

TransBuddy

**TRANSSPOLNE OSEBE V OBDOBJU
EPIDEMIJE COVID-19:
DOSTOP DO ZDRAVSTVENIH STORITEV**

Končno poročilo o rezultatih raziskave

dr. Nina Perger

Center za socialno psihologijo, Fakulteta za družbene vede,
Univerza v Ljubljani

Elektronska izdaja

Naslov poročila | TRANSSPOLNE OSEBE V OBDOBJU EPIDEMIJE COVID-19: DOSTOP DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

Avtorica | dr. Nina Perger

Oblikovala | Ajša Jeričević, MIA design

Odgovorna urednica | Lana Gobec

Založnik | Društvo informacijski center Legebitra, Trubarjeva cesta 76a, 1000 Ljubljana

Kraj in leto izida | Ljubljana, 2021



Univerza v Ljubljani
Fakulteta za družbene vede



.....
Publikacija je brezplačna.
.....



Končno poročilo o rezultatih raziskave TRANSSPOLNE OSEBE V OBDOBJU EPIDEMIJE COVID-19: DOSTOP DO ZDRAVSTVENIH STORITEV je nastalo v sklopu projekta Trans Buddy – Krepitev veščin transspolnih oseb za odziv na potrebe mladih transspolnih oseb pri dostopu do zdravstvenega varstva za potrditev spola, ki ga izvaja Legebitra v partnerstvu s Centrom za socialno psihologijo pri Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani.



To poročilo je nastalo s podporo ILGA-Europe. Mnenja, izražena v poročilu, ne odražajo nujno katerikoli uradnih stališč ILGA-Europe.



To delo je objavljeno pod licenco Creative Commons [Priznanje avtorstva + nekomercialno]. Besedilo licence je na voljo na internetu na naslovu www.creativecommons.org ali pa na naslovu: Inštitut za intelektualno lastnino, Dalmatinova 2, 1000 Ljubljana.



Delovanje ter programe in projekte Društva informacijski center Legebitra sofinancira Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij v Republiki Sloveniji – FIHO. Stališča organizacije ne izražajo stališč FIHO.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

Elektronski vir

COBISS.SI-ID | 58718979

ISBN | 978-961-94684-2-5 (PDF)

1. UVOD	04
1.1. COVID-19 in z epidemijo povezani zaščitni ukrepi v Sloveniji	04
1.2. Zaščitni ukrepi in ranljive družbene skupine	06
2. UTEMELJITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA	08
2.1. Raziskovalna vprašanja	10
2.2. Vzorec, metodologija in analiza	11
3. TRANSSPOLNE OSEBE IN DOŽIVLJANJE PANDEMSKE SITUACIJE IN Z NJO POVEZANIH ZAŠČITNIH UKREPOV	14
3.1. Ekonomska in stanovanjska situacija	14
3.2. Dostop do LGBTIQ+ skupnosti	17
3.3. Politična situacija	19
3.4. Povzetek	20
4. IZKUŠNJE Z ZDRAVSTVENIM SISTEMOM IZVEN OBDOBJA EPIDEMIJE COVID-19	21
4.1. Korektne izkušnje v zdravstvenem sistemu	22
4.2. Ambivalentne izkušnje	25
4.3. Negativne izkušnje z zdravstvenim sistemom	26
4.4. Povzetek	34
5. IZKUŠNJE Z MEDICINSKIM VIDIKOM POSTOPKA POTRJEVANJA SPOLA	36
5.1. Pozitivni vidiki medicinskega dela potrditve spola	36
5.2. Negativni vidiki medicinskega dela potrditve spola	40
5.3. Predlogi sprememb za večjo vključujočnost zdravstvenega sistema v okviru medicinske tranzicije	56
5.4. Povzetek	59
6. ZDRAVSTVENE STORITVE, POVEZANE S PROCESOM MEDICINSKE TRANZICIJE, V ČASU EPIDEMIJE COVID-19	61
7. RESURSI IN STRATEGIJE SPOPRIJEMA Z NEGATIVNIMI VIDIKI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V POVEZAVI Z MEDICINSKO TRANZICIJO	65
7.1. Strategije spoprijema	65
7.2. Intra- in intersubjektivni resursi spoprijema	68
7.3. Povzetek	71
8. ZAKLJUČEK	72
9. SEZNAM LITERATURE	77
10. VIRI	84
PRILOGA A: SOCIODEMOGRAFSKE ZNAČILNOSTI VZORCA	88
PRILOGA B: TABELARNI POVZETEK VSEBINE	89

Konec decembra 2019 je bil v kitajski regiji Wuhan prvič identificiran COVID-19, 13. januarja 2020 je bil prvič zabeležen izven področja Kitajske, konec meseca pa tudi že v Evropi (World Health Organization, 2020a, 2020b). 11. marca 2020, ob vsaj 118 000 potrjenih primerih COVID-19 bolezni v 114 različnih državah, Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) razglasi pandemijo (World Health Organization, 2020c) in v namen zamejevanja pandemije priporoča številne zaščitne ukrepe. Nekateri izmed njih so pravzaprav že bolj ali manj integrirani v vsakdanje življenje (npr. redno umivanje rok, higiena kašlja in kihanja, izogibanje stika z bolnimi osebami), drugi so razmeroma novejšega značaja (npr. izogibanje dotikanja oči, nosa in ust), nekateri pa bolj ali manj radikalno posegajo v samoumevnost vsakdanjega življenja (npr. redno dezinficiranje površin in predmetov), vključno z njegovo družbeno platjo (npr. izogibanje druženja v večjih skupinah in, še več, omejevanje stika na posamično gospodinjstvo, vzdrževanje fizične distance oziroma varne razdalje 1.5 oziroma 2 metra) (World Health Organization, n.d.; gl. tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ, 2021).

1.1.

COVID-19 in z epidemijo povezani zaščitni ukrepi v Sloveniji

Slovenija, kjer je bila prva okužba s COVID-19 potrjena 4. marca 2020 (Vlada Republike Slovenije, n.d.), je sledila WHO-jevemu razglasu pandemije in naslednji dan, 12. 3. 2020, razglasila epidemijo v Sloveniji in tudi že nekatere zaščitne ukrepe v namen zamejevanja epidemije in preprečevanja preobremenitve zdravstvenega sistema, npr. zaprtje varstveno-izobraževalnih ustanov, omejevanje prehoda na meji z Italijo, umirjanje oziroma zaustavitev javnega življenja in delo na domu, skratka, ukrepe, ki so v širši javnosti prepoznani kot »lockdown« oziroma »karantena« (Vlada Republike Slovenije, 2020a) (Vlada Republike Slovenije, 2020). Sklop zaščitnih ukrepov v Sloveniji je vključeval (predvideno 14-dnevno) odpoved vseh specialističnih pregledov in operativnih posegov razen tistih s stopnjo nujnosti »nujno« ali »zelo hitro« (in z izjemo obravnave nosečnic in onkoloških storitev), vključno s preventivnimi programi (ZORA, DORA in SVIT, z izjemo nujnih posegov), ki je vstopila v veljavo s 16. marcem 2020 (ibid.).¹ Dan po razglasu epidemije, 13. marca 2020, je bila

¹ Poleg odpovedi vseh specialističnih pregledov in operativnih posegov je sklop zaščitnih ukrepov vseboval tudi: začasno prepoved in omejitve javnega prevoza potnic v Sloveniji, začasno prepoved prodaje blaga in storitev (nastanitvene, gostinske, velnes, športnorekreativne, kulturne in druge storitve) neposredno potrošnicam na območju RS, z določenimi izjemami (lekarne, pošte, banke, prodajalne z živili, druge storitve ter nujne storitve za zagotavljanje javne varnosti in zdravja), pri čemer je bilo omejeno tudi število potrošnic, ki se lahko naenkrat nahaja v poslovnem prostoru (Vlada Republike Slovenije, 2020c). Dne 15. marca v veljavo stopi Odlok o začasni prepovedi zbiranja ljudi v zavodih s področja vzgoje in izobraževanja ter univerzah in samostojnih visokošolskih zavodih, ki prepoveduje zbiranje ljudi v šolskih ustanovah, dijaških domov in študentskih domovih (15.3.2020). Dne 20. marca 2020 v veljavo vstopi odlok o začasni prepovedi zbiranja ljudi na javnih shodih in javnih prireditvah ter drugih dogodkih na javnih krajih v Republiki Sloveniji, z nekaterimi izjemami (npr. prihod in odhod na delo) (Vlada Republike Slovenije, 2020č), dne 30. marca pa v veljavo vstopi še Odlok o prepovedi gibanja izven občine stalnega ali začasnega prebivališča (Vlada Republike Slovenije, 2020d), ki v taistem obsegu velja do 30. aprila 2020, ko se je odpravila prepoved gibanja zunaj občine stalnega ali začasnega prebivališča, v veljavi pa je ostala prepoved gibanja in zbiranja ljudi na javnih krajih in površinah (Vlada Republike Slovenije, 2020f). Zaščitni ukrepi prvega vala epidemije so se v večji meri začeli sproščati v drugi polovici aprila 2020.

imenovana 14. slovenska vlada (Vlada Republike Slovenije, 2020b).² Dne 20. marca 2020 je vlada na 7. dopisni seji sprejela Odlok o začasnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zajezitve in obvladovanja epidemije COVID-19, s katerim se je podaljšala prekinitve izvajanja preventivnih zdravstvenih storitev (razen tistih, katerih opustitev bi lahko imela negativne posledice za zdravje osebe) (Vlada Republike Slovenije, 2020d).

Približno en mesec po prvem sklopu zaščitnih ukrepov je vlada 10. aprila sprejela odlok, s katerim so je ponovno uvedlo izvajanje elektivnih zdravstvenih storitev na ravni ambulantne specialitike, diagnostike, rehabilitacije in drugih oblik zdravljenja ob pogoju negativne epidemiološke anamneze in za tiste pacientke,³ pri katerih bi opustitev ali preložitve zdravstvene storitve vodila v poslabšanje zdravstvenega stanja. Ukrep je bil po navedbah pristojnega ministrstva sprejet z namenom razbremenjevanja primarne zdravstvene ravni, zagotavljanja pretočnosti iz primarne na sekundarno raven ter z namenom zmanjševanja učinka sprejetih ukrepov na podaljševanje čakalnih dob (Ministrstvo za zdravje, 2020a). Dne 9. maja začne veljati Odredba o začasnih ukrepih na področju opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi zajezitve in obvladovanja epidemije COVID-19, s katero se je sprostila zdravstvena obravnava na vseh treh ravneh za osebe z negativno epidemiološko anamnezo in brez kliničnih znakov okužbe dihal (Vlada Republike Slovenije, 2020g). Zdravstvene dejavnosti so se tako v omejenem obsegu izvajale med 12. marcem in 9. majem 2020; nekaj dni kasneje, 14. maja 2020, je vlada z Odlokom o preklicu epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) preklicala epidemijo, ki je bila razglašena 12. marca 2020, s čimer se je – tudi kar se zaščitnih ukrepov tiče – zaključil prvi val epidemije (Vlada Republike Slovenije, 2020h).

V prvi polovici oktobra je vlada ponovno začela sprejemati zaščitne ukrepe zaradi poslabšanja epidemiološkega stanja, vključno z izvajanjem izobraževanja na daljavo ter postopnim zmanjševanjem zdravstvenih programov (glede na proste kapacitete za obravnavo COVID-19 in drugih bolnic). V nasprotju s prvim valom v obdobju marec – maj 2020 tokrat od 14. oktobra naprej v veljavi ni popolna prepoved izvajanja elektivnih storitev, temveč poskus čim bolj tekočega izvajanja programov z namenom preprečevanja dodatne oslavitve sistema in podaljševanja čakalne dobe nad dopustno mejo (Ministrstvo za zdravje, 2020b). Dne 19. oktobra 2020 je ponovno razglašena epidemija COVID-19 na območju Republike Slovenije (Vlada Republike Slovenije, 2020i), tekom oktobra in novembra so se začeli zaostrovati preostali zaščitni ukrepi (omejevanje gibanja najprej med regijami in ponoči, nato tudi med

² Dne 27. januarja 2020 je takratni premier odstopil s položaja (Vlada Republike Slovenije, 2020k), dne 13. marca je bila imenovana nova desnosredinska vlada.

³ V besedilu uporabljamo ženski slovnični spol v generični obliki, tj. nanaša se na vse spole. Tam, kjer je možno, uporabljamo tudi spolno nevtralne izraze (npr. oseba).

občinami; omejitev zbiranja na javnih prostorih, razen, če gre za vožje družinske članice ali članice skupnega gospodinjstva; prepoved zbiranja ljudi v zavodih s področja vzgoje in izobraževanja, prekinitev delovanja javnega potniškega prometa ipd.) (Vlada Republike Slovenije, 2020j). V drugi polovici oktobra se je izvajanje elektivnih zdravstvenih storitev ponovno zaostri: prilagodilo se je število specialističnih pregledov, prekinilo izvajanje preventivnih zdravstvenih storitev, razen operativnih posegov s stopnjo nujnosti »nujno« in »zelo hitro«, onkoloških storitev ter obravnave nosečnic, porodnic in novorojenčic, ter nekaterih preventivnih storitev (Ministrstvo za zdravje, 2020c). V januarju 2021 so se vzporedno z začetkom cepljenja proti COVID-19 zaščitni ukrepi pričeli postopoma (a v omejenem obsegu, npr. z ohranitvijo prepovedi zbiranja ljudi izven gospodinjstva in ožjih družinskih vezi) sproščati, najprej regijsko, nato za celotno območje Slovenije (Vlada Republike Slovenije, 2021).

1.2.

Zaščitni ukrepi in ranljive družbene skupine

Ob razglasu pandemije na globalni ravni so se kmalu začela vrstiti opozorila o občutljivosti in ranljivosti situacije, povezane s COVID-19 in zaščitnimi ukrepi za zamejevanje pandemije v nacionalnih okvirih, za potencialne zlorabe človekovih pravic in poslabševanja obstoječih družbenih in drugih oblik neenakosti. Amon in Wurth (2020) tako v širši (virtualni) zasedbi opozarjata na potencialna omejevanja pravic in krepitve avtoritarnih vladavin, ki izhajajo iz vpeljevanja karantene oziroma izolacij ter praks, ki omejujejo svobodo gibanja; Browne, Banerjea in Bakshi (2020) opozarjajo na naraščajočo prekerizacijo tako v smislu amplifikacije že predhodno obstoječe prekernosti kot tudi splošnega obsega prekernosti. Podobno izpostavljata tudi Milan in Treré (2020), sicer predvsem v povezavi s svetovnim Jugom, pri čemer specifično izpostavita tudi pojav t. i. »podatkovne revščine«, na ozadju katere poglobljanje družbenih neenakosti v obdobju pandemije COVID-19 ostaja nevidno. Agencija Evropske Unije za temeljne pravice (FRA) je v aprilu 2020 izdala podrobnejši pregled učinkov zaščitnih ukrepov, povezanih s COVID-19, za obdobje februar – marec 2020, na specifične, še posebej ranljive skupine, kamor je vključila osebe, ki so nameščene v institucionalnih ustanovah (ustanove izvendružinske vzgoje, institucije za prestajanje kazni zapora, azilni domovi), osebe s posebnimi potrebami, brezdomne osebe, starejše osebe, Rome ter ženske in otroke, ki so izpostavljeni tveganju pojavnosti družinskega nasilja (FRA, 2020). Ob posamičnih ranljivih skupinah se izpostavlja še intenziviranje diskriminacije (še posebej rasizma in ksenofobije) (ibid.).

Zaščitni ukrepi, še posebej ukrep fizičnega distanciranja in omejevanja socialnih stikov na enoto gospodinjstva, imajo raznolike učinke na različne družbene skupine. Raziskovalke, ki se ukvarjajo s preučevanjem pandemskih situacij, opozarjajo na to, da je smiselno razločevati

med primarnimi oziroma neposrednimi učinki pandemije in z njo povezanih zaščitnih ukrepov na eni strani ter sekundarnimi oziroma posrednimi učinki pandemije. Za prve velja, da gre za učinke, ki neposredno izhajajo iz dejstvenosti pandemije (npr. okužba), za druge pa, da gre za učinke, ki so pravzaprav posledica poskusov spoprijemanja s pandemijo (npr. izguba zaposlitve zaradi zaustavljanja javnega življenja; otežen dostop do zdravstvenega sistema zaradi preprečevanja preobremenitve zdravstva) (gl. npr. Ye idr., 2020; Garfin, 2020). Eden izmed pomembnejših učinkov pandemije kot take ter zaščitnih ukrepov povezanih z njo je tudi porast težav z mentalnim zdravjem, pa tudi zlorab prepovedanih substanc. O tem priča poročilo Ameriškega centra za nalezljive bolezni (CDC) (Czeisler idr., 2020), ki kaže na izrazit porast simptomov depresije (za približno 400 %), anksioznosti (za približno 300 %) ter suicidalnosti (za približno 200 %) v primerjavi z istim obdobjem leta 2019. Še več, izrazit porast omenjenih težav je še posebej izrazit med mladimi, v starostni skupini 18–24 let (pa tudi med manjšinskimi etničnimi in rasnimi skupinami) (ibid.), kar na kvantitativni ravni nenazadnje in v grobem pritrjuje ugotovitvam kvalitativne raziskave Raziskovanje osebnih strategij za upravljanje vsakdanjega življenja v izrednih razmerah (Kamin idr., 2020; gl. tudi Perger idr., 2021), ki ugotavlja, da »pandemski čas« ne teče za vse enako in da so v tem oziru mlajše starostne skupine, najverjetneje zaradi njihove potencialne večje intenzivnosti socialnega življenja in vpetosti v raznolika socialna področja in institucije, bolj izpostavljene negativnim afektivnim obremenitvam, ki se porajajo v obdobju pandemije COVID-19, čeprav je raziskovalni fokus socialne izolacije in osamljenosti prevladujoče usmerjen na starejše skupine ob predpostavki njihove večje izpostavljenosti socialni izolaciji (gl. npr. Cornwell, 2009; Courtin in Knapp, 2017).

S tega ozira se diferenciran pristop k preučevanju učinkov pandemije in z njo povezanih zaščitnih ukrepov kaže kot ključnega pomena za naslavljanje in preseganje t. i. podatkovne revščine (Milan in Treré, 2020) z namenom natančnega identificiranja ranljivih skupin in dejavnikov, ki obstoječe neenakosti in ranljivosti intenzivirajo oziroma amplificirajo, ter z namenom ustrežnejšega načrtovanja zaščitnih ukrepov, njihovega komuniciranja z različnimi javnostmi ter oblikovanja učinkovitih podpornih sistemov (Choi in Powers, 2020; Kamin in Perger, 2020; Ihm in Lee, 2021; Kamin idr., 2021;).

Na ozadju tega, še posebej z ozirom na učinek amplifikacije že obstoječih družbenih neenakosti v obdobju pandemije, se v pričujoči raziskavi osredotočamo na položaj transspolne skupnosti v Sloveniji v obdobju razglašene epidemije med prvim valom strožjih zaščitnih ukrepov (marec – oktober 2020), v vmesnem obdobju sproščenih zaščitnih ukrepov, ter drugim valom strožjih zaščitnih ukrepov (oktober – november 2020).⁴ Že obstoječe in večinoma kvantitativne raziskave o vplivu pandemije na vsakdanje življenje skupnosti LGBTIQ+⁵ kažejo, da se učinki s pandemijo povezanih dejavnikov odražajo na različnih področjih.

Raziskave iz tujine iz »predpandemskega« obdobja v povezavi z izkušnjami transspolnih oseb izpostavljajo številne neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev (manko strokovnjakinj in ekspertize za trans-specifične zdravstvene storitve) ter na negativne izkušnje transspolnih oseb znotraj zdravstvenega sistema (izkušnje z nekorektno, diskriminatorno obravnavo, nespoštovanje spolne identitete, stigmatiziranje in patologiziranje ipd.) (Edenfield, 2020; Poteat idr., 2020; Signorelli idr., 2020; OutRight Action International, 2020; Wang idr., 2020). Oboje poraja tudi konkretne neenakosti v zdravju, saj se transspolne osebe na ozadju negativnih izkušenj zdravstvenega sistema izogibajo in odlašajo s pregledi (American Psychological Association, 2020; Edenfield, 2020; Herman in O'Neill, 2020; gl. tudi Valentine, 2016). Nekateri raziskave v povezavi s pandemsko situacijo obenem kažejo, da so transspolne osebe zaradi značaja njihovega vsakdanjega življenja (npr. večja izpostavljenost revščini zaradi družbeno proizvedenih težav pri zaposlovanju in nestabilnih zaposlitev; nestabilni stanovanjski pogoji in večja izpostavljenost brezdomnosti) ter zaradi večje pojavnosti nekaterih kroničnih boleznih (npr. astma) in drugih pojavov (npr. kajenje) bolj izpostavljene zdravstvenim komplikacijam v primeru okužbe s COVID-19 (Egale, 2020; Herman in O'Neill, 2020; Human Rights Campaign Foundation, n.d.; TGEU, n.d.); druge raziskave kažejo, da so v primerjavi s splošno populacijo transspolne osebe (oziroma skupnost LGBTIQ+ kot taka) tudi bolj zaskrbljene glede morebitne okužbe (Egale, 2020), strah pred okužbo pa lahko deluje tudi kot dejavnik izogibanja dostopanja do zdravstvenega sistema (Flentje, 2020; Gibb idr., 2020; van der Miesen, Raaijmakers in van de Grift, 2020).

V skupnosti LGBTIQ+ se v večji meri v primerjavi s splošno populacijo kaže porast brezposelnosti oziroma poslabšanja ekonomske situacije, vključno z ogroženim dostopom do hrane (Drabble in Eliason, 2021; Movement advancement project – MAP, 2020; Kidd idr., 2021), več težav z usklajevanjem poklicnega in zasebnega življenja (MAP, 2020), več težav z mentalnim zdravjem (Kidd idr., 2021; Gato idr., 2021; Moore in dr., 2021; Drabble in

⁴ Ker je bilo terensko delo v okviru raziskave zaključeno v decembru 2020, sproščanja zaščitnih ukrepov v drugem valu epidemije (januar 2021) nismo zajele v raziskavo.

⁵ LGBTIQ+ se nanaša na lezbijke, geje, biseksualne in transspolne osebe, interspolne osebe, kvir osebe ter druge nenormativne spolne in seksualne identitete (+).

Eliason, 2021), tudi zaradi omejenega dostopa do resursov, ki sicer delujejo kot pomembni odbijači (Gato idr., 2021), ter zaradi večje izpostavljenosti stresnim dejavnikom (npr. bivanje v okoljih, ki so nepodporna ali manj podporna v povezavi s spolno identiteto) (Moore idr., 2021). Raziskava, ki so jo opravile Kidd in dr. (2021), tudi kaže, da o večji pojavnosti stresa poročajo tiste, ki so v obdobju pandemije ostale brez podpore skupnosti oziroma LGBTIQ+, še bolj specifično za primer transspolnih oseb, brez podpore transspolne skupnosti; enako velja za transspolne osebe, ki so v obdobju pandemije doživele zamik ali odpoved hormonske terapije (ni pa statistično pomembnih razlik v doživljanju stresa pred in med pandemijo v primeru izkušnje odpovedi oziroma zamika trans-specifičnega kirurškega posega med pandemijo). O podobnem pomenu skupnostne podpore in vplivu manka te podpore oziroma občutka izoliranosti od prijateljskih odnosov LGBTIQ+ na psihosocialno stanje LGBTIQ+ mladih poročajo tudi Gato idr. (2021). Za pričujočo raziskavo je še posebej pomenljiv podatek tudi to, da transspolne osebe (43.8 %) poročajo o oteženem dostopu do trans-specifičnih zdravstvenih storitev v času pandemije in z njo povezanih zaščitnih ukrepov, pri čemer jih večina (33 %) poroča o tem, da so doživele zamik v prejemanju oziroma zamik v začetku prejemanja hormonske terapije, v manjši meri (11 %) pa poročajo o tem, da so bile že načrtovane operacije odpovedane ali prestavljene (Kidd idr., 2021). V učinkih pandemije COVID-19 in z njo povezanih zaščitnih ukrepov glede na specifično spolno identiteto sicer ni opaznih statistično pomembnih razlik med transspolnimi binarnimi in nebinarnimi osebami (ibid.).

Obstoječe raziskave stanja zdravstvenega sistema (izven obdobja pandemije COVID-19) v relaciji s transspolnimi osebami se sicer prevladujoče osredotočajo na perspektivo transspolnih oseb, zanemarljivo pa se – zagotovo pomemben – vidik zdravstvenih akterk. Obstoječe raziskave njihove perspektive v splošnem kažejo, da se soočajo s številnimi ovirami pri izvajanju zdravstvene oskrbe transspolnih oseb, pri čemer se najpogosteje izpostavlja 1) manko seznanjenosti z možnimi posegi in storitvami, 2) manko vednosti o obravnavi transspolnih oseb, 3) manko vednosti o transspolnosti v formalnem izobraževanju, 4) pomanjkanje samozavesti za obravnavo transspolnih oseb, 5) nepoznavanje ostalih in transspolnim osebam naklonjenih specialistk in drugih strokovnjakinj (Snelgrove idr., 2012; Vance idr., 2015). Večina zdravstvenih akterk, kot kažejo raziskave, tako trdi, da je obravnavi transspolnih oseb naklonjena – identificirane ovire so bolj institucionalnega kot subjektivnega značaja (gl. npr. Rowan idr., 2019), kar v delu nasprotuje ugotovitvam iz zornega kota transspolnih oseb, ki neredko poročajo o izkušnjah diskriminacije in negativnih stališč ter predsodkov na strani strokovnjakinj, s katerimi prihajajo v stik tekom obravnave (Seelman in Poteat, 2020).

