompetanse på feltet. Allikevel er det så få som benytter seg av den kompetansen som finnes utenfor egen arbeidsplass.

Respondentene har generelt lite kjennskap til eksterne aktører som kan bidra med kunnskap inn i psykisk helsevern. Kartleggingen viser at det helt klart finnes tilgjengelige eksterne ressurser som helsevesenet i større grad kan benytte enn de gjør per dags dato. De eksterne aktørene kan kanskje bli flinkere til å formidle sitt arbeid inn til helsevesenet, men helsevesenet må også bli flinkere til å åpne opp for å ta inn ekstern kompetanse og utnytte deres potensial. Spesielt når egen spesialisering på feltet er minimal innen psykisk helsevern. Utfordringen her er at lav kunnskap om tematikken, ofte undervurderer behovet for å innhente ekstern kompetanse.

Enheter med ansatte med formell kompetanse har imidlertid generelt bedre kjennskap til eksterne aktører og til en større

bredde av aktører. Mer kompetanse på feltet indikerer at de har større innsikt i hvilke muligheter og utfordringer som foreligger. Enheter med formell kompetanse anbefaler også i større grad skeive å kontakte eksterne aktører enn de øvrige enhetene. Det er også interessant at alle enhetene som har ansatte med formell kompetanse, har skeive brukere og pasienter, mens 86,3% oppgir det samme blant de øvrige enhetslederne. Handler dette om tilfeldigheter, om at skeive brukere bevisst søker seg til steder med kompetanse, eller handler det om at vi ikke ser utfordringene når vi har for lav kompetanse på området?

Samarbeid på tvers av etater, enheter og aktører er svært viktig for å lykkes med å øke bevisstheten og kunnskapen om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Og ikke minst hvordan vårt kunnskapsnivå påvirker tjenestene vi yter ovenfor brukere/pasienter.

#### LIKEVERDIGE TJENESTER

På spørsmålet om hvorfor enhetene ikke har anbefalt skeive å kontakte eksterne aktører, svarer mange at de ikke har oppfattet dette som aktuelt eller relevant. Dette viser at hvis tematikken ikke kommer direkte opp ved enhetene gjennom brukerne og pasientene, så blir ikke temaet prioritert eller oppfattet som relevant. Dette kan selvfølgelig føre til at mye kan gå under radaren for de ansatte hvis pasienter og brukere ikke spesielt tar det opp. Dette indikerer også manglende forståelse for at kjønn og seksualitet påvirker hvordan brukerne og pasientene forholder seg til egen kropp og følelsesliv, noe som igjen kan føre til ubevisst diskriminering.



Skeive kan følgelig oppleve direkte eller indirekte diskriminering i helsetjenestene, fordi det ikke er åpenhet og bevissthet rundt tematikken. Dette fører igjen til at skeive ikke får likeverdige offentlige tjenester. Førre var prinsippet er viktig og kunnskap om tematikken helt avgjørende.

Det er derfor viktig at ansatte ved lavterskeltilbudene i helsevesenet (helsestasjon/fastlege) og skolen (skolehelsesøster/PPT) har bevissthet rundt normer i samfunnet og at ikke alle passer inn i disse. Økt kunnskap og åpenhet om skeives helse- og levekår vil også gjøre helsevesenet i seg selv til en forebyggende instans. Bedre synlighet av interesseorganisasjoner, møteplasser og helsetilbud ved helsestasjonene/fastlege og på skolen er også viktig for å synliggjøre mulighetene som foreligger. Dette vil trolig også kunne øke bevisstheten og kunnskapen til barn og unge og gi dem trygge rammer for å utforske eget kjønn og egen seksualitet. Åpenhet, respekt og forståelse gir i større grad likeverdige offentlige tjenester og fører til bedre inkludering og dermed bedre psykisk helse.