Raziskovalna vprašanja

Na tem ozadju nas v pričujoči raziskavi zanimajo izkušnje transspolnih oseb v obdobju epidemije COVID-19, ki je bila v Sloveniji razglašena v obdobju marec – maj 2020 ter od oktobra 2020 naprej. Pri tem se osredotočamo na njihove izkušnje z zaščitnimi ukrepi kot takimi, na njihove izkušnje z zdravstvenim sistemom pred obdobjem epidemije COVID-19 z namenom pridobivanja vpogleda v siceršnje stanje na področju zdravstvene obravnave transspolnih oseb, ter med epidemijo COVID-19 (s poudarkom na medicinsko tranzicijo) z namenom analiziranja morebitnega amplificiranja že obstoječih težav v dostopanju do zdravstvene obravnave, ter na njihove strategije in vire spoprijemanja z zdravstvenim sistemom, pomembno zaznamovanim s cisnormativnostjo. Obenem nas zanima tudi sicer pogosto raziskovalno zanemarjena perspektiva akterk v širšem polju zdravstva, in sicer njihova percepcija obstoječega stanja na področju medicinskega vidika procesa potrditve spola oziroma medicinske tranzicije ter, specifično, njihova percepcija stanja zdravstvenega sistema v povezavi s transspolnimi osebami v obdobju pandemije COVID-19. Raziskovalna vprašanja so tako sledeča:

- I. Kako transspolne osebe doživljajo zaščitne ukrepe, povezane s COVID-19 z ozirom na obdobje marec – maj 2020, ko je v veljavi bila zaustavitev javnega življenja (t. i. »lockdown«), še posebej z ozirom na naslednje situacije vsakdanjega življenja: a) morebitna vračanja v družinska oziroma primarna okolja, b) otežen dostop do skupnosti LGBTIQ+ in njenih podpor, in c) otežen dostop do zdravstvenih storitev?
- II. Kakšne so izkušnje transspolnih oseb z zdravstvenim sistemom pred razglasitvijo pandemije, še posebej z ozirom na zdravstvene storitve, povezane s postopkom potrditve spola?
- III. Kakšne so izkušnje transspolnih oseb z zdravstvenim sistemom v obdobju zaščitnih ukrepov, povezanih s COVID-19, še posebej z ozirom na ukrep odpovedi nenujnih zdravstvenih posegov?
- IV. Kako se transspolne osebe spoprijemajo z dostopom do zdravstvenega sistema, tudi z ozirom na epidemijo COVID-19 in še posebej s fokusom na zdravstvene storitve, povezane z medicinsko tranzicijo?
- V. Kako zdravstvene strokovnjakinje percipirajo zdravstveni vidik postopka potrjevanja spola glede na obstoječe stanje in smernice tega področja?
- VI. Kako zdravstvene strokovnjakinje percipirajo stanje zdravstva v obdobju razglašene epidemije COVID-19 z ozirom na zdravstvene storitve, povezane s postopkom potrditve spola?

Vzorec, metodologija in analiza

V raziskavi smo uporabile 1) metodo snežne kepe za vzorčenje transspolnih oseb, pri čemer smo se oprle tudi na nevladne organizacije LGBTIQ+, ter 2) namensko vzorčenje za udeleženske iz polja zdravstva ter udeleženske iz polja relevantnih nevladnih organizacij (tj. zdravstvene strokovnjakinje in strokovnjakinje za področje transspolnosti v okviru nevladnih organizacij), ki omogoča ciljno pridobivanje udeleženk glede na vnaprej vzpostavljene kriterije in raziskovalne parametre (Moser in Korstjens, 2018). Metoda snežne kepe je ustaljena metoda za vzorčenje oziroma pridobivanje udeleženk iz sicer težko dosegljivih marginaliziranih družbenih skupin (Brečko, 2005). Udeleženkam smo razposlale vabilo za sodelovanje v raziskavi, s specifikacijo namena raziskave in oblike sodelovanja (fokusne skupine, poglobljeni intervjuji) ter pogoje sodelovanja in dolžnosti raziskovalke. Po začetni potrditvi zainteresiranosti za sodelovanje so udeleženske prejele formo informiranega soglasja s podrobnejšim opisom poteka sodelovanja, pogojev sodelovanja, pričakovanj v zvezi s sodelovanjem ter dolžnosti raziskovalke. Na ta način smo zagotovile, da so udeleženske raziskave imele na voljo zadostno količino časa za premislek o sodelovanju. Osnovni vključitveni kriteriji za sodelovanje v raziskavi za transspolne osebe so bili sledeči:

1) starost 18 let ali več, 2) bivanje v Sloveniji, 3) transspolna identiteta in 4) vključenost v medicinski vidik postopka potrditve spola (ne glede na fazo). Vključitveni kriteriji za sodelovanje v raziskavi za ekspertke iz relevantnih nevladnih organizacij so bili sledeči: 1) aktivnost v okviru nevladne organizacije LGBTIQ+ in 2) delo na področju transspolnosti. Vključitveni kriteriji za sodelovanje v raziskavi za ekspertke iz relevantnih z zdravstvom povezanih polj so bili sledeči: 1) aktivnost v okviru z zdravstvom in s transspolnostjo povezanih polj zdravstva, ali neposredno (tj. neposredna aktivnost v okviru trans-specifične zdravstvene obravnave) ali posredno (tj. aktivnost v širšem polju zdravstva, in sicer na ravni oblikovanja politik javnega zdravstva v splošnem, ki odzvanjajo tudi v smernicah za področje transspolnosti).⁶

Čeprav smo pri vzorčenju skušale zasledovati načelo heterogenosti v primeru transspolnih oseb, nam v vzorec ni uspelo pridobiti uravnoteženega števila transspolnih žensk, ki so v tej raziskavi posledično podreprezentirane. Vzorec transspolnih oseb tako v večji meri sestoji iz transspolnih moških in spolno nebinarnih oseb. V namen zagotavljanja vsaj minimalne reprezentiranosti transspolnih žensk smo tekom raziskave poleg fokusnih skupin ponudile tudi možnost opravljanja individualnih poglobljenih intervjujev zaradi izkaza nelagodnosti deljenja svojih izkušenj v skupinski zasedbi s strani kontaktiranih transspolnih žensk. Nivo odzivnosti transspolnih oseb je sicer bil visok. Končni vzorec sestoji iz skupno 12 transspolnih

⁶ Celoten vzorec sodelujočih oseb je na voljo v prilogi A.

oseb, pri čemer je deset oseb sodelovalo v okviru treh fokusnih skupin, dve osebi pa v okviru poglobljenih intervjujev. Med njimi se jih osem identificira kot moških, tri kot spolno nebinarne osebe in ena kot ženska; sedem med njimi je študentk oziroma dijakinj, tri osebe so zaposlene, dve pa nezaposlene. Povprečna starost enajstih oseb, za katere imamo podatek o točni starosti, je 24,7 let (mediana je 25 let), ena oseba je prosila za beleženje starosti v širšem okviru (28+ let) zaradi dodatne zaščite anonimnosti. Poleg neuravnotežene reprezentiranosti po osi spolnih identitet, vzorec vsebuje še pomanjkljivost nadreprezentiranosti transspolnih oseb iz urbanega okolja: med intervjuvanimi transspolnimi osebami le ena oseba poroča, da trenutno živi v ruralnem okolju.

Nekaj več težav smo imele pri vzorčenju ekspertk iz polja zdravstva, kjer je bila stopnja odzivnosti nekoliko nižja: tekom namenskega vzorčenja je bil pripravljen seznam identificiranih zdravstvenih strokovnjakinj, tudi takšnih z izkušnjami z zdravstveno obravnavo transspolnih oseb (ne glede na raven zdravstvene obravnave) (9), vse so prejele vabilo k sodelovanju v raziskavi po elektronski pošti. Izmed devetih strokovnjakinj so štiri osebe izrazile zainteresiranost za sodelovanje v raziskavi, ena pa pogojni interes ob možnosti izvajanja intervjuja s posebnimi pogoji (vnaprej poslana pisna vprašanja s pisnim odzivanjem strokovnjakinje).⁷ Pri vzorčenju nevladnih strokovnjakinj se s posebnimi težavami nismo soočale, stopnja odzivnosti je bila visoka.

S transspolnimi osebami smo tako izvedle tri fokusne skupine z desetimi udeleženkami: v prvi fokusni skupini so sodelovale štiri osebe, v drugi in tretji pa v vsaki tri osebe. Manjše fokusne skupine so še posebej uporabne v primeru preučevanja kompleksnih in občutljivih tematik, hkrati pa zaradi manjše zasedbe omogoča tudi pridobivanje bolj detajlnih podatkov (Moser in Korstjens, 2018). Manjša sestava fokusne skupine se priporoča tudi v primeru virtualne izvedbe, četudi mestoma za ceno manjše raznovrstnosti idej, ki se porajajo med izvedbo skupin (Lobe in Morgan, 2020). V namen izvedbe fokusnih skupin je bil predhodno pripravljen protokol za izvedbo fokusnih skupin s smernicami za vprašanja in vsebinske sklope. Z dvema transspolnima osebama, zdravstvenimi strokovnjakinjami ter nevladnimi strokovnjakinjami so bili izvedeni poglobljeni intervjuji. V namen izvedbe intervjujev je bil predhodno pripravljen polstrukturiran vprašalnik z odprtimi možnostmi tem in vsebinskih sklopov, glede na specifične pozicioniranosti strokovnjakinje v polju zdravstva oziroma področja nevladnih organizacij. Vprašalniki oziroma protokoli so bili predhodno pilotno testirani, še posebej z vidika vsebinske relevantnosti za transspolne osebe.

.....

⁷ Z namenom zagotavljanja konsistentnega raziskovalnega procesa smo možnost predhodnih pisnih vprašanj in podajanja pisnih odgovorov zavrnile.

Zaradi epidemiološke situacije so bile fokusne skupine in intervjuji v celoti izvedeni s pomočjo platforme Zoom. S podvzorcema transspolnih oseb in nevladnih strokovnjakinj se pri izvajanju intervjujev in fokusnih skupino preko Zooma s težavami nismo srečevale, pri zdravstvenih strokovnjakinjah pa smo mestoma naleteli na minorne tehnične težave (npr. neuspešen dostop do povezave), ki pa smo jih uspešno odpravile. Intervjuji in fokusne skupine so bile izvedeni v novembru in decembru 2020 in so bili avdio posneti ter nato dobesedno prepisani oziroma transkribirani, med transkribiranjem pa smo sproti odstranjevale morebitne označevalce identitete (anonimizacija), vsaka oseba pa je prejela oziroma si je izbrala psevdonim, ki ga bomo uporabljale v primeru navajanja izseka intervjuja oziroma fokusne skupine (z izjemo zdravstvenih strokovnjakinj). Po končanem transkribiranju smo transkripte večkrat prebrale z namenom identificiranja ključnih vsebinskih poudarkov iz podatkov samih (induktivno kodiranje), ki smo jih dodajale pričakovanim vsebinskim poudarkom, identificiranih na osnovi pregleda že obstoječih raziskav (deduktivno kodiranje), v sklopu širših kategorij pa smo induktivno dodajale kode in podkode na podlagi analiziranega materiala, pri čemer smo zaradi kompleksnosti podatkov in prepleta tem uporabljale simultano kodiranje (Braun in Clarke, 2013). Podatke smo analizirale s pomočjo programske opreme za analizo kvalitativnih podatkov. Zaradi treh različnih podvzorcev (transspolne osebe, nevladne strokovnjakinje, zdravstvene strokovnjakinje), ki jih lahko združimo v dve osnovni perspektivi (perspektiva transspolnih oseb – na individualni ravni ter na splošni ravni s pomočjo uvida nevladnih strokovnjakinj) smo vzpostavile kodirno shemo na dveh oseh, in sicer eno za perspektivo transspolnih oseb, ki združuje podatke, pridobljene v okviru fokusnih skupin in intervjujev s transspolnimi osebami, ter podatke, pridobljene v okviru intervjujev z nevladnimi strokovnjakinjami; ter drugo za perspektivo zdravstvenih strokovnjakinj za podatke, pridobljene v okviru intervjujev z zdravstvenimi strokovnjakinjami. Tekom raziskovalnega procesa smo sledile Etičnemu kodeksu za raziskovalce Univerze v Ljubljani (2014).

V nadaljevanju predstavljamo ključne ugotovitve raziskave, in sicer v štirih večjih vsebinskih sklopih: 1) doživljanje zaščitnih ukrepov s strani transspolnih oseb, 2) izkušnje transspolnih oseb z zdravstvenim sistemom pred epidemijo COVID-19, 3) izkušnje transspolnih oseb z zdravstvenim sistemom med epidemijo COVID-19, ter 4) načini in viri spoprijemanja transspolnih oseb z zdravstvenim sistemom, pri čemer bomo večji poudarek namenile drugemu, tretjemu in četrtemu vsebinskemu sklopu. Tam, kjer je vsebinsko relevantno, bomo perspektivno transspolnih oseb, vključno s perspektivo nevladnih strokovnjakinj, dopolnjevale s perspektivo zdravstvenih strokovnjakinj (percepcija obstoječega stanja na področju medicinskega vidika postopka potrditve spola; percepcija stanja zdravstvenega sistema v obdobju epidemije COVID-19).

3.

TRANSSPOLNE OSEBE IN DOŽIVLJANJE PANDEMSKE SITUACIJE IN Z NJO POVEZANIH ZAŠČITNIH UKREPOV

V tem sklopu nas zanima, kako so transspolne osebe doživele pandemsko situacijo in z njo povezane zaščitne ukrepe, upošteva neenakomerno distribuirane negativne učinke pandemске situacije, za katero študije kažejo, da težijo k amplifikaciji že obstoječe neenakosti. Podatke obravnavamo v štirih večjih podsklopih, pri čemer se nanašajo izključno na izkušensko dimenzijo transspolnih oseb, torej vključujejo podatke iz fokusnih skupin s transspolnimi osebami ter intervjujev s transspolnimi osebami in strokovnjakinjami iz nevladnih organizacij LGBTIQ+ za širši vpogled v situacije transspolnih oseb.⁸

3.1.

Ekonomska in stanovanjska situacija

Transspolne osebe z ozirom na ekonomsko in stanovanjsko situacijo v obdobju COVID-19 epidemije pogosto poročajo predvsem o poslabšanju ekonomske situacije oziroma 1) o povečanju ekonomske nestabilnosti, ki je v veliki meri posledica izpada dohodka (izgube redne službe, izgube študentskega dela zaradi splošne zaustavitve javnega življenja). O tem npr. poroča Slavko (TG, osebni intervju, 2020),⁹ pri tem pa izpostavlja družinsko (finančno) podporo po partnerkini strani:

„Zame je to pomenilo, da sem izgubil edini vir dohodka. Izgubil sem službo. Sicer pač – delal sem v eni restavraciji, ki se je tik pred lockdownom zaprla in potem, ko smo se selili na drugo lokacijo, ampak ... potem tudi zaradi slabih odnosov z delodajalko v bistvu, sem izgubil to službo, moral sem ... biti – moral sem iti težiti sploh, da sem dobil plačo za februar, da sem imel sploh karkoli. Moja partnerka je tudi izgubila dohodke, tako da so nama finančno pomagali pač njeni ...”

Podobno izpostavlja tudi Matevž (fokusna skupina, 2020), kjer pa vir finančne podpore ni izvorna oziroma biološka družina, temveč t. i. »posvojena družina«, v okviru katere se je prevzelo del stroškov, ki jih Matevž zaradi izgube študentskega dela ni mogel pokriti:

„/.../ takrat, ko se je začela prejšnja karantena, sem izgubil študentsko delo, pri tej se je to ponovilo. Tako da je bila neka ekonomska stiska, čeprav moram reči, da sem imel srečo, da živim z dvema prijateljema / posvojena družina, ki sta lahko potem prevzela del teh stroškov, da nisem šel nazaj v družinsko okolje biološke družine, ampak sem lahko ostal na svojem, v tem stanovanju.”

⁸ Transspolne osebe, ki so sodelovale v fokusnih skupinah in intervjujih, so uporabljene citate tudi »avtorizirale«. T. i. »member check« oziroma »respondent validation« smo uporabile z namenom zagotavljanja korektnosti in ustreznosti reprezentacije pridobljenih podatkov (Hewitt, 2007; Brown, 2010).

⁹ Za označevanje podatkov, pridobljenih v okviru fokusnih skupin s transspolnimi osebami, v nadaljevanju uporabljamo FS; za označevanje podatkov, pridobljenih v okviru poglobljenih intervjujev s transspolnimi osebami (2), v nadaljevanju uporabljamo oznako »TG, osebni intervju«; za označevanje podatkov, pridobljenih v okviru poglobljenih intervjujev s strokovnjakinjami iz nevladnih organizacij, v nadaljevanju uporabljamo oznako »NGO EXP, osebni intervju«; za označevanje podatkov, pridobljenih v okviru intervjujev z zdravstvenimi strokovnjakinjami pa »ZDR EXP, osebni intervju«, pri čemer pri zadnjih dveh skupinah ne ločujemo med posamičnimi intervjuvanimi osebami, temveč podatke, z namenom zaščite anonimnosti, obravnavamo »grupirano« in zgoj s perspektive pozicioniranosti (zdravstvo, nevladna organizacija).

Večja nestabilnost ekonomske situacije zaradi izpada študentskega dela se specifično izpostavlja tudi v povezavi s kritjem stroškov, povezanih s postopkom potrditve spola. Čeprav Alen (FS, 2020) pripoveduje o finančni podpori družine in tem, da nima strahu, da bi ostal brez hrane ali strehe nad glavo, se izpad dohodka ob nemožnosti opravljanja študentskega dela kaže v večji nemožnosti samostojnega kritja s tranzicijo povezanih stroškov, za katere družinska pomoč ne pride v poštev, kar poraja specifični stres pri Alenu:

“Ja, meni še starša načeloma pomagata, tako da nekega strahu, da bi ostal brez hrane ali strehe nad glavo, nimam. Je pa to zame definitivno nek stres, ker sploh si sam plačujem stvari, povezane s tranzicijo. /.../ Kar pa pride – pridejo razne proteze, zdaj bom si spet zamenjal dokumente, ker sem si prej pustil staro ime in zdaj zaradi tretiranja družbe sem ugotovil, da to ne gre skozi in me je ponovna vloga sama stala 130€. In pač – so neki taki stroški, ki v bistvu niso standardi in bi rabil nek dohodek za njih. V bistvu zaradi tega, ker se na začetku s starši sploh nisem mogel pogovarjati o tem. In sem pač vedel, da – že sploh pogovarjati o trans je bil problem, sploh, da bi jih prosil za neko pomoč, sploh na začetku ni bila nobena opcija. Zdaj je vse skupaj boljše, ampak se še vedno nekako ne počutim tako da bi rekel, ej, za to pa bi rabil zdaj denar.”

Ob ekonomski situaciji nekatere osebe poročajo tudi o naraščajoči 2) negotovosti stanovanjske situacije, pri čemer to velja predvsem za tiste osebe, ki so pred pandemijo živele ali v izvendružinskih vzgojnih institucijah ali v študentskih domovih, ki so se v skladu z odlokom vlade o začasni prepovedi zbiranja ljudi v zavodih s področja vzgoje in izobraževanja zaprle. Nekatere izmed sodelujočih oseb v tem oziru pripovedujejo o neželenih vračanjih v manj podpirna družinska okolja, npr. Tony (FS, 2020), ki je pred pandemijo bival v stanovanjski skupnosti, v skladu z odlokom pa se je ta oblika namestitve zaprla, Tony pa se je najprej vrnil v družinsko okolje k materi, nato k očetu, v vmesnem času med enim in drugim valom epidemije pa nazaj v stanovanjsko skupino. Ključno je pravzaprav to, da so vsa ta okolja zaznamovana s transfobijo (z izjemo bivanja pri očetu), Tony pa je tako večinoma le prehajal med bolj v manj nepodpornimi okolji (stanovanjska skupnost,¹⁰ bivanje pri materi), dokler ni pred drugim valom začel živeti na svojem, skupaj s partnerko:

“To je v bistvu stanovanjska skupnost, če jo poznate, to je v bistvu dom za najstnike s težavami, jaz sem bil tam notri [anonimizirano] in sem zdaj na svojem /.../ in se je potem v bistvu vse zaprlo in sem šel direkt domov. V bistvu sem šel k očiju, ki me v bistvu podpira, tako da mi ni bilo tako bad, sem bil tudi pri mami, kar je bilo slabše. Ampak ni bilo toliko slabo. Potem sem pa šel v bistvu v dom, kjer pač ... sem v bistvu – tam še nisem bil toliko v tranziciji oziroma še nisem bil toliko out, tako da sem v bistvu

¹⁰ Tony (FS, 2020) v tem oziru poroča tudi o izkušnjah transfobije v okviru stanovanjske skupnosti: »Se delajo, da so zelo, da ful podpirajo, ampak v bistvu res ne /.../ velikokrat je tudi prišlo, da bi mene kot 'kaznovali' za kakšne stvari, da bi me začeli klicati po starem imenu, ker pač to, da so me klicali po mojem imenu je bilo kao 'darilo', ker sem priden«.

bil navajen, da še nisem toliko sprejet /.../ Zdaj, midva z mami imava konflikte zaradi različnih stvari /.../ tako da je precej stresno doma tudi zaradi drugih stvari. Jaz sem se v bistvu bolj umikal, no, probal sem biti čim manj v kontaktu, v konfliktu z njo. Je v bistvu stresno zaradi več stvari, poleg tega, da sem trans.

O podobnem vračanju v manj podporno družinsko okolje pripoveduje tudi Cimet (FS, 2020), ki se je ob zaprtju študentskih domov v prvem valu epidemije (marec – maj 2020) vrnil v domače okolje, pred tem pa je ravno začel prejemati hormonsko terapijo, kar je predstavljalo nezanemarljiv vir konfliktov v družinskem okolju:

Ja, ko je bil prvi val, mi je bilo vse skupaj dosti scary, ker nisem niti vedel, kaj se bo zgodilo /.../ strah me je bilo, nisem vedel, kaj se bo zgodilo. Pa moral sem iti iz doma in jaz sem lih lani, torej 2019, sem šel v dom. In najprej sem bil skoraj vsak vikend doma, dokler nisem začel s hormonsko januarja, potem pa sem vse manj hodil domov, pač, zaradi tega, ker smo se doma zelo skregali okoli tega. Ampak marca sem bil to, dva meseca na testosteronu, nisem imel še toliko ... izrazitih sprememb. In sem šel domov /.../ in se spet navaditi na to, da sem 24 ur na dan doma /.../ in je bilo malo težko navigirati situacijo doma, še posebej prve par dni, tednov, sem imel – je bilo konfliktno z mojim fotrom.

Obdobje drugega vala so nekatere osebe pričakale precej boljše »praktično« pripravljene: lekcije prvega vala so bile osvojene in s tega ozira so transspolne osebe uspešno izkoristile možnost izjem, ki jih je dovoljeval odlok o prepovedi zbiranja v zavodih s področja vzgoje in izobraževanja in so ali zaradi izogibanja ogrožanja ranljivih oseb v domačem okolju ali zaradi manj podpornega družinskega okolja uveljavljale izjemo, ki jim je dopuščala, da v drugem valu kljub začasnemu zapiranju zavodov, ostajajo nameščene v njih:

Ja, jaz sem v študentu, zdaj sem v študentu, tako da sem pač ... se boril z vlado, da lahko ostanem doma v tistem času – ja, moj dom je moj študent. /.../ Tako, da – v prejšnji pa tudi zdajšnji karanteni je bil to ta največji stres, ko so nas hoteli vreči ven. Am, sicer se je to potem uredilo, nekako, mislim, noben več ni preverjal zares oziroma uprava nam je rekla, da lahko tukaj ostanemo. So potem tudi dodajali neke te izjeme (Alen, FS, 2020).

Večja ekonomska in stanovanjska negotovost pa ni značilna za vse udeleženske raziskave: manjšina pripoveduje o 3) ohranjanju ali celo povečevanju siceršnje ekonomske varnosti (npr. z rednim prejetjem preživnine, z ohranitvijo že obstoječe zaposlitve ali z novo zaposlitvijo med samo epidemijo), druge pa pripovedujejo o 4) stabilni stanovanjski situaciji, ki je epidemija ni prizadela. S tega vidika se izpostavlja predvsem samostojno bivanje v okviru intimnopartnerskega razmerja ali sostanovalstva, ki je ne le stabilno z vidika stanovanjske

situacije kot take, temveč tudi podporno okolje LGBTIQ+:

“ Tako da to, no, na srečo živim v [večjem mestu] in nimam stroškov s flatom. Kar je zelo velika olajšava. Tako da nisem bil prisiljen iti v neko nasilno družinsko okolje (Nejc, FS, 2020). ”

“ Imam to srečo, da živim s sostanovalko, ki je tudi del LGBT skupnosti. To je zelo pomagalo, iskreno, brez tega bi bile stvari precej slabše, tako pa vsaj nisem bila sama doma ¹¹ (Maja, osebni intervju, 2020). ”

Na kratko, za večjo skupino transspolnih oseb je doživljanje zaščitnih ukrepov, povezanih s COVID-19, obremenilno z vidika naraščajoče stanovanjske in ekonomske negotovosti, manjšina pa poroča o vzdrževanju ekonomske in/ali stanovanjske varnosti oziroma stabilnosti, še posebej v primeru predepidemske zaposlenosti in različnih oblik skupnega življenja z drugimi LGBTIQ+ osebami.

3.2.

Dostop do LGBTIQ+ skupnosti

Bivanje v podpornem okolju LGBTIQ+ – vključno z drugimi LGBTIQ+ osebami – je vsaj v delu nadomeščalo siceršnji izpad LGBTIQ+ skupnostnih dogodkov in podpore zaradi začasne prepovedi zbiranja oziroma zamejitve socialnega življenja na članice istega gospodinjstva. Nekateri transspolne osebe v tem oziru 5) ne pripovedujejo o občutku manka skupnosti LGBTIQ+, predvsem zaradi tega, ker že pred epidemijo vanjo niso bile vpete v večji meri:¹²

“ Moram iskreno reči, da ne tako zelo. Ker nisem zelo aktiven v skupnosti zadnja leta. Mogoče ima to tudi kaj s starostjo veze, ko sem bil mlajši, sem bil definitivno bolj prisoten, malo tudi sprememba načina življenja /.../ grem vsake toliko časa [na skupnostne dogodke], da vidim ljudi, mi je prijetno, ne bi pa rekel, da sem zaradi tega čutil ful – da sem nekaj ful konkretnega izgubil v tistem momentu (Timotej, FS, 2020). ”

“ Ja, mislim, jaz v resnici nisem doživel nekega pomanjkanja. Načeloma se ne gibljem ravno ful v LGBTIQ+ krogih, že kar nekaj časa, tako da name ni imelo trenutno nobenega vpliva (Jakob, FS, 2020). ”

Predvsem za mlajše osebe in osebe, ki so še v postopku potrditve spola, je bil 6) izpad LGBTIQ+ skupnostnih dogodkov v njihovih različnih oblikah (socialni dogodki, transspolna podpora

¹¹ Prevod iz tujega jezika, v katerem je potekal intervju, v slovenščino je avtoričin.

¹² V teh primerih gre večinoma za nekoliko starejše osebe, osebe, ki živijo v jasno podpornem okolju LGBTIQ+, npr. s partnerko, ter osebe z že zaključenim postopkom potrditve spola.

skupina, psihosocialne storitve ipd.)¹³ bolj obremenjujoč, pri tem se še posebej izpostavlja izpad dogodkov oziroma srečanj, organiziranih v okviru podporne skupine za transspolne osebe:

“Ja, meni je dosti pomenila ta trans skupina od [NGO], odkar sem se preselil v [večje mesto] /.../ vsakič, ko je bila, sem bil tam. Mislim, da v teh treh letih in pol, štirih, mislim, da sem mogoče trikrat manjkal. Am, je bil res tak moj support sistem, se dobiti vsake dva tedna, se pogovarjat o tem, kaj se dogaja, malo slišati druge, ja /.../ so mi res manjkale te skupine, ker ... ja, če se na nekaj navadiš in je tri leta eno in isto, potem, če se kar naenkrat konča, je kar dosti vpliva bilo, no (Dylan, FS, 2020).”

Poleg podporne skupine za transspolne osebe so nekatere izpostavile tudi manko psihosocialnih storitev oziroma svetovanj, ki so se jih udeleževale v okviru nevladnih organizacij: te so sicer bile v nekem delu prenesene v virtualna okolja, a nekatere osebe niso imele ustreznih pogojev za svetovanja v virtualni obliki:

“Ja, jaz hodim na primer tudi na svetovanja na [NGO] in se ful nisem, nisem imel prostora, kjer bi lahko imel online svetovanje, ker pač v študentu so vseeno bili ljudje in se nisem počutil ok, da bi me kdo slišal ali karkoli, tako da v bistvu več mesecev nisem imel svetovanja in potem se mi je zdelo, da na eni točki sem kar začel čutiti ponotranjeno transfobijo /.../ vem, da sem se en dan prav zavedal – prav tako, da mi res manjka to, da bi šel na en dogodek, kjer bi se počutil ok (Alen, FS, 2020).”

Otežen dostop do tovrstnih storitev v okviru ali skupnosti LGBTIQ+ (na ravni nevladnih organizacij) ali v okviru zdravstvenega sistema (o čemer več v nadaljevanju) je še toliko bolj problematičen z ozirom na intenzifikacijo težav z mentalnim zdravjem, še posebej z ozirom na večjo pojavnost tesnobe. O tem pričajo tako individualne pripovedi transspolnih oseb kot tudi pripovedi strokovnjakinj iz nevladnih organizacij:

“Mislim, trenutne stiske – v prvem valu se je pokazalo, je bilo ... malo je zanihalo navzdol, to, kar se pa zdaj v drugem valu dogaja, to pa je – jaz v takem stanju nisem delala še nikoli in z vidika tega, da jaz praktično nimam oseb, ki so, za katere bi znala reči, da če imam danes svetovanje, vem, da bo do naslednjega tedna ok. Da pač ne bo nobene hujše krize in tako naprej. Trenutno in z vidika mojih uporabnikov in z vidika tega, koliko veliko se novih oseb obrača na mene ali pa starih oseb, s katerimi smo že zaključili obravnavo, a ponovno rabijo, je trenutno, kar se tiče mojega dela, izredno stanje /.../ Trenutno je zelo obsežno, no (NGO EXP, osebni intervju, 2020).”

¹³ Nekateri dogodki so se sicer prestavili v virtualna okolja, kar je po pripovedih delovalo tudi precej decentralizirajoče – dogodki in podporne storitve, ki so sicer prevladujoče dostopne le v glavnem mestu, so zdaj – ob krčenju prostorskih razdalj – postali širše dostopna: »Sicer je ful fajn, ker je večja dostopnost za ljudi, ki niso iz [večjega mesta], so lahko šli na te dogodke, kar je fantastično« (Slavko, TG, osebni intervju, 2020).

Že omenjenim potencialnim dejavnikom negativnega doživljanja pandemske situacije in z njo povezanih zaščitnih ukrepov se pridružuje tudi 7) specifična politična situacija. Namreč, v Sloveniji je bila dan po razglasitvi epidemije imenovana nova, 14. vlada, ki je deloma poznana po svojih konservativnih političnih usmeritvah, ko gre za teme in področja, povezana z skupnostjo LGBTIQ+ (gl. npr. Mencin Čeplak, 2005a, 2005b; Mencin Čeplak in Kuhar, 2010; Kuhar, 2015; Vezovnik, 2015; Maljevac in Gobec, 2017). Na podlagi podatkov lahko identificiramo različna področja, v katerih je sovpadanje omenjene politične situacije s pandemsko delovalo kot negativen dejavnik doživljanja tega obdobja, in sicer: neučinkovita vladna komunikacija, percepcija zaščitnih ukrepov kot nezadostnih ali neustreznih (tudi z vidika spregleda še posebej ranljivih skupin in vključno s percipirano nepripravljenostjo na drugi val epidemije), dvom v utemeljenost zaščitnih ukrepov ter zaskrbljenost pred potencialnim izkoriščanjem epidemije,¹⁴ te percepcije pa spremlja občutek, da se bo stanje pravzaprav še slabšalo, ter občutek nemoči za kakršno koli (politično) delovanje, ki je bilo močno omejeno ravno zaradi zaščitnih ukrepov, povezanih s COVID-19.

“ Jaz se tudi strinjam z vsem, meni je v bistvu, se mi zdi, da ko se je začela karantena, sem doživel res nek občutek anksioznosti, da pač nič ne morem narediti zares, da gre vse v maloro in ... da bo, ne vem, pač, imel sem take fore, da bojo res uvedli ta nek novi obvezen vojaški rok in da bom pristal nekje v vojski potem. In potem sem sicer dobil tolažbo, da sem verjetno že prestar za to, ampak vseeno [smeh]. Je bilo bolj na čustveni ravni (Nejc, FS, 2020). ”

O tako percipirani nepripravljenosti vlade na drugi val epidemije pripovedujeta npr. Jakob (FS, 2020) in Slavko (TG, osebni intervju, 2020), pri čemer slednji jasno izpostavlja tudi element negativne čustvene obremenitve zaradi sovpadanja pandemske s politično situacijo menjave vlade ter občutka nemoči:

“ /.../ sploh med poletjem, da v resnici niso ničesar planirali za naprej, kot da ne bo prišel še drugi val. Ker recimo sploh glede na to, da so bile šole takrat že preko spleta, smo zdaj v resnici v istem položaju in nič se ni spremenilo od takrat in še vedno ni lih prav dobro. Že to je en tak resen pokazatelj tega. Poleg tega pa itak že vladi sami po sebi ne zaupam, tako da tudi tisti ukrepi, ki so se mi zdeli mogoče na mestu, sem na momentu podvomil v njih samo zaradi tega, ker jih je ta fucking vlada ven dala. In vse te afere in vse to, mislim, ne vem, to je bilo ... pač, samo sranje, no. Se mi zdi, da me je tudi – toliko,

¹⁴ Podobno se kaže tudi v okviru kvalitativne raziskave izkušenske dimenzije pandemske situacije (gl. Kamin idr., 2021) ter kvantitativne raziskave, v kateri avtorja ugotavljata, da je za Slovenijo že sicer značilna nizka stopnja zaupanja, v obdobju pandemije pa so anketirane osebe še največ zaupanja izkazovale zdravnicam in civilni zaščiti, najmanj pa množičnim medijem in vladi (Hafner-Fink in Uhan, 2021).

kolikor me je COVID, mislim, kolikor je COVID psihično vplival name, je name psihično vplivalo tudi to, da je ta vlada prišla, to me je res psihično ful zjebalo, pa še zaprli so nas v hiše, da ja nismo mogli nič in je bilo res naporno, no.



3.4.

Povzetek

V kontekstu doživljanja pandemije COVID-19 in z njo povezanih zaščitnih ukrepov se kaže, da kot izpostavljeni dejavniki obremenilnega doživljanja pandemske situacije izstopata ekonomska in stanovanjska negotovost (vključno s: selitvijo, bivanjem v institucionalnih oblikah namestitve, npr. študentski dom, institucionalne izvendružinske vzgojne ustanove; bivanje v LGBTIQ+ nepodpornem okolju). Udeležene osebe so izpostavljale tudi otežen dostop do skupnosti LGBTIQ+, tako v smislu dostopanja do socialnih dogodkov kot tudi do bolj specifičnih podpor, ki so na voljo v okviru skupnosti LGBTIQ+ (svetovanja, medvrstniška podpora, transspolna podpora skupina). Kot poseben dejavnik obremenilnega doživljanja pandemske situacije se izpostavlja tudi specifičnost politične situacije: razglasitev epidemije je namreč sovpadla s formiranjem nove, 14. vlade, ki je desno politično orientirana in znana po svojih konservativnih stališčih v povezavi z skupnostjo LGBTIQ+ kot tako in temami, ki so zanjo relevantne, nelagodje pa poraja percepcija neučinkovite vladne komunikacije, nezadostnih zaščitnih ukrepov, dvom v utemeljenost ukrepov ter občutek nemoči in zaskrbljenost zaradi potencialnega izkoriščanja epidemske situacije. Preplet teh dejavnikov, vključno z negotovo ekonomsko situacijo – zagotovo pa tudi ostalih, ki jih v raziskavi nismo uspele identificirati – poraja, sodeč po pripovedih sodelujočih oseb, tudi večjo pojavnost težav z mentalnim zdravjem, predvsem v smislu večje tesnobe, skupaj z občutkom nemoči (še posebej v povezavi s politično situacijo). V redkejši meri transspolne osebe izpostavljajo stabilno stanovanjsko situacijo (npr. sobivanje z drugo LGBTIQ+ osebo), ekonomsko varnost in neobčutenje manka skupnosti LGBTIQ+.

V tem sklopu se osredotočamo na splošne izkušnje transspolnih oseb v zdravstvenem sistemu: pregled teh splošnih izkušenj bo neizogibno vsaj delno vključeval tudi že izkušnje z zdravstvenim sistemom v okviru medicinskega vidika postopka potrjevanja spola. Te izkušnje namreč predstavljajo eno izmed poglobitnejših dimenzij interakcij z zdravstvenim sistemom, se jim pa podrobneje posvečamo (tudi) v naslednjem vsebinskem sklopu. V Sloveniji v splošnem primanjkuje raziskav, ki se neposredno osredotočajo na transspolne osebe; ena izmed manjših anket v izvedbi ene izmed nevladnih organizacij (Koletnik, 2019) na manjšem vzorcu 113 oseb, starih med 14 in 50 let, v obdobju februar – maj 2019 kaže, da transspolne osebe poročajo o doživljanju naslavljanja z napačnimi zaimki (50 %), o izkušnjah nepoznavanja osnovnih informacij s področja transspolnosti s strani zdravstvenih akterk (48 %), o izkušnjah z invazivnimi in neprimernimi osebnimi vprašanji s strani zdravstvenih akterk (37 %), o izkušnjah z jasno izraženim pomanjkanjem znanja o transspolnosti za posamično strokovno področje zdravstvene akterke (36 %), o izkušnjah z naslavljanjem z napačnim imenom (35 %) ter o izkušnjah z neprimernimi komentarji o telesu oziroma delih telesa (27 %). Raziskava iz leta 2018, ki se je osredotočala na vsakdanje življenje skupnosti LGBTIQ+ kot take, kaže, da ima 58% mladih LGBTIQ+ izkušnje s prikrivanjem lastne spolne in/ali seksualne identitete v kontekstu zdravstvenih storitev; v tem oziru ne preseneča, da je 54 % LGBTIQ+ oseb mnenja, da je večja informiranost zdravstvenih akterk glede pravic in potreb LGBTIQ+ oseb eden izmed elementov, ki bi jim omogočil, da bi bolj udobno živele kot LGBTIQ+ oseba v Sloveniji (Perger, Muršec in Štefanec, 2018).

Omejen vpogled, ki nam ga nudi omejen nabor raziskav v Sloveniji, pritrjuje ugotovitvam podobnih raziskav v tujini. Sistematični pregled raziskav na pričujočo temo kaže, da se v kontekstu izkušenj transspolnih oseb z zdravstvenim sistemom najpogosteje izpostavljajo predvsem naslednje teme: pomen znanja, komunikacije ter odnosnih dinamik, pri čemer prevladujeta predvsem pomen znanja in izobraževanja zdravstvenih akterk. Ti dve temi sta najpogosteje izpostavljeni tako v smislu manka vednosti zdravstvenih akterk kot tudi v smislu potrebe po prevzemanju izobraževalne vloge s strani transspolnih oseb (Hengidr. 2018). Ta isto pomembna tema je tudi komunikacijska dimenzija zdravstvenega sistema, ki se izpostavlja v smislu sprejemanja, spoštovanja in afirmiranja spolne identitete (ibid.). Povedano bolj specifično, v pozitivnem smislu se komunikacijska dimenzija izpostavlja v smislu odsotnosti obsojanja, v rabi ustreznih zaimkov in imena, v profesionalnosti in senzitivnosti, npr. v rabi spolno nevtralnega besedišča za opisovanje družbenospolno zaznamovanih delov telesa; v negativnem smislu pa v rabi neustreznih terminov, rabi napačnega imena in zaimkov, v smislu negotovosti na strani zdravstvene akterke ipd. (ibid.). V kontekstu odnosnih dinamik se izpostavlja občutek ranljivosti, odvisnosti od zdravstvenih »vratark« (*gatekeepers*) ter občutek manka psihosocialne podpore, nezanemarljivega pomena pa so tudi splošne systemske in

institucionalne lastnosti zdravstvenega sistema (npr. dolge čakalne vrste), tudi z ozirom na trans-specifične zdravstvene storitve (npr. odsotnost ustaljenih politik in praks) (ibid.).

Druge raziskave poročajo tudi o občutku nevidnosti (neprepoznavanja, neafirmiranja spolne identitete), o teži odgovornosti, ki se poraja vzporedno s prevzemanjem izobraževalne vloge, ter o tehtanju stroškov in koristi, ko gre za prakse razkrivanja spolne identitete v zdravstvenem sistemu, tj. razmislek o posledicah razkritja glede na morebitne »koristi« in »škodo« (Persson Tholin in Brostrom, 2018). V tem oziru Vermeir idr. (2018) poročajo tudi o konkretnih ovirah dostopanja do zdravstvenega sistema, ki jih doživljajo transspolne osebe in ki se odražajo tudi v slabšem zdravstvenem stanju transspolnih oseb glede na splošno populacijo, pri čemer je nezanemarljivega pomena tudi akumulacija t. i. »mikro izkušenj marginalizacije in diskriminacije«, ki poraja akumulativen negativen učinek, ko gre za dostopanje do zdravstvenih storitev: »Mnogi čutijo, kot da zdravstveni sistem deluje proti njim, saj se konstantno srečujejo z ekstenzivnimi čakalnimi dobami, težavami pri dostopu, mankom trans-prijaznih klinik in resursov ter s kontinuiranimi izkušnjami vsesplošne diskriminacije« (ibid., str. 240).

V nadaljevanju obravnavamo izkušnje transspolnih oseb v zdravstvenem sistemu izven obdobja epidemije COVID-19, tudi s pomočjo perspektive ekspertk iz nevladnih organizacij, delujočih na področju transspolnosti. Izkušnje analiziramo v naslednjih večjih vsebinskih podsklopih, in sicer: korektne izkušnje z zdravstvenim sistemom, ambivalentne izkušnje z zdravstvenim sistemom in negativne izkušnje z zdravstvenim sistemom.

4.1.

Korektne izkušnje v zdravstvenem sistemu

Transspolne osebe v manjši meri pripovedujejo o korektnih izkušnjah v zdravstvenem sistemu. Najpogosteje so te povezane z 1) zdravstveno obravnavo na primarni ravni (tj. interakcije z osebno zdravnico). Slednje sicer ne preseneča, saj imajo osebe pri izbiri osebnih zdravnic še največ maneverskega prostora, kar pomeni tudi, da se v tem kontekstu lahko še v največji meri zanašajo tudi na praktično vednost, ki je že prisotna v transspolni skupnosti glede trans-prijaznih zdravstvenih akterk. Kar je še bolj povedno glede percepcije splošne klime v zdravstvenem sistemu v relaciji s transspolnostjo je to, da se te korektne izkušnje obravnava predvsem v smislu »loterije« oziroma »sreče«, naključja, kar priča o tem, da je korektna obravnava bolj stvar izjeme kot pa pravila:

„/.../ res, ampak glede zdravnikov na sploh, to je ful loterija. Lahko imaš ful srečo, lahko pa imaš ful nesrečo. Jaz sem imel to srečo, da razen [anonimizirano] sem imel dosti v redu, mislim, vsi odnosi z zdravnikom. Tako da – to sem imel, to srečo (Cimet, FS, 2020).“

Imam pa veliko srečo, da imam super osebno zdravnico, ki se ful angažira in pač mi da vse ali pa še več, kar rabim, no (Slavko, TG, osebni intervju, 2020).¹⁵

Izkušnja korektne obravnave se percipira kot presenetljiva, nepričakovana »zmaga«, ki zasluži praznovanje – v nasprotju s pričakovanji, ki so pomembno zaznamovana in obremenjena s pričakovanji transfobije, kar je razvidno iz spodnjega izseka pripovedi (NGO EXP, osebni intervju, 2020):

/.../ to sem hotel reči, da je ful zanimivo, kako smo vsi prijetno presenečeni, ko imamo dejansko korektno obravnavo in da smo tako – vau, to je bilo pa ful dobro! Zadnjič mi je en povedal, po prvi shot je šel in so prišle tri sestre in zdravnica so bile vse ful prijazne do njega, ful korektne, ga vprašale, če ga boli, če kaj rabi, res uno, v vatko so ga zavile in res so bile ful srčne in ful čudovite in smo bili vsi tako – fak, stari, katera zmaga, vsi smo praznovali skupaj z njim!

Tudi če osebe pripovedujejo o neredkih korektnih izkušnjah, velja pri tem imeti v mislih, da se »korektnost« ali pa »pozitivnost« izkušenj ocenjuje tudi na podlagi odsotnosti »grozних izkušenj«, torej na podlagi precej 2) nizkih parametrov pričakovanj oziroma anticipacij: ker transspolne osebe pogosto pričakujejo (in neredko tudi utemeljeno), da bodo znotraj zdravstva doživele transfobijo, je sama odsotnost »grozних transfobnih« izkušenj, ki pa še ne nujno implicira v celoti pozitivno obravnavo kot tako, zadosti, da se izkušnja ovrednoti kot pozitivna:

Jaz tudi v bistvu – če potegnem črto, tudi nimam nekih grozних izkušenj z zdravstvom, kakor je bilo že rečeno (Nejc, FS, 2020).

Kljub temu pa ostaja dejstvo, da se najpogosteje o pozitivnih izkušnjah poroča v relaciji s primarno ravno, tudi na ozadju izmenjevanja vednosti in informacij o tem, katere osebne zdravnice so tiste, ki so trans-prijazne, čemur pritrjuje tudi splošni uvid nevladne strokovnjakinje (NGO EXP, osebni intervju, 2020):

V splošnem so izkušnje slabe, kar se tiče na ravni osebnih zdravnic in zdravnikov, se mi zdi, da so dokaj ok, ampak zato, ker se je ponovno razvedlo, katere osebne zdravnice so v redu in vse osebe želijo iti tja.

¹⁵ Zaradi zaščite anonimnosti posamičnih zdravstvenih akterk, ki so omenjene in izpostavljene v izbranih citatih transspolnih oseb, slovnični spol zdravstvene akterke ne odraža nujno dejanskega spola slednje. Skratka, ko se citat transspolne osebe navezuje na konkretno zdravstveno akterko, uporabljamo slovnični spol, ne glede na spol te konkretne akterke; to tudi pomeni, da smo v sicer dobesedno transkribirane fokusne skupine in intervjuje oziroma citate posegale do te mere, da smo mestoma spreminjale slovnični spol. Enako velja za vse prihodnje citate s strani transspolnih oseb, pa tudi za citate s strani zdravstvenih strokovnjakinj (ZDR EXP) in nevladnih strokovnjakinj (NGO EXP), kjer v citatu uporabljeni slovnični spol ne odraža nujno dejanskega spola intervjuvane zdravstvene akterke in nevladne strokovnjakinje.

Ključno za pozitivno vrednotenje izkušenj z zdravstvenim sistemom se kaže tudi to, kar podobne raziskave imenujejo »odnosne dinamike«, torej 3) angažiranost zdravstvene akterke, tudi v smislu preseganja lastnih mankov (npr. pomanjkanja vednosti o transspolnosti z angažiranim dodatnim samoizobraževanjem) – v tem oziru velja še izpostaviti, da se redko poroča o tem, da se na primarni ravni srečuje z osebnimi zdravnicami, ki bi že v izhodišču v zadostni meri poznavale področje transspolnosti z vidika specifik zdravstvene obravnave:

“ /.../ imam fantastično izkušnjo z osebno zdravnico, ki prej ni nič vedela o tem, pa se je hotela naučiti in je ful pomagala (Matevž, FS, 2020). ”

Nejc v kontekstu kirurškega polja, ki zna biti še posebej občutljivo zaradi izpostavljenosti telesne dimenzije, izpostavi tudi zelo korektno izkušnjo v specialističnem polju, ki priča o pozorni in 4) senzibilni obravnavi, saj je kirurg izrecno popazil na zaščito zasebnosti in integritete spolne identitete v povezavi s spolno zaznamovanimi genitalijami:

“ Me je pa v bistvu presenetilo, ker sem imel operacijo na travmatološki lansko leto /.../ in me je v bistvu ta kirurginja poklicala na samo, še sestre je poslala ven, da pač, če se ne strinjam s tem, da je kdorkoli v sobi razen nje zaradi mojih spolovil, da naj povem, da bo ona sama tam oziroma toliko ljudi, kolikor je potrebno. Tako da je bilo v bistvu – mi ful lepo tako od nje, da je v bistvu pomislila, da mi to mogoče ne bi bilo v redu (Nejc, FS, 2020). ”

O korektni izkušnji, ki se ne nanaša le na zdravnice, temveč na medicinske sestre oziroma zdravstveni kader tega tipa pripoveduje tudi Slavko (TG, osebni intervju, 2020):

“ /.../ potem sem imel manjšo operacijo in je bilo ok /.../ overall je bil kar ok. Odnos je bil kul, tudi s strani sester, sem bil ful prijetno presenečen. So prišle kar hngat k meni, ful so bili korektni vsi, res je bilo nice, no. ”

O podobni izkušnji v kontekstu izrazito spolno zaznamovane zdravstvene (ginekološke) obravnave pripoveduje tudi Alen (FS, 2020), tekom katere je ginekologinja prepoznavala intenzivnost spolne disforije in z občutljivostjo skušala slednjo tudi blažiti oziroma nuditi podporo:

“ /.../ me je ful na nek način vodila skozi, je bila tako – lej, samo še sekundica, samo še to, lej, takoj bo in me je ves čas pomirjala in me je probala nekako, ne vem, ves čas mi je zagotavljala, da bo hitro minilo, da bo naredila minimalno, kar mora, da vidi, da mi je res hudo, tako da sem imel pozitivno negativno izkušnjo, v bistvu /.../ se mi je zdelo že to, da ni bila na nek način – ‘daj, potrpi to, kaj se zdaj tu nekaj ...’, ampak je imela res tak odnos, v redu, prav vem, da mi je enkrat rekla, da vidi, da sem res v stiski, ”

ampak da bova poskusila to urediti, kolikor hitro se da.