**KUNNSKAP = ØKT BEVISSTHET  
= LIKEVERDIG TJENESTE**

Flere enhetsledere har i spørreundersøkelsen oppgitt at de ikke visste at det fantes så mange muligheter før de var med på kartlegginga. Flere sier også at de ikke har prioritert dette eller har oppfordret de ansatte til å få mer kompetanse på området, men at de etter kartlegginga ser at de burde vært mer bevisste på tematikken. Gjennomføringen av spørreundersøkelsen i seg selv avdekker dermed at å få tematikken frem i lyset øker bevisstheten til de som har deltatt og har fått flere til å se mulighetene og utfordringene som ligger der.

Dette viser at å øke kunnskapen om de utfordringene som finnes for skeive i psykisk helsevern, er avgjørende for å få flere ledere til å bli bevisste og dermed kunne prioritere kjønnsidentitet og seksualitet inn i arbeidet og behandlingen ved enhetene. Økt bevissthet gir også ny innsikt og kjennskap til hvilke muligheter og ressurser som finnes.

Likeverdige offentlige tjenester innebærer tilrettelegging og tilpassing som tar hensyn til at vi mennesker er forskjellige og har ulike behov. Likestilling i helse og omsorg kan derfor innebære forskjellsbehandling for å kunne gi like gode tjenester til alle. Helsetjenestene må reflektere over arbeidsoppgaver og hvordan enkeltmennesker møtes. Holdninger, normer og fordommer fører ofte med seg stereotype oppfatninger av ulike grupper av befolkningen. For å møte disse fordommene og normene må de ansatte få grunnleggende kompetanse til å tenke kritisk rundt normer og være åpen for at ikke alle lever i henhold til heteronormativiteten.

Åpenhet og respekt kan kun oppnås ved å se, høre og møte brukere/pasienter på felles premisser. Kjønn og seksualitet må prioriteres i styringsplaner, ledelse og kompetanseheving for å hindre et skeivt Helse-Norge på streite premisser.



## ANBEFALINGER

---

Her gis en sammenstilling av anbefalinger gitt på bakgrunn av kartleggingen og påfølgende diskusjon. Anbefalingene er ment å gi en oppfordring til hvordan resultatene kan følges opp for å gi alle en likeverdig offentlig tjeneste uavhengig av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.



### 1.

Prioritering av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i psykisk helsevern krever at tematikken er inkorporert i virksomhetsplaner og styringsdokumenter ved Sykehuset Innlandet og overordnet organisasjon i Helse Sør-Øst, samt i kommunepolaner og omsorgstjenestene.

### 2.

På kort sikt bør flere ansatte få mulighet til kompetanseheving på området gjennom deltakelse på kurs om normkritikk, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Gode tiltak i nærmiljøet som kurs og fagdager for de ansatte er viktig. På lang sikt bør det gis grunnleggende kompetanse om kjønn og seksualitet gjennom utdanningsløpet for helsepersonell.

### 3.

Tverrfaglig kompetanseutveksling mellom etater, enheter og eksterne aktører burde være bedre utviklet. Internundervisning på arbeidsplassen og ovenfor andre enheter innenfor samme kommune og region er viktig

for å øke kompetansen og ikke minst erfaringsutveksling. Dette vil gi bedre utnyttelse av den kompetansen som noen få ansatte har i Innlandet.

### 4.

Ansatte ved lavterskeltilbudene i helsevesenet (helsestasjon/ fastlege) og skolen (skolehelsesøster/PPT) må ha bevissthet rundt normer i samfunnet og at ikke alle passer inn i disse. Økt kunnskap og åpenhet om skeives helse- og levekår vil også gjøre helsevesenet i seg selv til en forebyggende instans.

### 5.

Bedre synlighet av interesseorganisasjoner, møteplasser og helsetilbud ved helsestasjonene/fastlege og på skolen, samt andre arenaer der barn og unge er aktive er viktig for å synliggjøre mulighetene som foreligger. Dette vil trolig også kunne øke bevisstheten og kunnskapen til barn og unge og gi dem trygge rammer for å utforske eget kjønn og egen seksualitet.

## LITTERATUR

---

- Almås, E.** (2017) *Seksuell identitet*. Store Medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/seksuell\\_identitet](https://sml.snl.no/seksuell_identitet) (Lest: 4.5.2017).
- Anderssen, N. og Maltrud, K.** (2013) *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Research Helse.
- Anderssen, N. og Maltrud, K.** (2014) *Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge*. Bergen: Uni Research Helse.
- Bakkeli, V. og Grønningsæter, A. B.** (2013) *LHBT i arbeidslivet – en kunnskapsgjennomgang*. Fafo-rapport 2013:25.
- Barne- og likestillingsdepartementet** (2016) *Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017-2020*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Benestad, E. E. P. og Van der Ros, J.** (2017) *Kjønnsidentitet*. Store Medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsidentitet> (Lest: 4.5.2017).
- Bufdir.** (2017) *Lhbtj-ordlista*, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Tilgjengelig fra: [https://bufdir.no/lhbt/LHBT\\_ordlista/](https://bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/) (Lest: 16.6.2017).
- Eggebø, H., Almli, M. og Bye, M. T.** (2015) *Skeiv på bygda*. KUN-rapport 2015:2.
- Elgvin, O., Bue, K. og Grønningsæter, A. B.** (2013) *Åpne og lukkede rom: LHBT i etniske minoritetsgrupper*. Fafo-rapport 2013:36.
- Fjær, E. G., Gundersen, T. og Mossige, S.** (2013) *Lesbiske, homofile, bifile og transpersoners utsatthet for vold i nære relasjoner. En kunnskapsoversikt*. NOVA-rapport 5/13.
- Grasmo, H.** (2017) *LHBT*. Store Medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/LHBT> (Lest: 4.5.2017).
- Grønningsæter, A. B. og Hauland, H.** (2012) *Usynlig og selvlysende. Å være lesbisk, homofil, bifil og transperson med nedsatt funksjonsevne*. Fafo-rapport 2012:53.
- Grønningsæter, A. B. og Nuland, B. R.** (2009) *Lesbiske og homofile i Sjøpmi*. Fafo-rapport 2009:26.
- Grønningsæter, A. B., Mandal, R., Nuland, B. R. og Haug, H.** (2009) *Fra holdninger til levekår – Liv med hiv i Norge i 2009*. Fafo-rapport 2009:13.
- Hegna, K., Kristiansen, H. W. og Moseng, B. U.** (1999). *Levekår og livskvalitet blant lesbiske og homofile*. NOVA-rapport 1/1999.
- Helsedirektoratet.** (2014) *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet.

**Helse- og omsorgsdepartementet.** (2016) *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

**Kristiansen, H. W. og Lescher-Nuland, B. R.** (2013) *Aldring, livsløp og omsorgsbehov. I: Holdninger, levekår og livsløp – forskning om lesbiske, homofile og bifile*, Grønningsæter, Arne Backer (red.). Oslo: Universitetsforlaget.

**Moseng, B. U.** (2007) *Vold mot lesbiske og homofile tenåringer: en representativ undersøkelse av omfang, risiko og beskyttelse*. Ung i Oslo 2006. NOVA-rapport 19/2007.

**Norges forskningsråd.** (2005) *Kvinnens helse - hvor står vi i dag?* Norges forskningsråd. Tilgjengelig fra: [http://www.forskningsradet.no/prognett-kvinnehelse/Sentrale\\_dokumenter/1226485616484](http://www.forskningsradet.no/prognett-kvinnehelse/Sentrale_dokumenter/1226485616484) (Lest: 7.6.2017)

**NOU 1999:13.** *Kvinnens helse i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

**Nylund, B.** (2017) *Kjønnsuttrykk*. Store Medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsuttrykk> (Lest: 4.5.2017).