Poleg angažiranega pristopa k področju trans-specifične zdravstvene obravnave se v kontekstu korektnih izkušenj z zdravstvenim sistemom izpostavlja tudi 5) raba ustreznih zaimkov in imena:

“ /.../ zdaj sem hodil k tej osebni zdravnici, ki je prišla nazaj z bolniške in je tudi dosti spoštljiva, zmeraj me pokliče prav, ve tudi zadosti o tej temi in tudi, ko sem šel na previjanje, je bila v redu in tako (Dylan, FS, 2020). ”

Tudi zobozdravstvene storitve ter izrazito spolno zaznamovane zdravstvene storitve so (čeprav v manjši meri) izpostavljene v kontekstu korektnih izkušenj – o tem poroča npr. Matevž (FS, 2020), ki je v interakcijo izrazito spolno zaznamovanim zdravstvenim poljem vstopil s pričakovanji zagat in težav zaradi njegove spolne identitete, ki pa se tekom obravnave »presenetljivo« niso izpolnile:

“ Veliko sem bil v sistemu, ker sem imel težave z rodili, tako da sem bil v tej spolno zaznamovani situaciji /.../ Pa sem imel presenetljivo tako – glede na spolno zaznamovano situacijo, bi rekel, da sem bil prijetno presenečen, je bilo bilo veliko tega, da so – po tem, ko sem jim povedal, ko sem se outiral – da je bilo ok. Sem imel na začetku dosti predsodkov, a bo to šlo čez ali ne, tako da sem bil ful vesel za to. ”

V kontekstu korektnih izkušenj tako velja izpostaviti: 1) pomen primarne zdravstvene ravni, ki se pogosteje izpostavlja v smislu korektnosti izkušenj, tudi če so te izkušnje v nasprotju s pričakovanji in četudi se obravnavajo v smislu »sreče« in presenečenja, ter 2) odnosne dimenzije v smislu občutljive in trans-senzitivne obravnave (npr. z ozirom na spoštovanje zasebnosti, spoštovanja spolne identitete z ustrezno rabo imena in zaimkov, ter 3) angažiranost zdravstvene akterke v smislu samoizobraževanja o področju transspolnosti in s tem povezanih zdravstvenih storitev.

4.2.

Ambivalentne izkušnje

Z »ambivalentnimi izkušnjami« imamo v mislih predvsem tiste mejne izkušnje v zdravstvenem sistemu, ki jih ni mogoče v celoti označiti kot pozitivnih, hkrati pa tudi niso doživete kot (bolj) negativne izkušnje. V ta sklop lahko uvrstimo t. i. 1) »slabe dobronamerne prakse«, torej prakse, ki jih sicer poraja »dober namen« – prakse, ki »hočejo« biti dobre, podporne, spoštljive –, a jim, tudi na ozadju spontanosti in vseprisotnosti vsaj subtilnejše transfobije v kontekstu cisnormativnega družbenega reda, to vsaj v delu spodleti, a zaradi dobrega namena, ki poganja to prakso, izkušnja ni doživeta kot docela transfobna. Razbiranje ali pa pripisovanje dobrega namena na strani zdravstvene akterke je tako tista, ki lahko poraja

večjo »toleranco« transspolnih oseb za takšne spodletele dobronamerne prakse. O takšnih izkušnjah pripoveduje npr. Timotej (FS, 2020) in Maja (TG, osebni intervju, 2020):

“ Saj potem se mi je zgodilo, da me je ena medicinska sestra – je čutila potrebo, da mi pove »a veste, ko vas pogledam, sploh ne bi uganila«. Kar v bistvu – mislim, hvala ali kaj, mislim ... je pa ni kompliment, v resnici. Ker ni bilo izzvano, noben je ni nič vprašal. In pač je čisto nepotrebno in neprimeren komentar. Mogoče ga smatram kot manj invazivnega, ker je bil pozitivno mišljen, ampak zdaj – če bi bil komentar » a veste, ko vas pogledam, pa nikoli ne bi mislila, da ste moški«, bi to izpadlo precej drugače. Tako da to.

Urologinja je ... bolj osebna. In zelo seksistična. V zelo tipičnem cis-het seksističnem smislu /.../ hoče se socializirati in povedati smešne šale, ampak te vedno zgrešijo cilj in so vedno nekako seksistične ali pa celo transfobne in ona tega ne pošteda in se res samo želi socializirati, to res lahko vidiš. Ona samo hoče biti prijazna, zabavna oseba z zabavnimi šalami, da sprosti ozračje. ”

Poleg slabih dobronamernih praks lahko v kontekst ambivalentnih izkušenj z zdravstvenim sistemom umestimo tudi t. i. 2) nelagodne situacije, ki sicer niso nujno transfobne same po sebi, porajajo pa s spolno identiteto povezano nelagodje na strani transspolnih oseb. O takih situacijah se pripoveduje predvsem v kontekstu radiologije oziroma, še bolj specifično, v kontekstu ultrazvokov abdomna, o čemer pripoveduje npr. Jakob (FS, 2020):

“ Bolj je to, da zdaj imam dostikrat kakšne ... kakšna malo bolj nelagodna srečanja, ker moram pri kakšnem ultrazvoku trebuha povedati, za kaj se gre. Ker – to se mi je zgodilo na zadnjem ultrazvoku trebuha, ker je pač ta zdravnica me čudno pogledala in sem rekel 'ja, ja, maternico in jajčnike imam'. In je bila tako 'aha, veste! Potem pa ni problema'. Pač, take stvari se potem dogajajo. ”

Te situacije, ki sicer v primeru ambivalentnih izkušnjah, ostajajo mejne, vsebujejo nelagodje, pa tudi potencial za transfobijo, torej za izpeljavo mejnih v negativne izkušnje, o čemer pričajo podatki, ki jih obravnavamo v naslednjem podpoglavju. Ravno ta potencial izpeljave mejne v negativno izkušnjo je tisti, ki poraja nelagodje teh situacij in njihovo ambivalentnost.

4.3.

Negativne izkušnje z zdravstvenim sistemom

Transspolne osebe izpostavljajo številne in raznovrstne izkušnje transfobije in druge negativne izkušnje, ki so jih doživele v svojih interakcijah z zdravstvenim sistemom. Transspolne osebe v kontekstu 1) izkušenj s transfobijo pripovedujejo o izkušnjah z *eksotizacijo*, s pojavom, ko so transspolne osebe s strani raznolikih zdravstvenih akterk obravnavane kot eksotičen pojav, kot »zbirateljski hobi« – tega so v veliki meri deležne predvsem na primarni ravni, s strani

osebnih zdravnic in drugega zdravstvenega osebja. Dejstvo, da se obravnava transspolnih oseb percipira kot eksotičen, torej redek, izjemen pojav, priča predvsem o nevidnosti transspolnih oseb, njihovi spregledanosti in nerazkritosti, ki sta posledici cisnormativnega ustroja družbenega in s tem tudi zdravstvenega reda. Priča o tem, da zdravstvena obravnava transspolnih oseb ni »vsakdanji« pojav, temveč »anomalija«, ki se kot taka vzpostavlja na ozadju cisnormativnih predpostavk. O tem pripovedujeta npr. Timotej (FS, 2020) in Alen (FS, 2020):

“ /.../ pustimo te razne cirkuške šale – meni se je dejansko zgodilo, da ena zdravnica, ki je nadomeščala mojo, da je pač ‘oh, vi pa ste že ta drug njen [transspolni] pacient, jaz pa nimam nobenega’, mislim, lego figurice. Ona ima dva, jaz pa nimam nobenega, mislim, a ti kakšnega prijatelja pošljem, da bo še pri tebi en?

/.../ zrihtal sem si zdravnico v [večjem mestu], ker sem se zavedal, da bom od tiste točke dalje rabil večkrat zdravnico, in ko sem prišel tja, je bila zelo navdušena, da ona pozna samo Salome. In da je njej to ful vau /.../ in zdaj so pač obe [zdravnica in medicinska sestra] ful korektni, še vedno je sicer malo ta – vau, trans je nazaj! /.../ Pač, ne vem, kot neka žival v neki, v živalskem vrtu v neki izložbi – vau, glejte, kaj so nam pa danes pripeljali!

O podobnih izkušnjah z eksotizacijo se pripoveduje tudi s širše, nevladniške perspektive:

“ /.../ ker ti ful z veseljem vsi povejo, da si ti prva transspolna oseba, ki jo poznajo in se še pohvalijo s tem – in sem tako, seriously? Po vseh teh letih. Ob vsej praksi, ki jo opravljaš, se ti zdi pohvala, da sem prvi človek, za katerega veš, da je trans in to rečeš, kot da je ena stvar, da se počutim kot neka eksotična žival tu, ker ti ne veš, kaj naj delaš z mano (NGO EXP, osebni intervju, 2020).

Poleg eksotizacije transspolne osebe izpostavljajo še neposredno *patologizacijo*, ki je sicer, kot bomo obravnavale tudi v nadaljevanju, pravzaprav sestavni del medicinskega vidika postopka potrjevanja spola. O patologizaciji kot jo je doživel v zdravstvenem (psihiatričnem) polju pripoveduje Tony (FS, 2020). Njegova transspolnost se je tekom psihiatrične obravnave (nepovezane z medicinskim vidikom postopka potrjevanja spola) obravnavala kot mentalna bolezen:

“ Mislim, jaz sem bil dosti pri dohtarici, bolj zaradi psihičnih težav. Bil sem tudi hospitaliziran in tako naprej in dostikrat so to pač obravnavali kot neko mentalno bolezen. Pač, jaz, ko sem se outiral, je tudi mami našla polno izgovorov, zakaj sem pač trans in med tem je bila tudi mejna osebnotna motnja. Ker kao je značilno, da so osebe fluidne.

Ena izmed bolj razširjenih praks, ki odražajo manko spoštovanja spolne identitete, je *raba*

napačnega imena in/ali zaimkov. S strani Matevža (FS, 2020) so te prakse izpostavljene kot »največji haklc« interakcij v zdravstvenem sistemu, kot tista ovira, ki jo je pravzaprav najtežje preseči:

Na splošno v zdravstvu je malo mešano, največji haklc, v katerega se ponavadi, najslabša stvar, ki se jim ne da dopovedati, so zaimki, ne prideš skozi, tudi če sem pojasnil situacijo, pa potem na neki točki itak spustiš, pa rečeš 'ok, pejmo mimo'.

Zdravstvene akterke – na vseh ravneh in različnih profilov, od zdravnic do medicinskih sester – pri rabi napačnih imen in zaimkov mestoma vztrajajo kljub večkratnim razlagam in opozorilom s strani transspolnih oseb, in še več, navkljub vnaprejšnjemu obvestilu o transspolni identiteti posameznice pred samo izbiro osebne zdravnice. Pri nelagodju, ki ga te prakse porajajo, pa imajo nezanemarljivo vlogo tudi drugi spolno zaznamovani termini (npr. »gospodična«) ter »javnost« teh napačnih prepoznav spolne identitete osebe:

/.../ kot sem že omenil, sem obdržal staro ime in je videla staro in novo ime, povedal sem ji, da sem trans, zakaj sem prišel in tudi, ko sem iskal zdravnico, sem povedal, da sem trans in da bom rabil tako oskrbo in da bom rabil zdravnico, ki – da bodo stvari v redu potekale. Ko sem prišel v čakalnico, me sestra ni hotela klicati po novem imenu, me je klicala samo po starem in me je klicala gospodična, čeprav sem ji povedal, da sem trans fant. In to pred celo čakalnico, večkrat, je prišla ven in 'gospodična, prosim, vstopite'. /.../ To mi je bilo še najbolj tako, da je dejansko uporabljala 'gospodična', čeprav sem ji povedal (Alen, FS, 2020).

Nekatere transspolne osebe pripovedujejo tudi o izkušnjah, ko so bile soočene z bolj ali manj direktnimi, pa tudi subtilnejše formuliranimi *zahtevami po legitimizaciji njihove transspolne identitete*. O tem v kontekstu psihiatrične obravnave oziroma hospitalizacije, ki naj bi bila še toliko bolj podpora kot siceršnja zdravstvena obravnava, pripoveduje Dylan (FS, 2020). Teh zahtev je sicer bil deležen predvsem s strani sopicentk, čeprav ga zdravstveni kader pred temi pritiski in zahtevami ni znal zaščititi oziroma ustrezno reagirati in zagotoviti varnejšo situacijo zanj; še več, tudi zdravstveni kader je pravzaprav aktivno zahteval taisto legitimizacijo transspolnosti, v kontekstu skupinskih terapij pa je bil Dylan tudi prisiljen v razkritje in tako izpostavljen situaciji izrazite ranljivosti:

Sem pa šel [v nekem obdobju] v psihiatrično okolje za en mesec, tam pa je bilo ful transfobije. Največ sicer od drugih ljudi, ki so bili z mano na oddelku. Ampak sploh niso, ne vem, tudi od medicinskih sester – so bile ful tako ... 'zakaj hočeš spreminjati svojo naravo' in neka ta vprašanja in so hotele kar debatirati z mano, da to ni ok. Pa niso me znali niti nič zavarovati pred tistimi, ki so me recimo psihično napadli /.../ Pa tudi so me tako ... smo imeli skupinske terapije, kjer nas je bilo 30 ali 25 približno in so

me tako nekako prisilili, da pred vsemi povem, da sem trans in da zagovarjam to, da sem trans, ker so me drugi začeli tako ... 'jaz tega ne razumem, jaz ne verjamem v to' in sem se moral nekako braniti /.../ Tisto je bilo res stresno, en mesec sem bil tam.

Psihiatrično okolje, ki naj bi izraziteje temeljilo na občutku varnosti in zaupanja, je v tem primeru pravzaprav prostor, v katerem druge osebe preizprašujejo legitimnost transspolne identitete – torej prostor, v katerem je transspolnost (in ne cisnormativnost) postavljena pod vprašaj, s tem ko je vzpostavljena kot predmet diskutiranja in debatiranja. O taisti, pa vendarle bolj subtilni in z videzom dobronamernosti prekriti zahtevi po legitimizaciji transspolnosti pripoveduje tudi Alen (FS, 2020) v kontekstu odnosa z medicinskimi sestrami. Njegova izkušnja kaže 1) na to, da se osebe, ki pravzaprav niso poklicane za presojo spolne identitete posameznice, vendarle čutijo poklicane za tovrstne presoje, ter da 2) to poklicanost spremlja občutek »dobronamernosti«, čeprav v jedru razkriva zgolj nepoznavanje pojava transspolnosti in medicinskega vidika transspolnosti, ki ni stvar kozmetičnih intervencij (»pa ti si tako lep, zakaj si to delaš«), temveč stvar potrebne zdravstvene obravnave:

/.../ je prišla ena medicinska sestra, s katero sem se sicer kar v redu ujel v bolnici, takrat še vedno niso bili dovoljeni obiski, tako da sem se v bistvu družil z osebjem, več ali manj. In je prišla noter in 'kaj te lahko nekaj vprašam?' in jaz: 'ja, lahko me vprašaš', 'pa ti si tako lep, zakaj si to delaš?'. In to me je vprašala par ur pred [zgorjnjo] operacijo. In potem sem ji samo rekel, da to delam točno zato, ker sem tako lep /.../ da bi razumeli ljudje, da to ni – da jaz nisem prišel tja na poseg, ker sem grd ali karkoli, ampak pač, ker je to nekaj, kar rabim, da je to neka zdravstvena oskrba, ki jo rabim, ni to nekaj, kar sem se včeraj spomnil, da bi se rad pač malo operiral.

Poleg zahtev po legitimizaciji transspolnosti transspolne osebe pripovedujejo tudi o konkretnih in bolj ali manj nasilnih *vdorih v zasebnost*. Ti vdori v zasebnost zajemajo tako izkušnje posmehovanja in neposrednega »ugibanja« o domnevno »pravilnem«, torej ob rojstvu pripisanem spolu, neposrednih vprašanj v stilu »a si možki ali ženska?«, preverjanja »resničnega« spola v zdravstveni kartoteki, do neposrednega in invazivnega izpostavljanja telesa pogledom drugih. O vseh teh dimenzijah priča sledeča Slavkova pripoved (TG, osebni intervju, 2020):

/.../ jaz pa sem tam na postelji ležal zraven in so se v operacijski pripravljali na mojo operacijo in sem slišal pogovore in pogovori so bili v smislu – 'kaj imamo zdaj to, katerega spola je zdaj to, pa mogoče je pač hermafrodit, ha ha ha' in so tako zbijali šale in se norčevali in potem z nekimi poker face prišli do mene. Kar je najbolj grozno, je to, da /.../ sem slišal ful neko burno razpravo v sobah za sestre /.../ in iz prve me [sestra] vpraša – 'a si ti možki ali ženska?' In sem bil tako – 'dober dan!'. /.../ In potem tam ena

sestra sedi za računalnikom in reče – 'jaz sem pa pogledala v računalnik, pa piše, da imaš Ž, kaj zdaj to pol?'. /.../ Ja, in potem so me še, ko so mi dali tiste stvari za srce meriti, me je tako odkrila celega, da se je ja videlo, ker sem imel še prsa in to in sem se pač nazaj zakril in sem rekel, da naj to fucking bolj diskretno naredi /.../ In realno, mislim, jaz sem šel potem v anestezijo, oni so lahko potem pogledali moje genitalije, ne vem. Kakorkoli. Tako da to je bila by far najhujša izkušnja, ki sem jo imel. ”

Takšni vdori oziroma posegi v zasebnost sicer vključujejo tudi postavljanje neprimernih oziroma neustreznih vprašanj, ki se ne navezujejo na zdravstveno (v tem primeru ginekološko) obravnavo kot tako, npr. vprašanja o intimnopartnerskem življenju in »zadovoljstvu« partnerke z genitalijami transspolne osebe, o čemer (ponovno) pripoveduje Slavko (TG, osebni intervju, 2020):

“ /.../ na ginekološkem pregledu me je vprašala, če je moja partnerka okej s tem, kake genitalije imam jaz. In sem bil tako – excuse you? Zakaj pa tebe skrbi moja romantična, mislim, kaj imaš se ti tu za vtikat, pizda? ”

Eden izmed poglavitnejših in bolj izpostavljenih elementov nekorektne zdravstvene obravnave oziroma negativnih izkušenj v zdravstvu je tudi 2) manko vednosti zdravstvenih akterk. S tem se, sodeč po pripovedih sodelujočih oseb, pravzaprav srečuje na vseh ravneh zdravstvene obravnave, tudi v primeru, ko gre za trans-specifične zdravstvene storitve. Timotej (FS, 2020) spodaj npr. pripoveduje o manku vednosti o osnovni distinkciji med »transspolno žensko« in »transspolnim moškim« v kontekstu radiologije:

“ Onidve sta delali ultrazvok trebuha /.../ in so mi delali ta ultrazvok in človek gleda, gleda, gleda in kar naenkrat se začne nekaj mrščiti in ne vem, kaj. Jaz sem njej vse povedal – da sem v tranziciji, imel pa sem že ime spremenjeno. Vse sem ji povedal, ja, ja, ona nekaj kima, tisti ultrazvok dela, se mršči, reče 'grem jaz še po eno kolegico, saj verjetno ni nič, ampak bova pogledale' in pride še ena kolegica. In obedve gledata in obe se mrščita in jaz tako 'fuck, umrl bom', ne vem, nekaj so mi našli, tumor, ne vem, kaj. In potem reče ena drugi – a je to maternica?? Ljudje božji, jaz sem skoraj umrl od strahu na mizi /.../ A nisi ti zdravnica? /.../ Ne glede na stroko – lahko rečeš človeku trans moški, trans ženska, ne ve, v katero smer to ... smer iz a do b, v katero smer je to? A to pomeni, da se je rodil kot ženska ali to, da je zdaj ženska? Mislim, in to je v zdravstvu problem, da ljudje niti ne vejo, kaj jim razlagaš, ko jim rečeš, da si trans moški, nima pojma, kaj si mu zdaj povedal. /.../ mislim, če bi ona razumela, kaj pomeni, da sem trans moški, bi morala pričakovati, da obstaja šansa, da bo videla maternico na ultrazvoku, ne pa, da je padla v nezavest. Dve zdravnici! ”

Spodnja Dylanova izkušnja (FS, 2020) se nanaša na manko vednosti zdravstvene akterke

glede osnovne distinkcije med interspolnostjo in transspolnostjo, osebe pa pripovedujejo tudi o nepoznavanju bolj trans-specifičnih zdravstvenih storitev, npr. nepoznavanje načinov jemanja hormonske terapije ipd.:

“ Drugače, kar se tiče transfobije in tega, par zdravnic, recimo ena na ultrazvoku, ni vedela sploh, kaj to pomeni, da sem trans in je mislila, da sem interspolna oseba in je bila res ful zmedena, zakaj so me sploh poslali na pregled k njej in ni vedela, kaj napisati in je bila ful tako ... ne vem, je mislila, da sem interspolna. Ampak potem, to je bil ultrazvok trebuha in potem je gledala in je bila tako – pa saj imate vse normalno, imate normalno maternico, normalno vse, jaz ne razumem, zakaj so vas poslali k meni.

Vzporedno z mankom vednosti na strani zdravstvenih akterk so transspolne osebe prisiljene k 3) prevzemanju t. i. »izobraževalnih nalog«, kjer so pravzaprav transspolne osebe tiste, ki izobražujejo zdravstvene strokovnjakinje o transspolno specifičnih zdravstvenih potrebah. Te naloge ne pridejo brez dodatne (afektivne) obremenitve, saj so zaradi prevzemanja odgovornosti, ki ni njihova (skrb za ustrezno zdravstveno obravnavo), naporne za transspolno osebo, obenem pa jo izpostavljajo tudi potencialno ranljivim situacijam. O »privajenosti« na prevzemanje izobraževalne vloge pripoveduje npr. Cimet (FS, 2020), pri čemer izpostavlja, da je informiranje oziroma izobraževanje zdravstvenih akterk manj naporno in obremenjujoče, v kolikor je uokvirjeno v parametrih spoštovanja spolne identitete, tj. v ustreznih odnosnih dimenzijah, pa tudi zato, ker to počne v imenu transspolnih oseb, ki bodo za njim vstopale v zdravstveno obravnavo:

“ Jaz sem se tako navadil na to, razlagati in izobraževati ljudi okoli sebe /.../ Ampak mislim, vseeno so bili spoštljivi. In če ti meni pokažeš spoštljivost, jaz ti lahko razlagam o tem. Ne morem zdaj ful vsega, ker pač vseeno, vseeno je veliko informacij, in ... in sem razložil, kolikor jih je zanimalo, ker se mi zdi pomembno, da oni, ki bodo prišli za mano oziroma za nami, da pač ... da ne bodo mogoče oni spet rabili vse ponavljati.

O obremenjujoči plati te vloge pripoveduje Dylan (FS, 2020) – te izobraževalne ekskurze namreč spremljata ranljivost in strah pred reakcijo zdravstvene akterke:

“ /.../ meni se ne da zdaj razlagati, zakaj so me poslali tja in tja in tja in se dam v to neko ranljivo situacijo, pa potem nikoli ne veš, kako bo oseba odreagirala, pa koliko ve sploh o tej temi in se mi zdi, da vseeno bi morali vsi zdravstveni delavci vedeti, za kaj se gre pri temu, ker ... ja, vseeno te potem postane strah, kako razložiti, kako povedati, zdravniku, pa a bodo razumeli, a bodo lepo odreagirali in tako.

Kot ključni element odsotnosti izkušenj s transfobijo, sodelujoče transspolne osebe v veliki

meri izpostavljajo 4) pomen passinga,¹⁶ tako na ravni spolnega markerja kot tudi na ravni spolnega izraza. Povedano drugače, sodeč po pripovedih intervjuvanih oseb, se transfobiji gre izogniti na način, da se o »resničnosti« spola pušča čim manj dvoma, torej tako, da se v največji meri ustreza matrici spolno zaznamovanih pričakovanj zdravstvenih akterk:

“ Drugače pa da bi imel kakršne koli druge bolj izrazito negativne izkušnje, am ... pač ne, mogoče tudi malo povezano s tem, da v večini socialnih situacij me ljudje pravilno preberejo, ni nekega dvoma in se potem ljudje sploh ne vtaknejo (Timotej, FS, 2020). ”

“ /.../ mislim, zdaj, ko passam, je itak vse ful lažje in je folk, če nič drugega, malo zmeden, ampak je pa to to /.../ sploh, se mi zdi, da v tistem obdobju, ko sem si spremenil dokumente ali pa spreminjal dokumente, pa nisem še passal, takrat mi je bilo res ful grozno (Slavko, TG, osebni intervju, 2020). ”

Drugi način zmanjševanja izkušenj s transfobijo je, paradokсно, odsotnost samih interakcij z zdravstvenim sistemom – tiste transspolne osebe, ki večinoma pripovedujejo o tem, da izkušenj s transfobijo (več) nimajo, so v veliki meri tiste osebe, katerih interakcije z zdravstvenim sistemom so močno zreducirane na vzdrževanje stanja po že končanem medicinskem postopku potrjevanja spola. V tem primeru so interakcije v veliki meri omejene na interakcije z – pogosto podpornimi – osebnimi zdravnicami (npr. za reguliranje hormonske terapije). O tem pripoveduje npr. Timotej (FS, 2020):

“ Mislim, ja, jaz res malo /.../ enkrat, ko si tam, kjer hočeš, to načeloma pomeni samo neke sprotne servise, tako da vsake toliko časa se grem pokazati, malo endokrinologu, malo še komu, ampak nekih hudih interakcij nimam, še največ z osebno zdravnico vsakih 14 tednov za injekcijo. ”

Izkušnje transfobije in njihovi 5) učinki pa ne ostajajo zamejeni le na konkretne situacije, v katerih se doživi transfobija, temveč pomembno in nezanemarljivo zaznamujejo celoten odnos transspolne osebe do zdravstvenega osebja in sistema kot takega. Slavko (TG, osebni intervju, 2020), čigar pripoved o posegih v zasebnost, smo izpostavile zgoraj, pripoveduje, da je na ozadju takšnih in tem podobnih izkušenj izgubil zaupanje v zdravstveni sistem:

“ Sem tudi po tistem videl, kakšne reakcije ima zdravstveno osebje, sem tudi dosti izgubil zaupanje, no, imam res srečo, da imam tako osebno [zdravnico] kot jo imam, da mi malo vpliva upanje. ”

¹⁶ Izraz »passing« se nanaša na tiste situacije, v katerih je transspolna oseba prepoznana v skladu s spolno identiteto (npr. ženska) ob odsotnosti kakršnih koli preizpraševanj spola in/ali statusa transspolnosti. V slovenščini zaenkrat nimamo učinkovitega prevoda, alternativne možnosti so bolj deskriptivne, zato v besedilu sledimo angleškemu izrazu.

Širše družbene izkušnje s transfobijo, pa tudi specifične izkušnje s transfobijo v okviru zdravstvenega sistema, vzpostavljajo tudi *anticipacije transfobije* in tako oblikujejo tudi percepcijo prihodnjih izkušenj oziroma prihodnosti (tj. v bourdieuejskem smislu: to, kar je doživeto v preteklosti, se potrjuje v sedanjosti in pričakuje v prihodnosti). Transspolne osebe tako na ozadju mnogoterih izkušenj s transfobijo v vsakdanjem življenju, vključno z zdravstvenim sistemom, v slednjega vstopajo v »krču« in v pripravljenosti na spoprijem s transfobijo, o čemer se pripoveduje v okviru nevladnega sektorja (NGO EXP, osebni intervju, 2020):

“ Ker je to tako neobičajno, razumeš, da imaš neko korektno zdravniško obravnavo in je to bolj izjema kot pa pravilo, da smo konstantno v krču in pripravljeni na najhujše in si pripravljamo vnaprej responses, ki jih bomo imeli na nekorektno obravnavo. To se meni zdi samo žalostno. ”

Marsikatera transspolna oseba pripoveduje tudi o *izogibanju zdravstvene obravnave* oziroma zdravstvenim storitvam zaradi že doživetih izkušenj s transfobijo oziroma zaradi anticipacije transfobije. O tem pripoveduje npr. Dylan (FS, 2020), s širšega vidika pa tudi v okviru nevladnih organizacij (EXP NGO, osebni intervju, 2020):

“ Jaz sem zmeraj ful odlašal. Tako sem res čakal, če je res potrebno iti tja, k zdravniku, ali bo minilo samo od sebe ali kakorkoli, sem odlašal do zadnjega trenutka in potem sem ful v strahu šel (Dylan, FS, 2020). ”

“ Ena stvar, ki je sicer povezana ne nujno samo s tem strahom, ampak ker je tudi zelo neprijetna za njih, recimo ginekološki pregledi za trans moške /.../ To je ena stvar, ampak tudi na splošno pri drugih stvareh, dokler ni res nujno nujno, se k zdravniku ne gre, zato ker nikoli ne vejo, kaj se bo zgodilo pri zdravniku (EXP NGO, osebni intervju, 2020). ”

Zdravstvena obravnava transspolnih oseb je tako, kot je razvidno iz pripovedi, pomembno obremenjena s strahom in nelagodjem, kar otežuje iskanje zdravstvene pomoči takrat, ko je to potrebno: z zdravstveno obravnavo se mestoma odlašča, dokler se le lahko. Druge sodelujoče osebe pa vendarle pripovedujejo o tem, da kljub negativnim izkušnjam v zdravstvenem sistemu, težijo k temu, da pravočasno poiščejo zdravstveno pomoč, ko je potrebno, nezanemarljivo vlogo pri *skrbi za lastno zdravje* ne glede na siceršnje negativne izkušnje pa imajo prijateljstva LGBTIQ+ oziroma socialna mreža oziroma, še bolj specifično, druge transspolne osebe:

“ /.../ ne morem ti sploh povedati, kolikokrat sem že šel to, da sem jih [druge transspolne osebe] moral prav skurcati ali pa da so drugi mene – daj, stari, zdaj pa poskrbi zase, za tvoje zdravje gre, vem, da je ”

zajebano, boš preživel, ampak moraš poskrbeti za svoje zdravje. To je en ful velik problem pri nas. Ker če se le da, se izognemo temu. Se delamo kot da teh težav, zdravstvenih, nimamo ali kakorkoli in je to res velik problem (NGO EXP, osebni intervju, 2020).

S specifičnimi zagatami se v kontekstu dostopanja do zdravstvenih storitev soočajo tiste transspolne osebe, ki sicer prihajajo iz bolj ruralnih področij in manjših mest, kjer imajo tudi osebno zdravnico. Ta ima namreč pogosto v zdravstveni obravnavi tudi ostale družinske članice. V tem oziru se izpostavlja zagata iskanja zdravstvene oskrbe zaradi strahu pred razkritjem – ali družini ali v lokalnem okolju. O tem pripoveduje npr. Tony (FS, 2020), izpostavlja pa se tudi s širše perspektive nevladnih strokovnjakinj (NGO EXP, osebni intervju, 2020):

Jaz se predvsem izogibam zdravstvenega doma [v manjšem mestu], ker pač ... sem tam – ko imaš tam osebne zdravnice, si tam od nule in pač moja zdravnica, jaz imam še dve starejši sestri in moja mama je ful klepetava in itak ga skoraj celo [manjše mesto] pozna in tudi zdravnica nas točno pozna, aha, ti si pa ta in ta.

Sploh, again, če je to v krajih, kjer – kar ima v Sloveniji ogromno družin, istega osebnega zdravnika kot njihova družina – potem pa se še potencialno malo bolj govori na glas v čakalnicah, 'ja, veste, ta pa je bil ...', torej tudi ta zaupnost je zelo velik problem in zelo velik faktor, pri katerem vem – ki ga ljudje tehtajo, ali se gredo razkriti [pri osebni zdravnici] ali ne.

4.4.

Povzetek

V kontekstu izkušenj z zdravstvenim sistemom transspolne osebe in strokovnjakinje iz nevladnih organizacij v veliki meri izpostavljajo negativne izkušnje, vključujoč izkušnje s transfobijo, manko vednosti, potrebo po prevzemanju pogosto obremenjujoče izobraževalne vloge; izpostavlja se tudi pomen passinga za izogibanje izkušnjam s transfobijo. V kontekstu korektnih izkušenj se najpogosteje izpostavlja primarna raven oziroma osebne zdravnice, kar pravzaprav ne preseneča, saj imajo ravno v tej relaciji transspolne osebe še največ maneverskega prostora in možnosti izbiranja tistih akterk, ki so (bolj) trans vključujoče. V tem oziru transspolne osebe izpostavljajo angažiranost in senzibilen pristop k zdravstveni obravnavi transspolnih oseb, spoštljiv odnos do spolne identitete, kar je razvidno skozi rabo ustreznih imen in zaimkov, ter že v izhodišču zadostno poznavanje področja trans-specifične zdravstvene obravnave ali pa vsaj prisotnost angažiranosti v smeri samoizobraževanja. Med enim in drugim polom – med izkušnjami korektnih obravnave na eni strani ter negativnih izkušenj na drugi strani – obstoji tudi spekter ambivalentnih izkušenj, ki v grobem vključuje spodletele, a dobronamerne prakse, ki največkrat spodletijo zaradi manka osnovnega razumevanja pojava transspolnosti, ter nelagodne situacije, ki jih oseba ne nujno občuti

4.

kot transfobne, porajajo pa s spolno identiteto povezano nelagodje in to predvsem zaradi potenciala za transfobijo. Izkušnje transfobije niso zanemarljive: glede na pripovedi sodelujočih oseb, pomembno uokvirjajo odnos transspolne osebe do zdravstvenega sistema, tudi v smislu izogibanja zdravstveni oskrbi zaradi anticipacije transfobije, s čimer se reproducirajo obstoječe zdravstvene neenakosti.

V tem vsebinskem sklopu obravnavamo podatke v povezavi s perspektivo transspolnih oseb glede medicinskega postopka potrjevanja spola.

Empirični material v nadaljevanju analiziramo po naslednjih sklopih: I) pozitivni vidiki medicinskega dela potrjevanja spola, II) negativni vidiki medicinskega dela potrjevanja spola, ter III) identificirane potrebne spremembe za večjo vključujočnost medicinskega dela potrjevanja spola.

V tem delu v ospredje, podobno kot zgoraj, postavljamo perspektivo transspolnih oseb (tako tistih, ki so sodelovale v fokusnih skupin, kot tistih, ki sta sodelovali v poglobljenem intervjuju) ter perspektivo strokovnjakinj iz nevladnih organizacij, ki so relevantne za področje transspolnosti, priključujemo pa tudi že podatke, pridobljene v intervjujih z zdravstvenimi strokovnjakinjami.

5.1.

Pozitivni vidiki medicinskega dela potrditve spola

Transspolne osebe v okviru pozitivnih vidikov medicinskega dela potrditve spola izpostavljajo sorazmerno malo elementov, še posebej v primerjavi z negativnimi vidiki, ki jih obravnavamo v nadaljevanju. Pri tem še najpogosteje izpostavljajo sploh danost možnosti za izpeljavo postopka potrditve spola, vključno z njegovim medicinskim aspektom, ter 1) danost te možnosti v okviru storitev javnega zdravstva, torej to, da je medicinski del potrditve spola (večinoma) na voljo brezplačno oziroma v okviru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Ta aspekt še posebej izstopi ob primerjavi z nekaterimi drugimi tujimi državami. O tem pripovedujeta npr. Matevž (FS, 2020) in Dylan (FS, 2020):

“Jaz bi v prvi vrsti rekel to, da imamo proces, pa da se da vanj vstopiti, am, se mi zdi, da imamo en velik plus, da je neka pot, po kateri lahko prideš do teh stvari v okviru javnega zdravstva.

/.../ povsod morajo tudi za hormone – ne povsod, ampak večinoma – plačati vsaj neko minimalno, nek prispevek, ker jim zavarovalnica ne krije 100 %. Tako da ... to mi je zelo všeč. Še posebej po tem, ko sem se pogovarjal z drugimi trans aktivisti iz drugih državah, sem se zavedal, da imamo mi kar v redu sistem. Pa tudi drugje ... tudi, če moraš plačati, so čakalne dobe približno iste kot pri nas, se mi zdi.”

Poleg same možnosti vstopa v medicinski proces potrditve spola, sodelujoče osebe v določeni meri izpostavljajo tudi 2) korekten odnos zdravstvenih akterk, odgovornih za ta proces, tako v smislu *odsotnosti transfobije*, kot tudi v smislu *izkaza interesa in razumevanja za področje transspolnosti*. O tem pripovedujeta npr. Cimet in Nejc:

/.../ potem, ko sem bil pri endokrinologinji, ginekologinji, nikoli nisem čutil nič transfobije. Itak pač ... ti ljudje itak delajo veliko s trans ljudmi in pač oni – ona je ful respectala in pač vedno, ko jo vidim, je skoraj pozitivno okolje, kar pač ne vidiš vedno pri zdravnikih, kar je logično. Pač, je pa res, da so sestre ful ful ful v redu (Cimet, FS, 2020).

“Pač, jaz večinoma, kar imam stika z zdravstvom, je itak v povezavi s transspolnostjo oziroma hormoni, tako da ... je tudi malo specifično, ker se vseeno srečuješ z nekimi ljudmi, ki vejo, da si trans in z njimi ni problem (Nejc, FS, 2020).”

Kot pozitivni vidik postopka potrditve spola so transspolne osebe izpostavile tudi 3) »ohlapnejšo« zakonodajo, ki omogoča *hitro pridobivanje potrdila za spremembo markerja* preko upravnih enot brez kakršnih koli invazivnejših medicinskih posegov (npr. genitalne operacije). Tudi ta pozitivni element se izpostavi na ozadju primerjave z nekaterimi tujimi državami, kjer je postopek kompleksnejši (npr. teče preko sodnih organov) in dolgotrajnejši. O tem pripoveduje npr. Cimet (FS, 2020):

“Ja, to je res. To sem tudi jaz opazil, predvsem – mislim, da v Veliki Britaniji, nekdo je imel kakšno leto nazaj ali dve spodnjo operacijo in je šele zdaj lahko spremenil marker, mislim, pa tudi v Ameriki je ful težje. Moraš na sodišče in tako naprej, je cel postopek za to. Pri nas pa dejansko v parih mesecih lahko, evo, lahko si greš spremeniti.”

Nezanemarljivega pomena pri tem je, da ta postopek ni percipiran kot stvar namerne zakonodajne ureditve, temveč predvsem neurejenosti tega področja oziroma »luknje v zakonodaji« (gl. tudi Kuhar, Monro in Takács, 2017 za diskusijo trans državljanstva, ki nastaja v fragmentirani obliki). Postopek spremembe spolnega markerja na uradnih dokumentih (npr. osebni izkaznici) namreč ni reguliran s trans specifično zakonodajo z jasnimi smernicami glede postopka (kot je npr. na Malti z *Gender Recognition Act*), temveč, kot opozarja Jeričević Šušteršič (2020), s Pravilnikom o izvrševanju zakona o matičnem registru, ki sicer zahteva »potrdilo pristojne zdravstvene ustanove ali zdravnika, iz katerega je razvidno, da je oseba spremenila spol«, obenem pa ne specificira, kdo je pravzaprav pristojna zdravnica oziroma zdravstvenega institucija.¹⁷ Podobna ohlapnost in še večja »nenamernost« *proizvajanja zakonodajnih učinkov*, ki se realizirajo v praksi, se izpostavlja tudi v primeru oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), ki je glede na obstoječo zakonodajo na voljo samo raznospolnim parom, pri tem pa (utemeljeno) ne vzpostavlja nobenih distinkcij med ob rojstvu

¹⁷ V praksi to, izpostavlja Jeričević Šušteršič (2020), pomeni, da je pristojna zdravnica v večini primerov psihiatrinja iz interdisciplinarnega konzilija za potrditev spolne identitete, pri čemer mora oseba v namen pravnega priznanja spola pridobiti diagnozo transseksualizma, torej diagnozo duševne motnje. Slovenija se tako, glede na podatke TGEU za 2020, uvršča v skupino 31 (od skupno 41) držav, ki zahtevajo pridobitev diagnoze transseksualizma za spremembo spolnega markerja (TGEU, 2020).

pripisanim spolom ter spolno identiteto osebe oziroma spolnim markerjem. »Nenamernost« učinka obstoječe zakonodaje, ki je na ozadju raznospolne sestave intimnopartnerskega razmerja dostopna tudi v primeru, ko je ena izmed oseb v razmerju transspolna, izpostavi Timotej (FS, 2020):

“Ja, isto kot ta postopek IVF – nama je ta postopek v Sloveniji pripadal, ker imava različne znake na dokumentih, kar je v bistvu luknja v zakonu. Prepričan sem, da tega [aktivist proti dostopnosti OBMP za samske ženske], ko je lobiral, da samske ženske in lezbijke ne bodo smele imeti otrok, ni računal, da bom jaz lahko imel otroke. Ampak pač – to je spet nekaj, na kar ne želiš opozarjati, ker ne želimo vzbujati napačne vrste pozornosti, ker bo potem nekdo šel to luknjo v zakonu zapreti.”

Kot najpogosteje izpostavljen pozitiven vidik medicinskega dela postopka potrditve spola velja omeniti tudi nedavno 4) formalizacijo interdisciplinarnega konzilija. Namera o ustanovitvi interdisciplinarnega konzilija je razvidna tudi iz zapisnika seje Razširjenega strokovnega kolegija za psihiatrijo z dne 29. maja 2019, na kateri se je kolegij opredelil do poziva dveh nevladnih organizacij LGBTIQ+, Zavoda TransAkcije in Legebitre, k vzpostavitvi formalne ureditve postopkov potrditve spolne identitete za transspolne osebe (na jasen, transparenten in transspolnim osebam dostopen način opisa medicinskih postopkov potrditve spolne identitete) (Ministrstvo za zdravje – RSK, 2019). Pomen formalne ustanovitve interdisciplinarnega konzilija so transspolne osebe izpostavljale z več vidikov, in sicer tako z vidika *standardizacije postopkov* in *zavezanosti k spoštovanju* mednarodnih smernic tega področja (WPATH), pa tudi z vidika možnosti uradne pritožbe in obvezanosti k sodelovanju (to je nenazadnje razvidno tudi iz zgoraj omenjenega zapisnika seje, kjer je zapisano, da bo konzilij sestavljen tudi iz »drugih strokovnih oseb« s strani prava, človekovih pravic ter upravnih organov). O tem pripovedujeta npr. Matevž (FS, 2020), izpostavljeno pa je tudi v okviru nevladne perspektive:

“Za čisto strukturno, nimam več ažurnih informacij, ampak tudi, da se vsi ti zdravniki – da je to formalizirano, ker recimo, ko sem bil še jaz v procesu, ta konzilij ni bil formaliziran, kar pomeni, da so bili tam prostovoljci, kar pomeni, da jih ne moreš preganjati, nimajo uradne poti za pritožbo, ker so vsi prostovoljci, na ta način.”

Zato, ker če ne obstaja nekaj tudi pravno formalno, zelo težko a) zahtevaš neko standardno ureditev v izvajanju te storitve, in ker prihaja na splošno v procesu medicinske tranzicije oziroma v vseh postopkih, ki so v to vključeni, do izjemne diskrepance v kakovosti izvajanja teh storitev (NGO EXP, osebni intervju, 2020).”

Čeprav je formalizacija konzilija v grobem percipirana kot dobrodošel korak, se vendarle – še posebej s strani strokovnjakinj iz nevladnih organizacij LGBTIQ+ – izpostavlja tudi določene

pomanjkljivosti, ki vztrajajo navkljub formalizaciji. V tem oziru se opozarja na *manko stika z realnimi potrebami transspolnih oseb, na manko sodelovanja z relevantnimi nevladnimi organizacijami ter na »široke« interpretacije WPATH smernic:*

“ S tem, da so – konzilij je imenovan na tak način, da so jasno določeni strokovnjaki medicinske stroke in hkrati je v sklepu zapisano, da morajo sodelovati z [nevladnim sektorjem], kar se tiče vsega. Zdaj, naj bi se dvakrat letno sestajali, [sestanka še ni bilo], pa je konec leta. Tudi protokol, po katerem naj bi potekal WPATH, to so mednarodne smernice in ... tudi to je zelo tako, am ... široka interpretacija tega, ali se to res uresničuje ali ne s strani konzilija sicer se vedno zatrjuje, da ja, jaz nekako ne vem, če mi beremo iste smernice, ampak definitivno proces ne poteka na tak način. Tako da to je zdaj neka kratka zgodba, zdaj ful smo bili srečni, ko je bilo to formalizirano, je pa realnost taka, da od takrat, ko je bilo, pa stvar stoji. Se ne dobivamo, se ne pogovarjamo, se ne odgovarja na maile, ko se prosi za sestanke in tako naprej (EXP NGO, 2020). ”

V nasprotju s percepcijo nevladnih strokovnjakinj lahko s strani zdravstvenih strokovnjakinj zasledimo nekoliko drugačno perspektivo na formalizacijo konzilija. Zdravstvene strokovnjakinje namreč v kontekstu pozitivnih vidikov formaliziranosti konzilija izpostavljajo *upoštevanje mednarodnih smernic ter sodelovanje z nevladnimi organizacijami*, torej tisti točki, kjer razvidno obstoji diskrepanca med percepcijo transspolnih oseb in nevladnih strokovnjakinj na eni strani ter zdravstvenih strokovnjakinj na drugi strani; poleg izpostavljenega pa kot pozitivne vidike formalizacije konzilija izpostavljajo še *možnost pridobivanja strokovnih mnenj ter sodelovanje posamičnih medicinskih strok:*

“ Pri tem pravilniku, v tem pravilniku [anonimizirano], je zapisano, da dela konzilij v skladu z Deklaracijo [anonimizirano] in da se držimo priporočil Standards of Care WPATH, sedme verzije (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).¹⁸ ”

“ To je novo, da je pač konzilij, ki je strokovno in najvišja instanca, da bo sodeloval z NGOjem, te sestanke bi že imeli, zdaj bo pač konec leta, ampak se mi zdi pomembno, da – ta sestanek bo decembra –, da bodo za vsako področje kolegi povedali, kako si predstavljajo to delo, kaj bomo delali, a ne, in to, kar bomo sklenili, bo tudi izhodišče za pogovor s predstavniki [LGBT NGO] (ZDR EXP, osebni intervju, 2020). ”

Sicer lahko na podlagi podatkov v grobem sklenemo, da poleg omenjenih diskrepanc – glede spoštovanja mednarodnih smernic ter sodelovanja z nevladnimi organizacijami – večjih

.....

¹⁸ Z namenom zagotavljanja čim večje anonimnosti pri zdravstvenih strokovnjakinjah ne uporabljamo psevdonimov, temveč podatke, pridobljene v okviru intervjujev z njimi, navajamo grupirano in zgolj z navedbo ZDR EXP.

razkorakov med eno in drugo skupino ni zaznati, ko gre za percepcijo pozitivnih vidikov medicinskega dela potrditve spola: tudi zdravstvene strokovnjakinje namreč izpostavljajo *odsotnost predsodkov med specializiranim zdravstvenim osebjem, večinsko dostopnost transspecifičnih zdravstvenih storitev v okviru javnega zdravstva ter sodelovanje med različnimi zdravstvenimi akterkami*:

“ Tako da mislim, da je stanje zgledno, kar se pa tiče, bom rekla, če bi poročali, če bi poročali na TGEU, ja, če bi poročali o Sloveniji, mislim, da bi morali biti pošteni in povedati, da imamo praktično zastojno zdravljenje, so neke storitve, ki jih moraš, ki pač moraš plačati, a ne, kar se tiče na primer obrazne epilacije – zakaj? Zato, ker tudi ženske, ki imajo hormonsko motnjo pretirane poraščenosti, ne dobijo to, a ne, to terapijo, se pravi, je še vedno samoplačniško (ZDR EXP, 2020). ”

“ Tako telo je vedno pomembno za reševanje nekih problemov ali pa izzivov, kakor hočete jim reči, na področjih, ki posegajo v različne sektorje in zahtevajo tudi različne profile strokovnjakov, ki se s tem ukvarjajo. Ker vsak vidi to iz svojega ozkega področja, v tako telo pa ... z nekim timskim pristopom lahko bolj celovito se posveti problematiki (ZDR EXP, 2020). ”

5.2.

Negativni vidiki medicinskega dela potrditve spola

V kontekstu negativnih vidikov medicinskega dela potrditve spola sodelujoče transspolne osebe izpostavljajo več različnih elementov, ki jih obravnavamo v manjših vsebinskih sklopih, in sicer: 1) splošne značilnosti zdravstvenega sistema, 2) nejasnosti postopka, 3) manko možnosti v samem postopku, 4) dolgotrajnost postopkov, ter 5) psihiatrizacija in psihologizacija.

V povezavi 1) s splošnimi značilnostmi zdravstvenega sistema transspolne osebe izpostavljajo predvsem dve ključni značilnosti; ena izmed njih so predvsem splošne *čakalne dobe*, povezane tudi z *mankom kadrov oziroma njihovo preobremenjenostjo*:

“ Mislim, manko kadrov – prvi odraz so čakalne dobe, kar razumem, da je problem celotnega slovenskega zdravstva, ker trans osebe – enako kot ostale osebe – čakajo v enakih čakalnih vrstah za endokrinologijo ali pa za plastično kirurgijo. To je sistemski problem, ki je univerzalen za popoloma vse (EXP NGO, osebni intervju, 2020). ”

Poleg splošnih čakalnih dob transspolne osebe izpostavljajo tudi *naraščajočo privatizacijo* celotnega zdravstvenega sistema, na ozadju česar – upošteva tudi splošne čakalne dobe – postaja vse težje dostopen, še posebej za tiste, ki si obhoda čakalnih vrst v javnem zdravstvenem sistemu z iskanjem samoplačniških opcij ne morejo privoščiti. O tem

pripoveduje npr. Slavko (TG, osebni intervju, 2020):

“Se mi zdi, da bi težko govoril o nekih specifikah postopka, če ne pogledaš celotnega zdravstvenega sistema, ki je vse bolj privatiziran, vse težje dostopen, mislim, še tisto dopolnilno zdravstveno, ki so ga hoteli skenslati, ni šlo.”

Negativne lastnosti obstoječega zdravstvenega sistema kot takega se še posebej jasno izrišejo v primeru specifičnih oblik družbene marginalizacije in izključenosti. Slednje je razvidno iz pripovedi Maje (TG, osebni intervju, 2020), migrantke v Sloveniji. Čeprav je na teoretski ravni zdravstveno zavarovanje pravzaprav univerzalno, vsaj na ravni nujne zdravstvene obravnave – in je kot tako obvezno in urejeno po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti –, se v praksi nad minimalno in nujno oskrbo zaplete v primeru *migrantskega statusa in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja*:

“Slovenija nima univerzalne zdravstvene oskrbe. Za večino lokalnih cis het zaposlenih, privilegiranih [oseb] – ja, ti imajo vse. Ampak kot migrantka, in kot razumem, tudi nekatere lokalne osebe, ki so v slabši finančni situaciji ali brezposelne in v slabši finančni situaciji, se lahko zgodi, da dejansko nisi zavarovana. In če se to lahko zgodi, potem, draga, to ni univerzalno zdravstveno zavarovanje. Za migrantko je situacija še slabša, saj nimam niti pravice, da si kupim zdravstveno zavarovanje. Jaz sem bila sistematično izključena iz zdravstvene oskrbe, vsaj zavarovanja, in, v naslednjem koraku, tudi iz oskrbe. Morala sem prelagati številne zdravstvene obravnave, saj nisem imela zavarovanja in ne morem plačati 25 000 evrov za oskrbo. Žal mi je, ampak ne gre. In to je imelo zelo slab vpliv na oboje, in na moje mentalno in na fizično zdravje.”