**Roland, E. og Auestad, H. B.** (2009) *Seksuell orientering og mobbing*. Stavanger: Senter for adferdsforskning.

**St. Meld. 34 (2015-2016).** *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriteringsmeldingen/hvorfor-prioritere/id2502816/> (Lest: 6.6.17)

**St. meld. nr. 25** (2000-2001). *Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

**Van Der Ros, J.** (2013) *Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet til personer med kjønnsidentitetstematikk*. Hamar: Likestillingscenteret.

# ORDLISTE<sup>1</sup>

---

## **Aseksuell**

Å være aseksuell innebærer fravær av seksuell tiltrekning/eller fravær av seksuell lyst. Aseksualitet er ikke det samme som sølibat. Mennesker som lever i sølibat opplever seksuell lyst og tiltrekning, men velger av ulike grunner å avstå fra sex i kortere eller lengre perioder, mens aseksuelle mennesker ikke har ønske om eller behov for sex. Både cispersoner og transpersoner kan være aseksuelle.

## **Bifil**

Å være bifil handler både om praksis, tiltrekning og identitet. En bifil person tiltrekkes av eller forelsker seg i mennesker uavhengig av hvilket kjønn den andre har. Bifil som begrep, levemåte eller identitet, bryter med en forståelse om at befolkningen kan deles inn to grupper, heterofile og homofile. Bifile kan dermed oppleve usynliggjøring, ikke å bli tatt på alvor og annen diskriminering blant både heterofile og homofile.

## **Cisperson/ciskjønnnet/cis**

Å være cisperson/ciskjønnnet/cis betyr at du identifiserer deg med det biologiske kjønnnet du ble tildelt ved fødsel. En ciskvinne ble tildelt kjønn som kvinne ved fødsel og identifiserer seg som kvinne, og en cismann ble tildelt kjønn som mann ved fødsel og identifiserer seg som mann. Begrepet er tatt i bruk som en motsats til transperson/transkjønnnet/trans, og tydeliggjør at alle har en kjønnsidentitet. Både heterofile, bifile, homofile, lesbiske og interkjønnpersoner kan være cispersoner.

## **Heterofil**

Å være heterofil handler både om praksis, tiltrekning og identitet. En heterofil person tiltrekkes av og forelsker seg i mennesker med et annet kjønn. Det vil si at en heterofil kvinne tiltrekkes av menn og en heterofil mann tiltrekkes av kvinner. Heterofil eller heteroseksuell orientering er den mest utbredte seksuelle orienteringen. Både cispersoner og transpersoner kan være heterofile.

## **Heteronormativitet**

Heteronormativitet betyr at heteroseksualitet og ciskjønn stort sett alltid blir tatt for gitt når mennesker møtes. Heteronormen omfatter de kulturelle og sosiale institusjoner, normer, praksiser og språk som reflekterer at samfunnet og kulturen forutsetter at alle mennesker er heterofile. Den heteronormative seksualiteten har fokus på reproduksjon, og den heterofile kjernefamilien blir naturgitt og universell. Det gjør at lhbt-personer blir sosialt usynlig og annenrangs. I et heteronormativt samfunn er alle ikke-heterofile i minoritet og antas å være heterofile med mindre det motsatte er bevist.

## **Homofil**

Å være homofil handler både om praksis, tiltrekning og identitet. En homofil mann eller kvinne tiltrekkes av eller forelsker seg i personer av samme kjønn. En homofil mann tiltrekkes av andre menn, mens en homofil (lesbisk) kvinne tiltrekkes av andre kvinner. Både cispersoner og transpersoner kan være homofile.

## **Interkjønn**

Interkjønn (på engelsk: intersex) er et paraplybegrep som viser til kroppslig mangfold blant personer født med atypiske kjønnskarakteristika. Kjønnskarakteristikaene blant interkjønnpersoner utgjør en sammensetning av kromosomer, hormoner, kjønnskjertler og/eller genitalier som bryter med en binær forståelse av kvinnelige og

---

<sup>1</sup> Ordliste og begrepsavklaringer hentet fra [www.bufdir.no/lhbt/LHBT\\_ordlista/](http://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/)

mannlige kropp. I norsk helsepraksis er betegnelsen «usikker kroppslig/somatisk kjønnsutvikling» rådende. Noen interkjønntilstander er synlige ved fødsel, mens andre ikke oppdages før ved puberteten eller i voksen alder. Det er grunn til å tro at en del interkjønntilstander aldri blir oppdaget.