V naslednjih obravnavanih vsebinskih podsklopih se sodelujoče osebe nanašajo neposredno na medicinski del postopka potrditve spola. V tem oziru izpostavljajo 2) nejasnosti postopkov. Ko je govora o nejasnosti v povezavi z medicinsko tranzicijo, transspolne osebe izpostavljajo *različne časovne poteke in zaporedne korake obravnave*, ki ne sledijo standardiziranim smernicam, temveč se – na ozadju nejasnih kriterijev – razlikujejo od osebe do osebe. O tem pripovedujeta npr. Jakob (FS, 2020), ki je imel izkušnjo razmeroma hitrega poteka postopka potrditve spola (v roku 5–6 mesecev), na drugi strani pa Domen (FS, 2020), ki po dveh letih tranzicije še nima niti spremembe imena, ne prejema hormonske terapije ipd.:

“Jaz se v bistvu ne spomnim več ful dobro, ampak vem, da sem bil takrat v tistem času, ko so vsi čakali po eno leto ali še več na to, da so sploh dobili potrdila, mislim, da sem v ene 5-6 mesecih dobil že vsa potrdila. Kar je bilo takrat res ful hitro. Jaz sem mislim, da drugi, ki sem dobil tako hitro, en je bil še pred mano. Potem je bilo pa spet neko obdobje, ko je - v resnici jih je bilo za mano nekaj, ki so šli dosti hitro skozi, potem pa so spet začeli ful podaljševati. Tako da takrat se je, so bile neke spremembe

glede teh potrdil, da so jih malo hitreje pisali.

Meni je ful fascinantno, ker sta obadva imela ful hitro – meni se zdi hitro, ker jaz sem dve leti v tranziciji, pa še nimam spremembe imena, hormonov ali pa operacije.

Potek je, kot je razvidno iz Jakobovega citata, v delu pogojen s specifikami obdobja (hitrejše izdajanje potrdil v enem, počasnejše izdajanje potrdil v drugem obdobju), v delu pa, kar je razvidno iz spodnje pripovedi in kar bomo pravzaprav podrobneje obravnavale v sklopu strategij spoprijemanja, tudi s praktično vednostjo manevriranja skozi sicer *pomanjkljivo standardiziran postopek*. Četudi je tovrstna praktična vednost ključnega pomena za hitrejše poteke medicinske tranzicije, je problem to, kar izpostavlja tudi Alen, tj. neenakomerna dostopnost in distribuiranost praktične vednosti tega tipa oziroma virov teh informacij praktičnega značaja. Ti so namreč v grobem dostopni predvsem (delu) transspolne skupnosti v večjem mestu. O tem pripoveduje npr. Alen (FS, 2020):

„Jaz sem pač v bistvu prišel ful hitro skozi proces, lih zaradi tega, ker sem poznal toliko ljudi in ti ljudje so poznali luknje v tem sistemu. Že samo to, da si – na primer, ful en trik, ki ti lahko skrajša za več kot pol leta, je to, da si napotnice, da sam poveš zdravnici, katere rabiš, preden sploh prideš do endokrinologije, ker na endo boš čakal sedem mesecev in v tem času lahko teh par pregledov narediš že prej. Že to, jaz vem, da to vemo mi, ki smo v skupnosti, ki smo v [večjem mestu], ki smo en tak manjši krog, si delimo to z drugimi, ampak nekako mora to priti do oseb.“

V povezavi s pomanjkljivo standardizacijo postopka transspolne osebe izpostavljajo *tudi manko (dostopnih) informacij* oziroma informiranosti, kar je pravzaprav posledica manjše standardizacije: v kolikor ne obstojijo jasne in neposredne smernice postopka, potem je tudi informiranje o samem postopku bolj omejeno. K nejasnostim in težje dostopnim informacijam pa pripomore tudi, kot se izpostavlja v okviru nevladne perspektive, *nespoštovanje mednarodnih smernic*:

„Če sledimo WPATH, kot pravimo, da sledimo – tam zelo jasno piše. Psihiater ali psihiatrinja sta tista, ki morata osebi predstaviti popolnoma vse možnosti, ne samo začetnega dela, ampak tudi hormonske terapije, operacij in tako naprej, zato da ima oseba možnost premisliti, vedeti, kakšne so opcije in se odločiti naprej (NGO EXP, osebni intervju, 2020).“

Poleg manka dostopnosti informacij, ki je prepleteno z manj standardiziranim postopkom pa velja izpostaviti tudi siceršnji *družbeni odnos do pojavov transspolnosti* in postopka potrditve spola, ki je pomembno obremenjen s tabuizacijo in nevidnostjo. V tem oziru transspolne osebe izpostavljajo ne le to, da niso imele ali pa da so težje prišle do relevantnih informacij

o poteku postopka potrditve spola, temveč tudi to, da v izhodišču sploh niso vedele, ali je ta postopek v Sloveniji sploh možen, kar je podaljšan učinek siceršnje družbene nevidnosti transspolne skupnosti in transspolnosti kot take:¹⁹

“ Jaz se spomnim, ko sem razmišljal, sploh nisem vedel, če je opcija testosterona v Sloveniji. In je vse pač črnina. In tudi to, da so te teme v Sloveniji čisto tabu, tudi ne pomaga (Cimet, FS, 2020). ”

“ Sploh nisem vedel, da obstaja ta proces in me je to presenetilo in potem sem zbral vse informacije (Jakob, FS, 2020). ”

V kontekstu nejasnosti postopkov se poleg manjše oziroma pomanjkljive standardizacije ter slabše dostopnosti informacij o možnostih in poteku postopka potrditve spola (vključno tudi s pomanjkljivim informiranjem o potencialnih stranskih učinkih posamičnih transspecifičnih zdravstvenih storitev) na strani transspolnih oseb izpostavlja še *neinformiranost in neuskkljenost med zdravstvenimi akterkami* samimi. Sodelujoče osebe v tem oziru izpostavljajo konkretno neuskkljenost zdravstvenih akterk glede poteka postopka, pa tudi manko vednosti glede možnih storitev v okviru postopka potrditve spola (npr. možnost brezplačne zamrznitve genetskega materiala). Ta medsebojna neuskkljenost in neustrezna informiranost je tudi tista, ki nenazadnje mestoma podaljšuje sam postopek potrditve spola. O tem pripovedujeta npr. Timotej (FS, 2020) in Cimet (FS, 2020):

“ Problem je tudi to, da znotraj konzilija zdravniki med sabo ne vejo čisto točno, kaj, kako naj bi si zadeve sledile. In potem je tudi težko priti do informacij, če se ljudje, ki ta proces vodijo, ne morejo med sabo zmeniti v kakšnem vrstnem redu naj bi to zdaj šlo. Jaz vse informacije, ki sem jih takrat pred tremi leti dobil, sem dobil od drugih oseb v skupnosti. Nič od zdravnikov.

/.../ potem pa mi je endokrinologinja rekla, kaj če bi dal zamrzniti svoje celice, bla bla, ker lahko, da bom neploden /.../ In potem tako jaz takrat rečem, da nočem še dodatno čakati, pa mi ona reče – pa on the long run, kaj mi bo, če še en mesec čakam, in jaz tako – ok, fair point. In – ampak, ta en mesec ni bil en mesec. In najprej, ko sem prišel do ginekologinje, sem moral čakati, dva meseca sem čakal na pregled, kar ni bilo tako bad – za to, da mi je ona tam povedala, da jaz kot zdrava trans oseba, da nisem upravičen do brezplačne zamrznitve genetskega materiala /.../ mislim, a se lahko malo bolj pokonektate med sabo, zdravniki, ki delate s trans ljudmi. Ne da en misli, da je nekaj možno, drugi pa – ne, actually ne. Ker pač ... jaz bi že lahko začel štiri mesece prej s hormoni. ”

Kot tretji sklop negativnih lastnosti medicinske tranzicije sodelujoče osebe izpostavljajo 3) manko možnosti v samem postopku. Pri tem imajo v mislih predvsem štiri tipe možnosti, ki

¹⁹ K večji informiranosti glede možnosti, ki so na voljo, zagotovo pripomorejo nevladne organizacije LGBTIQ+, kot obravnavamo v poglavju o strategijah in resursih spoprijema, tudi s konkretnim materialom (gl. npr. Koletnik, Grm in Gračanin, 2016).

umanjkajo v samem postopku medicinske tranzicije, ena izmed teh se nanaša na obdobje pred formalizacijo konzilija, tj. *nemožnost pritožbenih postopkov* – manko te možnosti naj bi bil s formalizacijo interdisciplinarnega konzilija odpravljen:

“/.../ ker recimo, ko sem bil še jaz v procesu, ta konzilij ni bil formaliziran, kar pomeni, da so bili tam prostovoljci, kar pomeni, da jih ne moreš preganjati, nimajo uradne poti za pritožbo, ker so vsi prostovoljci, na ta način (Matevž, FS, 2020).”

Poleg same nemožnosti pritožbenih postopkov izpostavljajo še nenaslovljen (ali pa vsaj še ne učinkovito naslovljen) *manko možnosti pridobivanja drugega mnenja*, kar je pravzaprav univerzalna pravica, opredeljena v Zakonu o pacientovih pravicah. Možnost pridobivanja drugega mnenja je sicer, kot se izpostavlja v okviru perspektive nevladnih strokovnjakinj (NGO EXP, osebni intervju, 2020), tehnično sicer na voljo, a praktično nedostopno, tudi zaradi manka kadrov, ustrezno in v zadostni meri usposobljenih za področje trans-specifične zdravstvene obravnave:

“/.../ ti lahko, če ti rabiš recimo mnenje od [specialistke], ti lahko greš h komerkoli v Sloveniji, ne rabi biti ona. Težava, ki nastane, je to, da pač drugi ne želijo tega dati, ker si želijo zavarovati sebe, ker enostavno niso dosti usposobljeni in izobraženi, da bi se čutili suvereni. Tako da v teoriji ti lahko – midva s tistim uporabnikom sva takrat pisala po moje, da vsem [specialistkam tega polja], ki obstajajo v Sloveniji, ampak enostavno noben ni želel. Tako da tehnično ne moremo reči, da je nekomu pravica do drugega mnenja kršena. Ker tehnično ni. Ampak praktično pa je nedostopna.”

Manko kadra, v zadostni meri usposobljenega in suverenega za izvajanje trans-specifičnih zdravstvenih storitev, se nenazadnje kaže tudi v *nemožnosti izbiranja med različnimi zdravstvenimi akterkami*: transspolne osebe s tega vidika pripovedujejo o občutku »prepuščenosti« tem zdravstvenim kadrom, ki so na voljo, ne glede na korektnost in/ali kvaliteto izvajanja zdravstvene storitve:

“Težko je tudi, ker nimaš s čim primerjat, ker ni konkurence – imaš enega zdravnika v celem konziliju, ki lahko to storitev opravi in to je tvoja edina možnost, zdaj pa vzemi ali ne vzemi. Tudi če bi bila najslabša zdravnica na svetu, ker je edina pri nas, ki lahko karkoli na tem področju za nas naredi (Timotej, FS, 2020).”

Poleg tega se v kontekstu manka možnosti izpostavlja tudi nemožnost *dostopa do specifičnih genitalnih operacij* v okviru slovenskega javnozdravstvenega sistema. Te so sicer s kritjem zdravstvenih stroškov s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) dostopne v tujini (Srbija).

Zgoraj smo vsaj posredno tudi že izpostavljale 4) dolgotrajnost postopkov (tako z ozirom na splošne značilnosti zdravstvenega sistema kot tudi z ozirom na medsebojno neuskklajenost zdravstvenih akterk). Dolgotrajnost postopkov je s strani transspolnih oseb percipirana kot negativna lastnost obstoječega postopka medicinske tranzicije tudi z ozirom na izkušnje *odpovedovanja že terminsko določenih zdravstvenih storitev oziroma posegov*. Izpostavljeno je področje plastične kirurgije, pri čemer lahko na podlagi pripovedi sklenemo, da je šlo za odpovedi, ki so nastale zaradi objektivnih in nepredvidenih okoliščin (bolj enkratnega in ne kontinuiranega značaja), so pa kljub temu delovale obremenjujoče za transspolne osebe, še posebej z ozirom na zgoraj obravnavano nejasnost postopka in različne časovne poteke:

“/.../ pri plastični operaciji pa se je itak v se zakompliciralo, ker so me en dan pred operacijo klicali, da je moja operacija odpovedana, ker je [kirurginja], ki bi me morala operirati, dala odpoved. In pač, me je to takrat čisto psihično zjebalo, ker sem si valda vse splaniral, nisem niti službe iskal takrat, niti nič, potem pa je bilo kar nekaj (Slavko, TG, osebni intervju, 2020).”

Dolgotrajnost postopkov se nenazadnje kaže tudi v *nerednih endokrinoloških pregledih*. Ti naj bi se sicer izvajali na redni osnovi,²⁰ a so v praksi pogosto preloženi, endokrinologinje pa neredko težko dostopne oziroma slabše odzivne. Zaskrbljenost transspolnih oseb zaradi tovrstnega nezadostnega spremljanja je visoka, pripovedujejo tudi o občutku prisilnega (in pretiranega) zanašanja nase, ko gre za oceno lastnega zdravstvenega stanja v povezavi s hormonsko terapijo, zaradi stiske in slabše dostopnosti pa so se do določene mere prisiljene zanašati tudi na samoplačniške preglede:

“Ne vem, po tri mesece čakamo na odgovore, po več kot eno leto čakamo na kontrolni pregled, ki bi sicer moral biti enkrat na tri mesece, mogoče ne kontrolni pregled, ampak vsaj krvni test. Tako da se nas vse več odloča za to, da gremo privat in da gremo samoplačniško, ker pač nam je naše zdravje bolj pomembno kot pa te čakalne vrste (EXP NGO, osebni intervju, 2020).”

“/.../ po operaciji sem začel s temi injekcijami in se mi zdi, da mogoče imam malček preveč časa, preveč časa čakam na naslednji shot, ker v zadnjem tednu postane vse že malo ... mislim, da malo preveč hektično, se res ne počutim ok. In sem si želel se z njo pogovoriti o tem in sem tudi malo zaskrbljen, ker tudi ne vem, kaj to pomeni za moje zdravje v primeru, da pač res preveč časa čakam na naslednji shot /.../ Ja, ker pregled naj bi imel v bistvu [poleti], se pravi, že skoraj pol leta od tega, kdaj naj bi imel pregled. In mi je malo tako – ker pač konstantno poudarjajo, da naj pazimo in kako to ni neka stvar, ki se je za hecat in da rabimo te krvne analize itd., ampak v bistvu jaz ne dobim nekako niti odgovora na to, zakaj ne dobim datuma (Alen, FS, 2020).”

²⁰ Tudi World Professional Association for Transgender Health (WPATH) izpostavlja pomen rednega zdravstvenega spremljanja v primeru hormonske terapije, vključno z rednimi fizičnimi pregledi in krvnimi preiskavami (WPATH, 2012).

Zaradi dolgotrajnosti postopkov, ki je posledica prepleta različnih dejavnikov (od splošnih čakalnih dob, nejasnosti glede postopka, miskomunikacij med različnimi zdravstvenimi akterkami do slabše odzivnosti slednjih), so transspolne osebe kot negativni vidik medicinske tranzicije izpostavile tudi *potrebo po konstantnem pritisku*, s pomočjo katerega naj bi se postopek medicinske tranzicije, kljub raznolikosti časovnih potekov, zaključil v nekem doglednem, sprejemljivem obdobju. Ravno ta element pritiska je obenem tudi tisti, ki deluje kot eden izmed dejavnikov raznolikih časovnih potekov medicinske tranzicije: bolj kot je transspolna oseba proaktivna, bolj kot se angažira in poteka medicinske tranzicije ne pušča zgolj v rokah zdravstvenih akterk, hitrejši je postopek. Potreba po takšnem kontinuiranem pritisku in angažmaju pa je lahko za nekatere transspolne osebe tudi precej obremenjujoča ali pa celo nevzdržna. O tem pripovedujeta npr. Nejc (FS, 2020) in Matevž (FS, 2020):

“Ja, mislim, jaz v bistvu ... se mi zdi, da sem bil pahnjen v neko situacijo, ko moraš zdilat s tem in potem, mislim, če hočeš kaj dobiti od sistema, moraš pač vztrajati. Nikoli ne bo lažje, nikoli ne bo kar naenkrat njim prebliskalo v glavi, da mogoče lahko oni kaj [smeh] pridejo nasproti tebe, tako da jaz sem pač ... ne vem, vem, da sem imel zelo težave s tem, da kličem ljudi. Predvsem te zdravstvene stvari, ampak zdaj sem tako, da dokler se mi ne javijo, kličem, in je ponavadi 50 klicev, preden se javijo. Ampak res moraš vztrajati. Čisto samo zato, da – ful je lažje 50x več poklicati kot pa njih spremeniti na koncu dneva, hitreje boš tudi dobil stvari. Se mi zdi, da je ... ne vem, če res hočeš neko tako stvar kot je testosteron ali pa hormonska terapija, ki je konec koncev zelo – zelo močno vpliva na tvoje telo in moraš to nekako vzdrževati, ne smeš obupat. Je seveda težko, velikokrat je kakšen jok, zakaj mora biti tako težko, za vsako bedarijo na tem svetu, ampak ja – imaš tantrum in potem greš naprej, iz lastne izkušnje [smeh].

Pa po karakterju sem bolj tak awkward bean in je bilo nekaj, kar sem se definitivno moral naučiti – da se rabiš postaviti, zahtevati, ker drugače sploh ne prideš, in da te bodo odpravili, če se jim ne boš obesil na telefon. Rabiš se postaviti zase, tako da je bila dobra šola za življenje, je nekaj, kar ti na splošno pride prav, da zdaj znam postaviti neke meje.”

Eden izmed najpogosteje izpostavljenih negativnih vidikov medicinske tranzicije sta tudi 5) psihiatrizacija in psihologizacija postopka potrditve spola. Pri tem velja že v izhodišču izpostaviti, da transspolne osebe ne *a priori* nasprotujejo kakršni koli psihološki in/ali psihiatrični obravnavi, so pa precej kritične do načina, kako se v obstoječem postopku medicinske tranzicije slednja izvaja. Povedano drugače, deloma pripoznavajo umestnost psihološkega in/ali psihiatričnega pregleda oziroma obravnave, izražajo pa nezadovoljstvo z načinom izvajanja le-teh:

“Mislim, po moje na prvem mestu to, da so res brskali po meni. To, kar je v vsakem primeru naporno.

Samo po sebi se mi to ni zdelo problematično, da se brska po moji notranjosti, ker se mi zdi, da je boljše, da se pred procesom odkrije neke stvari, ki lahko kasneje pridejo ven v večjih razsežnostih /.../ /.../ se strinjam s tem, da je neko sito, da se ustaviš in pomisliš, da se res ... da je nekaj, kar je v nekih točkah proces in se s tem strinjam /.../ Pač ene stvari se mi zdijo sicer umestne, ker so testi osebnosti in take zadeve, to je del kliničnega pregleda, kako pa se interpretira pa je druga stvar (Jakob, FS, 2020).

Kljub vsaj delni prepoznavi pomena psihološke in/ali psihiatrične obravnave marsikatera transspolna oseba poroča o tem, da je ta del medicinske tranzicije zanje najtežji in najbolj obremenilen – *izkušenska dimenzija te faze medicinske tranzicije je izrazito negativna*: sodelujoče osebe so v namen deskripcije izkušnje uporabljale opise kot so »zelo travmatičen« (Jakob, FS, 2020; Nejc, FS, 2020; Matevž, FS, 2020), »najbolj, najtežji in najbolj stresen del« (Jakob, FS, 2020), »grozno naporno« (Cimet, FS, 2020); »najtežji del procesa« (Alen, FS, 2020) in »katastrofa, res katastrofa« (Slavko, TG, osebni intervju, 2020):

Se mi zdi, da je ta del zelo ... zelo – meni je bil to najbolj, najtežji in najbolj stresen del celega procesa. Pač, sama operacija ni bila pol toliko stresna. Prvi mesec hormonov ni bil tako stresen (Cimet, FS, 2020).

Ta obremenilna izkušenska dimenzija v delu izhaja tudi iz občutka, da je *iskrenost na strani transspolnih oseb pravzaprav »kaznovana«* z zavlačevanjem postopka, vzporedno z, kot bomo obravnavale v nadaljevanju, »vratarskimi« praksami zdravstvenih akterk tega področja, z občutkom manka psihološke podpore ter nejasne agende psiholoških in/ali psihiatričnih obravnav:

/.../ jaz nisem občutil, kot da bi mi bili oni v podporo, sem bolj čutil, da so to vrata, ki se bodo zaprla, ker sem pač dal napačne odgovore, na ta način (Jakob, FS, 2020).

/.../ in jim enostavno ne moreš zaupati in biti iskren. Pa še takrat, ko si, te pa potem zašamari nazaj. Ker ti potem to očitajo oziroma si interpretirajo povsem drugače. In ni prostora za zmedo, kar je katastrofa. Katastrofa, ker pač, nihče ničesar v lajfu ne more vedeti za 100 %, od nas pa se točno to pričakuje in je to ogromen pritisk, s katerim se pač soočamo (EXP NGO, osebni intervju, 2020).

Poleg obremenilne izkušenske dimenzije, ki jo spremlja tudi občutek, da je iskrenost v procesu psihiatrične in/ali psihološke obravnave, povezane z medicinsko tranzicijo, kaznovana, transspolne osebe izpostavljajo tudi 2) prakse, ki jih bomo imenovali »vratarske«. Po percepciji transspolnih oseb poglobitni del teh vratarskih praks predstavljajo *prakse presojanja legitimnosti transspolnosti*, pri čemer se zdravstvene akterke ravnaajo po kriterijih,

ki jih transspolne osebe doživljajo kot pristranske, neutemeljene oziroma neustrezne. S tega vidika izpostavljajo pristranskost kriterijev v naslednjih elementih strokovne presoje, in sicer glede na:

- 1) spolno normativnost oziroma ustrežanje spolno zaznamovanim pričakovanjem glede »delanja spola«, vključno s passingom, pri čemer se, po pripovedih sodelujočih oseb, daje prednost – in s tem tudi omogoča hitrejši postopek medicinske tranzicije – transspolnim moškim v primerjavi s transspolnimi ženskami, medtem ko se spolno nebinarne osebe v pomembni meri zaustavlja oziroma skuša zaustavljati,
- 2) pridružene bolezni oziroma stanja (npr. motnje avtističnega spektra, težave z duševnim zdravjem, npr. depresija; alkoholizem ipd.),
- 3) starost (ob prednostnem in hitrejšem obravnavanju starejših oseb v primerjavi z mlajšimi z implicitnimi predpostavkami o stabilnosti in zrelosti, ki je a priori pripisana starejšim, ne pa tudi mlajšim osebami),
- 4) status razkritosti (odsotnost razkritosti – še posebej v družinskem okolju – upočasni proces medicinske tranzicije),
- 5) osebnostne značilnosti (npr. zgovornost in asertivnost oziroma tiste značilnosti, na ozadju katerih se osebi lahko pripiše stabilnost in zrelost, v nasprotju z bolj sramežljivimi, manj suverenimi osebami),
- 6) morebitna družinska podpora (obstoj družinske podpore kot element, ki pohitri proces medicinske tranzicije)
- 7) opravljanje spolnega dela, ter
- 8) drugi kriteriji, ki so nepomenljivi za spolno identiteto posameznice (npr. stabilna finančna situacija, samostojno življenje).

Iz spodnje Timotejeve pripovedi (FS, 2020) lahko razberemo nekaj pristranskih kriterijev (spolna normativnost, starost) presojanja legitimnosti transspolnosti v kontekstu psihiatrične in/ali psihološke obravnave:

“ Ker je [anonimizirano] nekako že od prvega pogovora, ki sva ga imela, do mene imele zelo, bom rekel korekten odnos oziroma odnos v smislu, da me je sprejela kot odraslega človeka oziroma odraslega, oblikovanega človeka in to mi je tudi rekla v obraz, ko sva zaključila tisti prvi pogovor. Mi je rekla »vi ste oblikovana osebnost, vidi se, da veste, kaj želite« in niti v enem momentu ni skušala ustavljati ali upočasnjevati mojega procesa, čeprav ko sem prišel tja, sem bil verjetno bistveno bolj nesiguren kot kdo, ki je mlajši, ki ima na voljo več informacij, je bolj informiran, je bolj siguren že dlje časa in čuti

to svojo identiteto /.../ Saj zato, in v resnici je ta point – nefer je, ne moreš samo na podlagi starosti sklepati, ne vem, kaj so kriteriji, ki jih je ona takrat zaznala, ampak ena je definitivno bila starost, drugo pa mogoče že sama prezentacija. Potem pa smo spet pri tem passingu – če te ljudje vizualno preberejo kot tisto, kar si oni predstavljajo pod spol, ki ga čutiš kot svojega, je to nekako bolj legitimno za njih. To je nepošteno, ne more nekdo od zunaj soditi o legitimnosti tega samo na podlagi svoje vizualne zaznave tvojega spola.

O osebni izkušnji poskusa zaustavljanja procesa medicinske tranzicije v primeru spolne nebinarnosti pripoveduje npr. Aljaž (FS, 2020):

/.../ jaz sem tudi šel noter kot nebinarna oseba in kljub temu, da je bilo ful enih, kako bi rekel ... ful so me usmerjali v to, da bi priznal, da sem moški oziroma da ... take stvari. Mislim, na koncu samo nisem več odgovarjal na take stvari, sem samo rekel 'ja, ja' ali pa kaj podobnega. Ampak ja, tudi pri meni se je lih zaradi tega ful podaljšalo vse skupaj. Začel sem v bistvu dve leti nazaj pa zdaj pred kratkim sem imel prvo operacijo, tako da je kar trajalo.

O spremljajočih se diagnozah oziroma zdravstvenih stanj in njihovem učinku zaustavljanja oziroma upočasnjevanja postopka medicinske tranzicije se pripoveduje tudi v okviru širše perspektive nevladnih strokovnjakinj (NGO EXP, osebni intervju, 2020), kjer se hkrati izpostavi tudi paradoksnost pričakovanja o odsotnosti težav z mentalnim zdravjem v primeru, ko gre za družbeno skupino, ki je izrazito izpostavljena marginalizaciji, družbenemu izključevanju, diskriminaciji in stigmatizaciji. O (družbeno sooblikovani) višji pojavnosti težav z mentalnim zdravjem nenazadnje poročajo tudi mnogotere raziskave iz tujine:²¹

Ker kar se dogaja, je to, da osebe ne povejo, ne vem, da imajo težave z depresivnostjo, anksioznostjo in tako naprej, ker jih je strah, da bo to razlog, da se bo proces ustavil. To ne more biti razlog, ker populacija trans oseb je z vidika duševnega zdravja med najbolj ranljivimi – odstotki depresije, anksioznosti, samomorilnosti so zelo visoki. In je nemogoče, da to v slovenski populaciji ne bi bilo prisotno.

Pomen razkritosti – še posebej v družinskem okolju – in problematičnost tega pričakovanja oziroma (četudi neeksplicitno formulirane) zahteve se izpostavi v sledečem nekoliko daljšem, a povednem, izseku iz intervjuja s strokovnjakom iz nevladne sfere (NGO EXP, osebni intervju, 2020):

Poudarim, da se znajo tudi zelo spotikati ob to, ali si razkrit ali ne. Ker sem se pogovarjal z veliko

²¹ Gl. npr. Adams idr. (2013), Ellis idr. (2015) in MacKinnon idr. (2020).

osebami, ki niso razkrite v družini, in jim je to zakompliciralo oziroma zaštopalo proces /.../ Ker pač proces outiranja je zelo delikatna stvar in nihče ne bi smel biti prisiljen v to, ne glede na to, na kateri točki tranzicije je. Socialna tranzicija je v mnogo primerih bistveno bolj zajebana kot pa medicinska tranzicija in noben psihiater in noben psiholog se ne bi smel vtikati v to na tak način. Če že, da bi ti nudil podporo, da bi ti predlagal, ne vem, terapijo s starši, da jim pomaga te zadeve razložiti, ta koncept, pa vse to, ne pa na ta način, da ljudi forsirajo v to, da se razkrivajo, to je totalno neetično, če mene vprašaš in nestrokovno in – kdo bo komu govoril, kdaj bo komu povedal? Noben si ne more vzeti te pravice, enostavno. Še najmanj pa nekdo, ki te sploh ne pozna in nima pojma o tebi, niti se ne pogloblja, ker v tem primeru tudi ne gre za to, da greš ti konkretno na eno terapijo, ker jo pač želiš ali potrebuješ in bo šlo za nek poglobljen proces, ampak se gre za to, da oni obkljukajo nek navidezni seznam, da ti dobiš to, kar rabiš, da boš lažje živel.

Pomen asertivnosti, zgovornosti in suverenosti izpostavlja Slavko (TG, osebni intervju, 2020), ko pripoveduje o svoji izkušnji s psihiatrično obravnavo. V njegovem primeru sta sicer asertivnost in zgovornost olajšala proces medicinske tranzicije, a z njegovim zavedanjem, da gre za značilnosti, ki jih nimajo vse osebe. Iz spodnje pripovedi je sicer tudi razvidno, da se upočasnjujočega učinka za spolno identiteto sicer nerelevantnih osebnostnih značilnosti sicer zavedajo tudi same zdravstvene akterke, a njihovega funkcioniranja ne problematizirajo – »takšno je življenje«:

Jaz sem rekel enkrat to celo dr. [anonimizirano], da pač, da jaz sem pač ful zgovoren in asertiven in vse in da se zavedam, da to meni ful pomaga pri procesu, da pač se mi ne zdi fer na nek način za druge osebe, ki niso take kot jaz oziroma so manj zgovorne in suverene in imajo še anksioznost in te stvari, da pač nimamo istih možnosti. Pa mi je [anonimizirano] rekla – ja, takšno je življenje. Tega v lajfu ne bom pozabil.

Poleg izpostavljenih vratarskih praks transspolne osebe v kontekstu psihiatrizacije in/ali psihologizacije medicinske tranzicije izpostavljajo še *manko psihološke podpore*, ki je prepleten z že zgoraj izpostavljeno problematizacijo ne psihološke in/ali psihiatrične obravnave kot take, temveč z njenim izvajanjem. Transspolne osebe v tem oziru pripovedujejo – tudi v kontekstu njihovih izkušenj »kaznovanja« iskrenosti –, da v tej obravnavi ne morejo biti sproščene, saj umanjajo osnovni pogoji varnosti in zaupnosti. O tem pripovedujeta npr. Matevž (FS, 2020) in Aljaž (FS, 2020):

Jaz bi mogoče dodal, na več točkah so rekli, da so nam tam za oporo, ampak meni se zdi, da kolikor bi mi bila ugotovljena kakršna koli depresija ali katera koli zraven; če imaš kakšno težavo, se proces ustavi. To se mi zdi, da ni podpora. Recimo, da imaš, rečejo, ok, smatrajo za podporo, ampak funkcionalno

ne zares.

Am, meni se zdi, da bi bilo ful, tako bolj zdravo za vse, ki gremo čez CMZ, če bi bili tam res za pomoč in podporo bolj kakor za to, da v bistvu sodijo, kdo je in kdo ni ta prav. Ne vem, a so kakšne statistike za te stvari, ampak koliko folka dejansko pride tja in potem oni pogruntajo, da je to nekaj drugega? Se mi zdi, da večina, ki nas pride tja, že približno vemo. Oziroma ne da približno vemo, smo že nekaj časa razmišljali, preden smo si dejansko upali iti tja in o tem govoriti.

Podobne zagate izpostavljajo tudi v povezavi s trans podporno skupino, organizirano v okviru javnega zdravstva, ki svojega namena – po percepciji sodelujočih oseb – ne dosega, tudi zaradi prekrivanja vlog zdravstvenih akterk v izvajanju podporne skupine ter vratarskih praks, ki jih omogočajo njihove pozicije, skratka, zaradi občutka *neustreznega izvajanja podporne skupine za transspolne osebe*. Podporno skupino so namreč izvajale osebe, ki obenem odločajo o nadaljnjem poteku medicinske tranzicije, kar po izkušnjah transspolnih oseb ni spodbujevalni dejavnik zaupnosti in občutka varnosti; še več, pripoveduje se tudi o tem, da je podporna skupina bila doživeta kot skupina z vnaprej in »od zunaj« začrtano agendo, ki ni nujno sledila dejanskim potrebam transspolnih oseb v tej skupini – in s tem tudi ne nudila zadostne ali ustrezne podpore:

In nekako forsirajo te skupine, vsaj takrat sem imel tak občutek, da so jih, ampak tisto ni ... ne vem, je bilo težko iti tja, ker ni bilo tako okolje, da bi se počutil ok, ker tudi, če sta pač dva, ki sta v konziliju in te načeloma – se odločata, a si zadosti trans ali ne, kako lahko potem z njimi sproščeno govoriš o svojih občutkih glede spola, če te je stalno strah, da boš rekel nekaj, kar njima ne bo všeč? Tako da to se mi zdi, da je malo narobe (Dylan, FS, 2020).

/.../ ne vem, mi smo si konkretno [na omenjeni trans podporni skupini] izmenjevali izkušnje glede operacij, spodnjih, in kako to poteka in vse te stvari, in je bilo za nas v tistem momentu ključno, da si izmenjujemo informacije, da pač je to bilo nekaj, kar rabimo v smislu podpore v tistem trenutku, in je [zdravstvena akterka] konkretno zvozila čisto v drugo smer in hotela zvedeti v smislu ... a te ni strah te operacije, a nimaš nobenih dvomov, na vsak način v to smer. In kljub temu, da pač je bil odgovor »ne«, tega odgovora ni sprejela, nekdo je iskreno odgovoril, da ga skrbijo bolj komplikacije kot pa karkoli drugega, ampak na vsak način je hotela to neko obžalovanje, to ... to je nekaj, kar se ful obešajo (NGO EXP, osebni intervju, 2020).

Iz zgornjega Dylanovega citata je razvidna še ena negativna plat psihiatrizacije in/ali psihologizacije medicinske tranzicije, in sicer *občutek ujetosti* v odnosu z zdravstveno akterko, ki je tista, ki odloča o prihodnjem poteku medicinske tranzicije; ta občutek ujetosti, pričakovano – še posebej z ozirom na zgoraj izpostavljeno »kaznovanje« iskrenosti –, spremlja

tudi občutek nesproščenosti zaradi možnosti blokade medicinske tranzicije:

„Ja, hkrati sem bil tako, da pač res – se zavedam, koliko je pomembno, da passam te teste, s tem, da [zdravstvena akterka] ful ne mara, če rečeš test, ampak je to [specialistični pregled], in sicer odloča o tvojem življenju, ampak never mind, in hkrati sem bil tako – ok, I need to get my shit together (Slavko, TG, osebni intervju, 2020)

„In to je tisto, kar je problematično, kar smo se prej pogovarjali pri [zdravstveni akterki] – ko imaš enkrat samo enega človeka in pač je ta človek velika ovira tebi na tej poti, neko stisko, dodatno, povzroča (Timotej, FS, 2020).

Poleg 1) obremenilne in negativne izkušnjske dimenzije, 2) vratarskih praks zdravstvenih akterk, skupaj s presojanjem legitimnosti transspolnosti na ozadju neustreznih ali vsaj neutemeljenih kriterijev, transspolne osebe izpostavljajo še 3) nejasnost agende pregledov v omenjenih zdravstvenih poljih, kar je deloma razvidno že v zgornjem vsebinskem podsklopu, še posebej v navezavi na manko psihološke podpore. V tem kontekstu izpostavljajo *netransparentnost* in odpor do omogočanja vpogleda v izvide (EXP NGO, osebni intervju, 2020), še posebej pa izkušnje z *misinterpretacijo povedanega* ali rezultatov testov tekom obravnave. O tem se pripoveduje tako v okviru nevladnih strokovnjakinj (NGO EXP, osebni intervju, 2020) kot tudi z vidika transspolnih oseb (Alen, FS, 2020):

„Ne vem, osebe recimo poročajo o tem – rečejo, da občasno pijejo alkohol, v izvidu piše, da redno uživajo alkohol. Povejo neko stvar iz preteklosti, ki je zelo težka in neprijetna, in se na zelo drugačen način to zapiše v mnenju ali pa v anamnezi kot taki. Jaz vem, da imajo osebe možnost to potem spremeniti, da se gre z osebami čez anamnezo in čez mnenje, ampak še vseeno ene stvari ostanejo notri in če imajo osebe občutek, da so bile stvari obrnjene proti njim, ne morejo imeti prijetnega občutka.

In celo sem bil poklican še enkrat na teste, ker sem bil na prvih testih preveč prijazen. To je bilo njeno strokovno mnenje. In mislim po tem, ko bi naj že dobil rezultate in šel s temi rezultati naprej po papirje, mi jih je ustavila še za dodatna dva meseca in sem bil ves čas samo nemočen. V svoji prijaznosti. Potem, ko sem se vrnil, sem dobil še daljšega, z več odgovori – ona je predvidevala, da sem jaz tam lagal. Da pač tako prijaznih ljudi ni in da zaradi tega sem lagal. Ampak, ko je naredila drugi test z več vprašanji in več odgovori, je pač ugotovila, da sem isto prijazen kot prej [smeh] /.../ Ja, v bistvu me je samo še opozorila, da ona ve, da nisem iskren in da ko bom imel zgornjo operacijo, bom doživel veliko duševno stisko, tako kot moji prijatelji, ki jih pozna in smo se vsi lagali in bomo vsi šli skozi stisko, torej, ker takrat se bomo samo zlomili, ker ne bo več tega, teh ne vem, kaj, ampak da jo lahko pokličem. In to je bilo to – resno misliš, da te bom poklical? Sem šel in to je bilo to, tam se je zaključilo.

Poleg izkušnje z misinterpretacijami povedanega transspolne osebe poročajo tudi o *izrazitih tendencah po vključevanju staršev*, še posebej pri mlajših osebah, četudi oseba jasno izrazi nestrinjanje s tem potekom, predvsem zaradi izrazitejši afektivne obremenitve ter potencialnega izpostavljanja nasilju. Element izpostavljenosti nasilju se poudarja s širše perspektive (NGO EXP, osebni intervju, 2020), afektivno obremenitev in potencialno poslabšanje psihičnega stanja kot posledice takega načina postopanja pa izpostavlja še npr. Slavko (TG, osebni intervju, 2020):

“In pri njih je pa še toliko večji faktor, ker mora biti v proces vključena zelo intenzivno neka druga oseba za to heteroanamnezo, jamči o tvojem karakterju in to in pri mlajših je zelo narobe, če to ni starš, ker po navadi pri starejših je to že neka partnerka, partner ali pa, ne vem, neke druge osebe, ampak hkrati pa mlajše to postavlja v zelo ... v zelo rizičen položaj, ker se morajo razkrivati v okolju, kjer mogoče – se zavedajo, da to ni, da ne bodo izkušnje s tem v redu in da bodo doživeli, posledično, verbalno nasilje, izločanje, finančno nasilje itd.

Dobesedno – kljub temu, da sem jaz njej stokrat rekel, da jaz svojih staršev ne bom vključeval v ta proces zaradi tega, ker prvo, itak nimam stika z njimi, in kot drugo, bi drezal v osje gnezdo in to bi ful poslabšalo moje psihično stanje. Lej, lahko jih pokličem, samo se ti ukvarjaj z backlashom, ki bo prišel, jaz se ne bom. Mislim, lahko je tebi, pismo.”

Med najpogosteje izpostavljenimi vidiki medicinske tranzicije najdemo psihiatrizacijo in psihologizacijo, ki jima sledita nejasnost in dolgotrajnost postopkov, medtem ko so splošne značilnosti zdravstvenega sistema kot takega izpostavljene v nekoliko manjši meri, deloma verjetno tudi zaradi tega, ker gre pri siceršnjemu stanju zdravstvenega sistema za pojave oziroma ovire dostopanja, ki niso trans specifične. Znotraj sklopa psihiatrizacije in psihologizacije so transspolne osebe, vključno s strokovnjakinjami iz relevantnih nevladnih organizacij LGBTIQ+, najpogosteje izpostavljale temo presojanja legitimnosti transspolnosti na ozadju pristranskih ali neutemeljenih kriterijev (starost, osebne značilnosti kot sta zgovornost in asertivnost, spolna normativnost ipd.) ter druge vratarske – in zato nepodporne ali manj podporne – prakse, znotraj katerih izpostavljajo predvsem manko psihološke podpore in občutke ujetosti v odnos z zdravstveno akterko.

Na drugi strani zdravstvene strokovnjakinje – podobno kot tudi transspolne osebe – v kontekstu negativnih vidikov medicinske tranzicije izpostavljajo *splošne značilnosti zdravstvenega sistema*, in sicer na podoben način kot ga lahko zasledimo pri transspolnih osebah, tj. z vidika preobremenjenosti kadrov, manka kadrov ter dolgih čakalnih vrst:

“Pomanjkljivost so pa naše dolge čakalne vrste, samo jaz, bolj kot sem potem gledala, na Nizozemskem

recimo tega ni ali pa na Švedskem, niso tako dolge čakalne vrste, samo je pa mašinerija (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

Edina izmed pomembnejših razlik v percepciji *manka kadrov* je tudi sledeči poskus razlage manka kadrov specifično na tistih zdravstvenih področjih, ki se ukvarjajo (tudi) z zdravstveno obravnavo transspolnih oseb oziroma z izvajanjem (tudi) trans-specifičnih (specialističnih) zdravstvenih storitev, in sicer se primanjkljaj kadrov na tem področju, kot je razvidno iz spodnjega citata, razlaga s specifično nepripravljenostjo zdravstvenih strokovnjakinj za obravnavanje skupine transspolnih oseb, ki je v sledeči pripovedi konstruirana kot še posebej zahtevna skupina, ki domnevno terja posebno mero potrpežljivosti:²²

/.../ moram reči, da ni interesa, ker vsi, ki poskusijo delati s temi osebami – to moraš imeti res ... moraš biti potrpežljiv, no. Pa moraš tako – začutiti, kaj je tukaj njihova stiska. Pa da te ne vznemirijo vse te zahteve, ki jih imajo. In tako – redkokdo je pripravljen s tem delati, jaz še nisem srečala nikogar, pa sem jih že ful poskušala, da bi to delali (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

Kot dodatna šibka točka medicinske tranzicije zdravstvene strokovnjakinje izpostavljajo tudi *vprašljive dolgoročne učinke* – njihova vprašljivost se nanaša na dve dimenziji, in sicer na vprašljive učinke v seksualnosti (predvsem v smislu ne/zadovoljstva) ter vprašljive učinke v povezavi s potencialno retranszicijo. Slednji se izpostavljajo v relaciji s spolno nebinarnimi osebami, kjer se poraja tudi specifična naracija storitev, povezanih s potrditvijo spola na telesni ravni, tj. »telesna mutilacija«, ki implicira razumevanje medicinskih posegov v in na telesu ne kot način potrjevanja spolne identitete, temveč kot nasilne in intenzivnejše (samo) poškodbe telesa:

Čeravno imajo [spolno nebinarne osebe] drugačne zahteve in tudi ne vemo, kaj se bo zgodilo čez par let. To je, tu je največja skrb, da bo tu pač na koncu ena velika želja po retransziciji. In spet nekih drugih postopkih. Tako da oni so ... na nek način pozitivno diskriminirani, po svoje. Ampak skozi to se pač lahko zgodi, da bo, da si bodo naredili škodo. Z vidika telesne mutilacije (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

In kar se jaz bojim je, da bodo šle te osebe skozi cel postopek tranzicije brez da bi kdo res konkretno,

²² Vidik konstruiranja družbene skupine transspolnih oseb si zasluži daljšo obravnavo kot mu jo lahko namenimo v okviru tega poročila. Naj na tem mestu izpostavimo le, da lahko v grobem razločimo dva tipa konstruiranja družbene skupine transspolnih oseb s strani zdravstvenih strokovnjakinj, tj. 1) kot »ranljive«, kjer gre predvsem za sociološko občutljivo percepcijo skupine na ozadju širše družbenih razmerij moči, ter kot 2) »posebne«, v tem primeru se skupini pripisuje pretirano občutljivost in agresijo – tudi v relaciji z nevladnimi organizacijami. Velja omeniti še specifično konstrukcijo, povezano s spolno nebinarnostjo, ki se percipira kot primer mejne osebnostne motnje, medicinski posegi v njihova telesa pa kot stvar telesne mutilacije, samo dopuščanje medicinskih posegov oziroma medicinske tranzicije kot take pa kot primer pozitivne diskriminacije spolno nebinarnih oseb.

natančno povprašal o seksualnosti. Kaj pa bo čez deset let, bomo pa videli, kakšne bodo posledice tega. Jaz se bojim, da bo kar precej nezadovoljstva, no (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

Naslednja percipirana šibka točka oziroma negativni vidik medicinske tranzicije v okviru perspektive zdravstvenih strokovnjakinj je *neselektivnost pripuščanja v postopek medicinske tranzicije* oziroma »permisivnost« vratarskih praks, vključno z neupoštevanjem strokovnega mnenja relevantnega zdravstvenega področja:

Veste /.../ praktično ne poznam primera, da bi bila tranzicija zavrnjena. Dejansko je večji problem to, da grejo vsi pacienti v tranzicijo in potem šele doktorji, otorinolaringologi na primer, ali pa kasneje, ugotavljajo, da pač nekaj ni bilo v redu izpeljano, ker pacient nima samo spolne disforije (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

Takšna percepcija, ki sloni na ideji permisivnosti, je v jasni diskrepanci s perspektivo transspolnih oseb ter njihovimi izkušnjami glede upočasnjevanja in poskusov zaustavljanja postopka medicinske tranzicije, kar smo obravnavale v kontekstu vratarskih praks zdravstvenih akterk (gl. zgoraj). Na drugi strani zdravstvene strokovnjakinje – tiste, ki niso neposredno vpletene oziroma aktivne v izvajanju konkretnih zdravstvenih storitev za transspolne osebe – izpostavljajo tudi *manko celostnega pristopa*, vključno s pretirano psihiatrizacijo podpore oziroma otežen dostop do psihološke in psihoterapevske obravnave. Izpostavi se, da je transspolnost obravnavana predvsem z medicinskega, manj pa s celostnega bio-psiho-socialnega aspekta oziroma z vidika razumevanja »človeka kot celote«:

Da je pri nas zdravstveni sistem predvsem usmerjen medicinsko, manj pa bio-psiho-socialno. In tukaj se to najbrž še bolj izkazuje kot na drugih. Se tudi, se zelo izkazuje. In da niti sistem niti zdravstveni delavci tukaj – so premalo oboroženi, premalo pripravljeni (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

Po drugi strani pa je medicina dolga leta – je bil zdravnik tisti, ki je zdravil, ki je bil zelo biološko naravnani ali kako bi rekla, zelo tako ... diagnosticiram, pozdravim in tudi smo bili tako vzgojeni, da pravzaprav se moramo odločati, sprejemati odločitve zelo na hitro, kar sploh v nekih urgentnih je nujno potrebno, vendar pa ... ravno pri tematiki, o kateri se pogovarjamo, je pa druga nota zelo pomembna, se pravi, razumevanje, ne samo tega fizičnega ali pa fiziološkega stanja, ampak razumevanje človeka kot celota. Tukaj pa jaz mislim, da bomo tako na organizacijskem kot na vsebinskem področju morali vsi skupaj še kar veliko narediti (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

Poleg 1) splošnih značilnosti zdravstvenega sistema, 2) vprašljivih dolgoročnih učinkih in 3) neselektivnosti oziroma permisivnosti pripuščanja v postopek medicinske tranzicije ter

manka 4) celostnega pristopa se v izpostavi tudi 5) nespoštovanje spolne identitete (npr. z rabo napačnega imena, zaimkov in drugih spolno zaznamovanih besed) (večinoma) med nezdravniškimi zdravstvenimi osebami:

“/.../ pri nas so pač sestre takšne kot so, navajene so ljudi nazivati z gospa, gospod, in skušajo biti – in so prijazne, ampak one lahko s tem na primer točno tisto zadenejo, kar naj ne bi. Pa jim jaz še povem, pa rečem ‘veste, zdaj pa bodo prišli pacienti, ki jih vi malo niste navajeni’, pa jih tako pripravim, potem pa se kljub vsemu kdaj zgodi. Ampak saj pri tem se malo pogovorimo o tem, pa načeloma niso zamerljivi, no (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).”

Strnjen prikaz negativnih vidikov medicinske tranzicije kaže večje diskrepance med perspektivo ene in druge skupine, saj se skladata le v eni dimenziji, in sicer v splošnih značilnosti zdravstvenega sistema, v ostalih dimenzijah pa lahko mestoma zasledimo diametralno nasprotno percepcije (npr. vratarske prakse v primerjavi z neselektivnostjo oziroma permisivnostjo pripuščanja v medicinsko tranzicijo).²³ Takšne diskrepance in nasprotja nenazadnje lahko pričata o spregledanosti transspolnih oseb, njihovih potreb, ki niso nujno enaka tistim, ki jim jih pripisujejo zdravstvene strokovnjakinje; s tega vidika tudi tabelarni prikaz tematskih sklopov negativnih vidikov medicinske tranzicije (gl. prilogo B) priča o potrebi po intenzifikaciji dialoga med vsemi relevantnimi skupinami – od zdravstva, nevladnih organizacij do transspolnih oseb.

5.3.

Predlogi sprememb za večjo vključujočnost zdravstvenega sistema v okviru medicinske tranzicije

Transspolne osebe izpostavljajo marsikateri pomanjkljivi element obstoječega postopka medicinske tranzicije, ki se ne nujno sklada s percepcijo šibkejših točk medicinske tranzicije na strani zdravstvenih strokovnjakinj. Poleg kritičnosti do posamičnih elementov medicinske tranzicije pa transspolne osebe tudi že identificirajo potencial za spremembe obstoječega postopka v smeri njegove večje vključujočnosti in učinkovitosti. Te predloge na kratko obravnavamo v sledečem delu, in sicer lahko predloge povzamemo v naslednjih štirih vsebinskih sklopih, tj.: 1) spremembe v samem procesu medicinske tranzicije, 2) spremembe na ravni relevantnih zdravstvenih institucij, 3) zakonodajne spremembe, ter 4) spremembe na odnosni ravni.

V okviru 1) sprememb v samem procesu medicinske tranzicije – te so poleg sprememb

²³ Velja imeti v mislih, da vzorec zdravstvenih strokovnjakinj zajema precej manjše število oseb v primerjavi s skupino transspolnih oseb, zato je tudi vsebinska kompleksnost ter razvejanost kod temu primerno manjša.

na ravni relevantnih zdravstvenih institucij najpogosteje izpostavljene potrebne spremembe –, sodelujoče osebe izpostavljajo potrebo po *standardizaciji postopka* oziroma po »uradnem protokolu«, ki bi potencialno zamejil vpliv zgoraj omenjenih vratarških praks, še posebej pristranskih kriterijev presojanja legitimnosti transspolnosti:

“ Ne vem, kako se je to spremenilo, ampak da je nek uraden protokol, kako se stvari dela, to se mi zdi dosti na mestu. Tudi recimo, ko je bilo, da se potem ... pač, ne obravnavajo, ampak ok, bomo vsakega po svoje obravnavali, ampak da se zmanjša ta vpliv teh ... recimo, da passaš, pa da boš takoj mimo, ali pa da ne passaš, pa boš imel dve leti proces, na ta način. Da se regulira, na papirju z nekimi premisleki in tako. To je moja misel (Matevž, FS, 2020). ”

Pri tem se izpostavlja tudi, da večja standardizacija postopka medicinske tranzicije naj ne bo izpeljana na račun oziroma za ceno vzdrževanja »fleksibilnosti« oziroma individualnega pristopa v smislu *prepoznavanja raznolikosti potreb in želja* glede konkretnih korakov v medicinski tranziciji, posegov in storitev, ki jih želi opraviti transspolna oseba v namen potrditve spola.