### **Juridisk kjønn**

Juridisk kjønn er det kjønn man er registrert som i folkeregisteret. Det er skattekontoret som fatter vedtak om endring av juridisk kjønnsstatus og tildeler nytt fødselsnummer. 1. juli 2016 trådte lov om endring av juridisk kjønn i kraft. Ikrafttredelsen innebærer at det ikke lenger stilles krav om en bestemt diagnose eller medisinsk behandling for å endre hvilket kjønn du står registrert som i folkeregisteret. Personer som har fylt 16 år kan selv søke om å endre sitt juridiske kjønn. Barn og unge mellom 6 og 16 år må søke sammen med sine foreldre. Dersom bare én av foreldrene samtykker, kan Fylkesmannen i Oslo og Akershus likevel innvilge søknaden om endring av juridisk kjønn, dersom dette er til barnets beste. Barn under 6 år kan kun få endret juridisk kjønn dersom de har en medfødt usikker somatisk kjønnsutvikling. Tilstanden må dokumenteres av helsepersonell.

### **Kjønn**

Kjønn er en grunnleggende side ved en persons identitet. Normer i samfunnet er i stor grad med på å definere hva som er typisk kvinnelig og mannlig. Hva som er ansett for mannlig og kvinnelig varierer gjennom historien og mellom kulturer. Kjønn kan forstås som tre ulike aspekter: biologisk kjønn - den kroppen du er født med, psykologisk kjønn - det kjønn du føler deg som, og sosialt kjønn - det kjønn andre oppfatter deg som og som du sosialiseres inn i. Det vanlig å tenke at det finnes to kjønn, mann eller kvinne. Imidlertid er det personer som ikke faller inn under disse to kategoriene. Det kan gjelde både intersexpersoner og transpersoner. I noen land finnes det derfor en mulighet til å registrere seg som "det tredje kjønn".

### **Kjønnsdysfori**

En medisinsk betegnelse som forklares som ubehag forårsaket av manglende samsvar mellom en persons kjønnsidentitet og det kjønn personen ble tillagt ved fødselen (og den assosierte kjønnsrollen).

### **Kjønnsidentitet**

En persons indre opplevelse av å være kvinne, mann, både kvinne og mann eller ingen av delene. De fleste identifiserer seg med det kjønn de ble tilskrevet ved fødsel, men ikke alle.

### **Kjønnsinkongruens**

Kjønnsinkongruens viser til en tilstand hvor en person opplever at det ikke er samsvar mellom egen kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk og det kjønn vedkommende ble tillagt ved fødselen.

### **Kjønns mangfold**

Kjønns mangfold er et perspektiv som står i kontrast til tokjønnsmodellen, og handler om at det finnes mange måter å være kvinne/mann, gutt/jente på, både for homofile, heterofile, lesbiske, bifile og transpersoner. Begrepet åpner også opp for at det finnes flere kjønnsidentiteter enn kvinne og mann. Begrepet kan bidra til å skape rom for ulike kjønnsuttrykk-, preferanser og identiteter uten å kategorisere.

### **Kjønnsuttrykk**

Et kjønnsuttrykk er den måten en person gir seg til kjenne på som enten kvinne, mann eller utenfor samfunnets tokjønnsnorm. Selv om de fleste mennesker presenterer seg i et kjønnsuttrykk som blir oppfattet som klart mannlig eller klart kvinnelig, har noen et kjønnsuttrykk som bryter med todelingen mellom mann og kvinne.

### **Lesbisk**

Å være lesbisk handler både om praksis, tiltrekning og identitet. En lesbisk kvinne tiltrekkes av eller forelsker seg i personer av samme kjønn, altså andre kvinner. Både cispersoner og transpersoner kan være lesbiske.

## **Lhbtj-personer**

Lhbtj-personer/lhbtj-person er et begrep som omfatter alle personer som er lesbiske, bifile, homofile, transpersoner, interkjønn eller skeive. Begrepet lhbtj-personer kan virke mer inkluderende enn å kun bruke forkortelsen lhbtj for å beskrive mennesker.

## **Seksuell identitet**

Seksuell identitet handler om hvorvidt en person oppfatter og opplever seg som homofil, lesbisk, heterofil, bifil, skeiv eller noe annet.

## **Seksuell orientering**

Seksuell orientering handler om hvem vi blir forelsket i, seksuelt tiltrukket av, og ønsker å være sammen med. De vanligste seksuelle orienteringene er heterofil, homofil, bifil og lesbisk. Noen bruker også skeiv.

## **Skeiv**

Skeiv er en norsk oversettelse av det engelske begrepet queer. Mange bruker "skeiv" som et synonym til LHBT. For andre er «skeiv» en identitet som utfordrer og overskrider kategoriene heterofil, lesbisk, homofil og bifil, og som innebærer en kritikk av samfunnet heteronormativitet. Skeiv brukes også av personer som opplever at de ikke passer inn i samfunnets inndeling av mennesker i to kjønn. Folk som kaller seg skeive kan ønske å utfordre forestillinger om hva som er vanlig, naturlig eller normalt (streit/straight) i samfunnet.

## **Transseksualisme**

Transseksualisme beskriver en situasjon der en person oppfatter å ha en kjønnsidentitet som ikke samsvarer med det kjønn vedkommende er tilskrevet ved fødsel basert på ytre genitalier. Det vil for eksempel si at en person med kvinnelig kroppslig kjønn kan oppleve å ha en mannlig kjønnsidentitet. Noen forklarer transseksualisme som å være født i feil kropp eller være en kvinne/mann fanget i en manns/kvinnes kropp. En betingelse for å få diagnosen er at man har kjønnsdysfori, altså en sterk motstand mot sin fysiske kropp og kjønn. Andre, som ikke ønsker å bruke transseksualisme som en diagnose, beskriver sin situasjon som å være født med en kropp som trenger fysisk justering for å uttrykke riktig kjønnsidentitet. Begrepet "transseksuell" oppleves som støtende for mange. Det er derfor bedre å bruke formuleringen "personer med diagnosen transseksualisme". Etter at en person har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling, og fått riktig juridisk kjønn, er det riktig å kun omtale vedkommende som kvinne eller mann. Det er uenighet om personer med diagnosen transseksualisme skal regnes under paraplybegrepet "transperson" eller ikke. Internasjonalt dekker imidlertid begrepet "transgender" alle transpersoner, også de med diagnosen transseksualisme.

## **Transperson**

Transperson er et paraplybegrep for personer som har et utseende eller identitet som uttrykker et annet kjønn enn det som ble registrert for dem ved fødsel. Ordet transperson er en oversettelse av det engelske «transgender». Det vanligste er å ha en identitet eller kjønnsuttrykk som er motsatt det biologiske utgangspunktet, mann-til-kvinne (MtK) eller kvinne-til-mann (KtM). Noen transpersoner føler at de verken er menn eller kvinner og utfordrer vårt todelte kjønnssystem ved å innta plassen som et tredje kjønn, eller ved ikke å definere seg i kjønnskategorier overhodet. Transseksuelle blir internasjonalt regnet inn under paraplybegrepet, men dette er det en pågående debatt omkring i Norge. Å ha en transidentitet handler om en persons selvopplevde kjønnstilørighet eller hvordan denne uttrykkes. Det sier ikke noe om personens seksualitet eller seksuelle legning. Transpersoner kan være skeive, lesbiske, heterofile, bifile eller homofile.