“ Ker to v resnici – ena tranzicija, medicinska, to ni ena vrsta izkušenj, to ni en proces, kjer greš skozi vse postaje in potem prideš na koncu ven. Ljudje pač imamo različne potrebe, različne želje, kaj v tem procesu želimo (Timotej, FS, 2020). ”

V kontekstu sprememb v samem procesu medicinske tranzicije se izpostavlja tudi potreba po *sodelovanju med različnimi relevantnimi akterji*, pri čemer polje relevantnosti naj ne bo zamejeno le na zdravstvene akterke, temveč tudi na druge strokovnjakinje ter transspolne osebe, ki so šle čez postopek medicinske tranzicije. Povedano drugače, »ekspertiza« naj ne bo zamejena le na medicinsko vednost, ki je le ena izmed možnih perspektiv v obravnavi transspolnosti, temveč naj se ekspertnost pripozna tudi drugim relevantnim perspektivam in akterkam ter v tem oziru tudi okrepi sodelovanje z njimi:

“ /.../ mislim, tu bi absolutno moral biti interdisciplinarni pristop, pa ne mislim ta interdisciplinarni konzilij, kjer so vsi dohtarji skupaj, ampak bi moralo biti konkretno sodelovanje z nami, ki smo šli čez in ki vidimo, kaj ne štima, ki imamo izkušnje, ki smo eksperti, ampak nas noben ne dojema niti ne vidi na tak način, ker smo pač samo eni ljudje, ki so bili samo tam v procesu, ampak smo bistveno več kot samo to. In to je nekaj, kar manjka (NGO EXP, osebni intervju, 2020). ”

V okviru 2) sprememb na ravni relevantnih zdravstvenih institucij se najpogosteje izpostavlja *potreba po vključenosti pojava transspolnosti v formalno izobraževanje*, vsaj na ravni zdravstvene

in medicinske fakultete, pa tudi h krepitvi in spodbujanju tendence h konstantnemu samoinformiranju in samoizobraževanju zdravstvenih akterk:

“ Jaz se ful strinjam s tem – prvo, izobraževanje, mislim, meni se zdi, da vsak, ki dela v zdravstvu, bi moral iti skozi neko izobraževanje, čisto vse. Ne moreš biti zdravnik in ne vedeti teh stvari. Od takih, čisto osnovnih, da ja, da je možno, da imam maternico, do tega, da bi moja zdravnica morala vedeti, da se hormoni načeloma jemljejo vse življenje. Da imam izbiro jih načeloma ne jemati, ampak je to načeloma neka praksa pri ljudeh, ki rabimo neke zunanje hormone (Alen, FS, 2020). ”

V manjši meri se izpostavlja tudi *potrebo po kadrovskih okrepitvah*, kar pravzaprav, glede na zgoraj obravnavane negativne vidike medicinske tranzicije (vključno s splošnimi čakalnimi dobami), ne preseneča, ter vzpostavljanje *dodatnega konzilija oziroma organa*, kar bi omogočilo možnost pridobivanja drugega mnenja:

“ /.../ kar bi bilo idealno in kar tudi je po WPATH, je to, da bi bilo super imeti dva konzilija. Kar pomeni, da – lih to bi bil namen dveh konzilijev, ker to v drugih državah poteka na tak način, da ne vem, če jaz rabim drugo mnenje, grem do drugega konzilija lahko. Kar pri nas pač umanjka (NGO EXP, osebni intervju, 2020). ”

Na ravni 3) zakonodajnih sprememb se izpostavlja predvsem *ločitev pravnega priznanja spola in medicinske tranzicije oziroma vpeljavo principa samoidentifikacije*:

“ To je nekaj, na čemer bi lahko delali – dajmo to zakonsko urediti, tako da bo jasno, črno na belem, da pač ima človek pravico do samoidentifikacije in da morajo ne na podlagi potrdila od psihiatrinje in ne na podlagi potrdila o operacijah, pač vpisati spol tako kot pač človek to čuti in zahteva. Tukaj se še da kaj narediti (Timotej, FS, 2020). ”

Transspolne osebe potencial za spremembe obstoječih praks, povezanih z medicinsko tranzicijo, prepoznavajo tudi 4) na ravni odnosnih dimenzij, pri čemer, poleg *splošne senzitivnosti pristopa*, še posebej izpostavljajo *nudenje ustrezne psihološke podpore v varnejšem odnosu* mimo presojanja legitimnosti transspolne identitete. Na ta način bi se v odnosu vzpostavili zadostni pogoji varnosti in zaupanja, na čemer odnos psihološke podpore pravzaprav temelji:

“ Pač, sem zagovornik tega, da imaš nekoga za se pogovarjat v procesu, kar je nekaj, kar bi definitivno morali nuditi, ampak samo pogovor. Ne to, da te ta oseba ocenjuje, če si trans, nisi trans, dobiš, ne dobiš. Ampak pač samo nek pogovor (Alen, FS, 2020). ”

Deloma se podobne spremembe predlagajo tudi v skupini zdravstvenih strokovnjakinj, še posebej med tistimi, ki *niso* neposredno vključene in aktivne v zdravstveni obravnavi transspolnih oseb, temveč delujejo predvsem na širši javnozdravstveni ravni. Med njihovimi predlogi tako, podobno kot pri transspolnimi osebami, najdemo informiranje in ozaveščanje, krepitev sodelovanja z nevladnimi organizacijami, zmanjševanje oziroma naslavljanje preobremenjenosti zdravstvenih kadrov, ter širše družbeno zmanjševanje stigme transspolnih oseb.

5.4.

Povzetek

V tem delu smo obravnavale izkušnje transspolnih oseb s postopki medicinske tranzicije. Transspolne osebe v tem kontekstu v izrazitejši meri izpostavljajo negativne vidike utečenih postopkov medicinske tranzicije. Z ozirom na pozitivne vidike postopkov medicinske tranzicije transspolne osebe izpostavljajo predvsem danost možnosti dostopanja do potrditve spola (tako v pravnem kot v medicinskem smislu), skupaj z možnostjo medicinske tranzicije v okviru javnega zdravstva (torej večinoma brez samoplačniškega kritja zdravstvenih stroškov). Eden izmed pomembnejših pozitivnih vidikov medicinske tranzicije je tudi formalizacija interdisciplinarnega konzilija (tudi z ozirom na poprej nemožno sprožanje pritožbenih postopkov zaradi prostovoljskega značaja dela, ki so ga opravljale zdravstvene akterke). Pri tem se ta aspekt izpostavlja tudi z nekaj zadržki, saj se potencial, ki ga sicer predstavlja takšna formalizacija, v praksi še ni (v celoti) izpolnil, še posebej z ozirom na sodelovanje med relevantnimi akterkami, vključno z nevladnimi organizacijami. Izpostavljajo tudi korekten odnos zdravstvenih akterk, s katerimi se srečujejo tekom medicinske tranzicije: ker se tekom medicinske tranzicije pogosto srečujejo z akterkami, ki so že večče izvajanja trans-specifičnih storitev (tako na »izvedbeni« kot tudi na odnosni ravni), so tudi, sodeč po pripovedih transspolnih oseb, izkušnje korektnih odnosov nekoliko pogostejše. Ohlapnejša zakonodaja, ki v percepciji transspolnih oseb bolj po naključju in po »pomoti« kot pa na ozadju resnih zakonodajnih premislekov poraja možnosti hitrejšega procesa pravnega priznanja spola (spremembe spolnega markerja na uradnih dokumentih) ter možnost OBMP, je še zadnji sklop pozitivnih vidikov, ki ga izpostavljajo transspolne osebe.

V kontekstu negativnih vidikov medicinske tranzicije so transspolne osebe izpostavile pomanjkljivosti, ki vključujejo tudi splošne značilnosti zdravstvenega sistema (npr. manko kadra in njegova preobremenjenost ter splošne čakalne dobe). Poleg tega vidika, ki sicer ni specifičen za transspolne osebe in za trans-specifične zdravstvene storitve, temveč velja za celoten zdravstveni sistem in kot tak tangira celotno populacijo, izpostavljajo elemente, ki so v neposredni povezavi z medicinsko tranzicijo. Najpogosteje izpostavljen element je proces

psihologizacije in psihiatrizacije medicinske tranzicije, ki zajema prakse presojanja legitimnosti transspolnosti na ozadju dvomljivih kriterijev, druge vratarske prakse ter nejasnost agende psiholoških oziroma psihiatričnih pregledov; na ozadju tega je ta element psihološke oziroma psihiatrične obravnave tudi doživet kot izrazito obremenilen. Poleg tega izpostavljajo še nejasnost postopkov, povezanih z medicinsko tranzicijo, vključno z nepoznavanjem tega, kar sploh je na voljo v okviru slovenskega javnozdravstvenega sistema, ter manko možnosti v postopkih medicinske tranzicije, vključno z nemožnostjo uradnih pritožbenih postopkov (pred formalizacijo interdisciplinarnega konzilija) ter mankom izbiranja med različnimi zdravstvenimi kadri.

S perspektive zdravstvenih strokovnjakinj se kot pozitivne vidike medicinske tranzicije še posebej izpostavlja formalizacijo konzilija, skupaj z upoštevanjem mednarodnih smernic ter krepitvijo sodelovanja z nevladnimi organizacijami, pa tudi možnostjo pridobivanja strokovnih mnenj drugih in za trans-specifično zdravstveno obravnavo relevantnih specialističnih vej ter s krepitvijo sodelovanja med posamičnimi medicinskimi strokami. V kontekstu negativnih vidikov pa ta skupina izpostavlja splošne značilnosti zdravstvenega sistema (torej podobno kot transspolne osebe), pa tudi vprašljive dolgoročne učinke medicinskih tranzicij (še posebej v primeru spolne nebinarnosti in na področju seksualnosti) ter neselektivnost pripuščenja v postopek medicinske tranzicije. Mestoma se kot negativni vidik izpostavlja tudi manko celostnega pristopa k zdravstveni obravnavi transspolnih oseb ter odsotnost spoštovanja spolne identitete transspolnih oseb (z mnogoterimi praksami, npr. z rabo ustreznega imena in zaimkov).

Ob percepciji negativnih vidikov transspolne osebe tudi izpostavljajo jasne predloge sprememb, ki bi po njihovem mnenju potencialno prispevale k večji vključujočnosti zdravstvenega sistema z ozirom na postopke medicinske tranzicije. Predlogi sprememb se nanašajo na različne ravni medicinske tranzicije, od sprememb v samih postopkih medicinske tranzicije (npr. večja standardizacija, a ob ohranjanju zadostne fleksibilnosti postopka z namenom prepoznavanja in naslavljanja individualnih specifik), sprememb na ravni relevantnih zdravstvenih institucij (npr. vključenost teme transspolnosti v formalno izobraževanje), zakonodajnih sprememb (npr. razločitev postopka pravnega priznanja spola od medicinske tranzicije) do sprememb na odnosni ravni (npr. nudenje ustrezne psihološke podpore v varnejšem odnosu).

ZDRAVSTVENE STORITVE, POVEZANE S PROCESOM MEDICINSKE TRANZICIJE, V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

Glede dostopanja do zdravstvenega sistema z namenom dostopanja do zdravstvenih storitev, povezanih predvsem z medicinsko tranzicijo, v obdobju epidemije COVID-19, sodelujoče osebe v glavnem izpostavljajo 1) poslabšanje siceršnjih slabosti zdravstvenega sistema in, specifično, do nekaterih postopkov medicinske tranzicije, v precej manjši meri pa poročajo, da 2) do sprememb v dostopanju do trans-specifičnih zdravstvenih storitev ni prišlo.

Z ozirom na 1) poslabšanje siceršnjih slabosti zdravstvenega sistema in trans-specifičnih zdravstvenih obravnav transspolne osebe daleč najpogosteje navajajo izkušnje z *odpovedovanjem »nenujnih« oziroma elektivnih storitev*, npr. odpovedovanje oziroma prelaganje storitev plastične kirurgije. Kolikor je izkušnja odpovedi storitve tega tipa (plastična kirurgija) sicer vir negotovosti, v manjši meri tudi frustracij, še posebej z ozirom na že sicer dolge čakalne dobe še pred začetkom epidemije COVID-19, pa se zdi, da bolj obremenilno delujejo izkušnje odpovedovanja oziroma *nerednega izvajanja storitev za mentalno zdravje* (pa tudi, kot vidimo spodaj, endokrinoloških storitev), kar je – upošteva v uvodnem delu izpostavljene podatke o ranljivosti specifičnih družbenih skupin za negativne učinke pandemije COVID-19 – zaskrbljujoče:

“ Pa tudi za par mesecev sem, nekaj časa nisem imel psihiatrinje in se mi je mentalno zdravje ful ful poslabšalo, ker vem, da takrat, ko sem lih začel s hormonsko in je bilo vse tako all over the place, ful se mi je poslabšalo. Pa pač tudi korona in vse skupaj (Cimet, FS, 2020). ”

V delu, izpostavljajo transspolne osebe, so se te storitve sicer razmeroma redno izvajale tudi v virtualni obliki, vendar pa velja imeti v mislih, da takšni pogoji izvajanja teh storitev niso na voljo vsem (npr. tistim, ki nimajo na voljo zadostne mere zasebnosti):

“ Ne morem se srečati s terapevtko, ker doma nimam zasebnosti za virtualna terapevtska srečanja, v živo pa se ne moreva dobiti zaradi novih ukrepov (Maja, TG, osebni intervju, 2020). ”

Za tiste transspolne osebe, ki so medicinsko tranzicijo pravzaprav že zaključile in do trans-specifičnih storitev dostopajo predvsem z namenom vzdrževanja stanja (npr. hormonske terapije)²⁴ je bila situacija oteženega dostopanja do zdravstva zaradi zaščitnih ukrepov, povezanih s COVID-19, manj obremenilna²⁵ kot za tiste (pogosteje mlajše) osebe, ki so

²⁴ Pri tem je bil še poseben pomemben prenos odgovornosti za vzdrževanje predpisane hormonske terapije v primeru injekcij na osebno zdravnico, kar je transspolnim osebam omogočilo lažje vzdrževanje, saj so osebne zdravnice uspešno vzdrževale ustrezno dostopnost in odzivnost.

²⁵ Izjemo predstavljajo odpovedani kontrolni endokrinološki pregledi, ki so že sicer, sodeč po zgoraj obravnavanih pripovedih transspolnih oseb, težje dostopni, ob zaščitnih ukrepih pa se je dostop še dodatno omejil, čakalne dobe pa še podaljšale: »/.../ potem čez ene tri mesece so mi naredili pregled krvi in so ugotovili, da imam preveč testosterona v krvi in so mi potem zmanjšali na najnižjo možno dozo, ki jo sploh lahko dobiš. In naj bi bil na tej dozi, recimo en mesec, največ dva, ko naj bi imel še en pregled krvi in naj bi me dali naprej na injekcije, ampak namesto, da bi bil en mesec na tej najmanjši dozi, sem potem zaradi covida moral biti ... tako – enih 10 mesecev« (Dylan, FS, 2020).

ravno vstopile ali pa so ob razglasu epidemije bile tik pred vstopom v postopek medicinske tranzicije, saj zaščitni ukrepi zanje predstavljajo še dodaten odlog že tako težko pričakovanih trans-specifičnih zdravstvenih storitev:

“ V bistvu ... ne tako fajn, ker sem se ful veselil. Da bom lahko v dveh letih mogoče res naredil en korak naprej. In zdaj, ko je par tednov nazaj rekel, da so objavili, da ni več teh nenujnih oskrb, je bilo tako malo ... a ne morete vseeno počakati nekaj časa, samo toliko, da dam to čez? (Domen, FS, 2020). ”

Z ozirom dostopanja do trans-specifičnih storitev se mestoma izpostavlja tudi *nemožnost spremljanja* druge osebe na trans-specifične zdravstvene obravnave z namenom podpore. Tudi zdravstvene akterke so bile bolj *neodzivne in težje dostopne*, komunikacija pa slabša, kar poraja negotovosti na strani transspolnih oseb glede prihodnjega poteka medicinske tranzicije:

“ Potem obveščanje, komunikacija se je ful poslabšala, ljudje niso sploh v bistvu obveščeni o tem, a bodo imeli pregled ali ne, ali so obveščeni, recimo dobijo SMS, torej, ne vem, bi morali imeti endokrinologijo, pa dobijo SMS – vaš pregled odpade, poklical vas bo zdravnik v prihodnjem tednu, je en mesec kasneje, pa nihče ni poklical (NGO EXP, osebni intervju, 2020). ”

Na ozadju negotovosti, zaskrbljenosti zaradi zdravstvenega stanja nekatere transspolne osebe pripovedujejo tudi o resnih razmislekih o iskanju možnosti samoplačniških zdravstvenih storitev. Ker so javnozdravstvene storitve težje dostopne oziroma so se čakalne dobe precej podaljšale, npr. Slavko (TG, osebni intervju, 2020) razmišlja o samoplačniškem endokrinološkem pregledu (gl. spodaj), ob anticipaciji izrednega podaljšanja čakalnih dob za storitve plastične kirurgije pa je Alen (FS, 2020) ob doživljanju stiske zaradi zaustavitve javnega življenja in odpovedane zgornje operacije resno razmišljal tudi o kampanjskem zbiranju sredstev za samoplačniško zdravstveno storitev:

“ /.../ mislim, mi ne preostane drugega kot da grem samoplačniško in bom šel pred naslednjim shotom samoplačniško opraviti te teste, ker kaj naj, za moje zdravje se gre. Jaz ne bom čakal, da se bo njim dvignilo in sprdnilo, da se bojo ukvarjali z mano, jaz moram poskrbeti zase, jebi ga. Tako da ja – tudi to je bila ... to je bila moja velika stiska v prvi karanteni, ker naj bi lih takrat imel zgornjo operacijo. In potem pač, ko sem ... klical na UKC, so bili samo – ko bo, te bomo poklicali. Nisem vedel, kaj to sploh pomeni in sem v bistvu že začel razmišljati o tem, da bi začel zbirati denar za privatno. ”

Posebno težavo so predstavljale tudi *zdravstvene storitve v tujini*, še posebej zaradi spremenjenih mejnih režimov, potencialne obveznosti karantene ob prihodu v tujo državo

in/ali ob povratku nazaj, pa tudi zaradi začasne ukinitve javnega prometa. O izkušnji zapletov v povezavi s kritjem stroškov prevoza v tujino zaradi nujnih zdravstvenih storitev pripoveduje Maja (TG, osebni intervju, 2020):

“No, in potem se zgodi COVID /.../ Vlaki ne vozijo in ne bi potovala skozi državo, ki je na rdečem seznamu, nimam izpita za avto, tako da morala prositi nekoga drugega, da gre v karanteno in to bi bila cela komplikacija, zato sem šla z letalom. Seveda, nato sem si poskušala povrniti sredstva, ampak ne, tudi če sem jim poskušala razložiti – glejte, bile so zdravstvene komplikacije, tukaj so papirji od zdravnice v Sloveniji, ki me je napotila v tujino, in tukaj, ukrepi, vlaki ne vozijo, nimam avta, ne vozim, zato sem šla z letalom. Ne. Ne. Kljub temu, da vlaki niso vozili – ne, ‘rekli smo, da lahko greste le z vlakom, nič ne dobite nazaj’ – zelo so strogi pri tem.”

Tiste transspolne osebe, ki so v medicinsko tranzicijo vstopile pred začetkom epidemije COVID-19 in ga v tem času tudi v veliki meri že izpeljale, so tudi tiste, ki poročajo o tem, da zaščitni ukrepi, povezani z epidemijo, *niso bistveno vplivali na možnost dostopanja* do transspecifičnih zdravstvenih storitev, saj je primarna raven načeloma in ob spoštovanju zaščitnih ukrepov ostajala, sodeč po pripovedih sodelujočih oseb, izjemno dostopna in odzivna, tudi s prilagoditvijo v smeri tele-medicine (npr. svetovanja po elektronski pošti in telefonu):

“Ampak kar se tiče dostopa, je pa zdravnica super dosegljiva in odgovarja in je na voljo za vse, tako da kar se tega tiče, nisem imel nobenih težav (Slavko, TG, osebni intervju, 2020).”

“Glede tranzicije nisem imel toliko – glede tranzicije COVID ni ful vplival na to, ker sem bil že noter. Ne vem, kako bi bilo, če bi imel prvi pregled za endokrinologa maja, to bi se mi verjetno skenslalo. Ampak ker sem bil že noter, se mi ni nekaj ful podaljšalo. Edino za operacijo, ja, ampak to sem itak že čakal nekaj časa. Nisem čutil, da je COVID še kaj dodatno ... vplival (Cimet, FS, 2020).”

Tudi zdravstvene strokovnjakinje sicer prepoznavajo problematičnost odpovedovanja nenujnih posegov v splošnem, vključno s preventivnimi programi in tudi z ozirom na 1) izdatno podaljševanje že tako dolgih čakalnih vrst, vendarle pa izpostavljajo, da so resursi zdravstvenega sistema omejeni, zato terjajo relociranje v primeru takšnih izrednih obremenitev kot je epidemija. Temu nenazadnje pritrjujejo tudi transspolne osebe, ki pripoznavajo potrebo po preprečevanju preobremenitve zdravstvenega sistema z namenom zaščite in zagotavljanja potrebne zdravstvene oskrbe za najbolj ranljive populacije:

“Ja, glejte, zdravstveni sistem je – velikokrat sem že to prisposodbo rekla, je kot odeja. Toliko – mogoče jo lih malo lahko raztegnemo, če so neke večje potrebe nekje, se pomakne na tisti konec in potem na

drugem koncu ostaneš odkriti. Se pravi, v nedogled raztegniti se ne more. Ni resursov, ni kapacitet in ko tehtaš, kako organizirati, da bodo v tem, v nekem danem trenutku pogoji zagotovljeni za tisto, kar je najbolj nujno potrebno, pač presodiš, kaj se na nek krajši časovni rok da prestaviti v neko prihodnost (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

Obenem pa zdravstvene strokovnjakinje neredko prepoznavajo tudi, da je povratek v redno izvajanje zdravstvenih storitev nujen kakor hitro bodo epidemiološke razmere to dopuščale, tudi z namenom naslavljanja zaradi epidemije podaljšanih čakalnih dob, s še 2) posebno senzibilnostjo do vzdrževanja zdravstvene obravnave ranljivih skupin. V percepciji nekaterih se v tem oziru kot ranljivo skupino izpostavlja tudi transspolne osebe, za nekatere druge zdravstvene strokovnjakinje pa potrebe po tem ni, saj je transspolna oseba percipirana kot oseba, »ki je moški ali ženska, pač, razumete, kot vsak običajen človek. Tako da mislim, da ni – da ne moremo drugače narediti« (ZDR EXP, osebni intervju, 2020). Druga zdravstvena strokovnjakinja pa v tem oziru izpostavlja tudi 3) možnost individualiziranega interpretiranja odlokov, ki potencialno izjemoma dopušča oziroma dovoljuje tudi izvajanje t. i. elektivnih storitev, pa tudi potrebo po krepitvi 4) tele-medicine, ki lahko pomembno dopolni (ne pa tudi v celoti nadomesti) zdravstveno obravnavo takrat, ko je dostop do nje otežen:

«/.../ ne glede na to, kako na nivoju načrtovalcev vidimo, tudi če bi rekli, da ni prioriteta, je seveda treba vedno pogledati tudi vsakega posameznika. Lahko je – če bi rekli, da ni prioriteta, mogoče pa je to pri enem posamezniku popolnoma drugače in bi, se mi zdi, da je potreben ta individualni pristop /.../ tudi pri vseh odlokih in odredbah je bil vedno poudarek na tem, da je potreben [individualni pristop] in vedno so bila neka vrata odprta, 'razen, če to pomeni ... neposreden vpliv na zdravje'. In neposreden vpliv na zdravje – tega je lahko zelo veliko (ZDR EXP, osebni intervju, 2020).

RESURSI IN STRATEGIJE SPOPRIJEMA Z NEGATIVNIMI VIDIKI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V POVEZAVI Z MEDICINSKO TRANZICIJO

Glede na izpostavljene negativne vidike medicinske tranzicije kot take ter v delu tudi negativne izkušnje z zdravstvenim sistemom nas v nadaljevanju zanima, s pomočjo katerih resursov in s pomočjo kakšnih strategij se transspolne osebe spoprijemajo s temi izkušnjami in izpostavljenimi vidiki, upošteva tudi izsledke drugih raziskav v tujini, ki pričajo o razširjenosti predsodkov do transspolnih oseb oziroma transspolnosti ter o cisonormativnem primežu zdravstvenega sistema. Glede na podatke, pridobljene predvsem v okviru fokusnih skupin in intervjujev s transspolnimi osebami, lahko razločimo med strategijami spoprijema z uveljavljenimi in prevladujočimi poteki medicinske tranzicije, ter dvema tipoma resursov, s pomočjo katerih se lažje spoprijemajo s cisonormativnostjo zdravstvenega sistema. Slednje delimo v dva tipa, in sicer v t. i. »intrasubjektivne resurse«, v katerih transspolne osebe moč črpajo iz sebe, iz lastnega trajektorija, premislekov ter že doživetih izkušenj; ter »intersubjektivne resurse«, kjer transspolne osebe moč (in pomoč, podporo) črpajo iz različnih odnosnih dimenzij.

V nadaljevanju tako obravnavamo 1) strategije spoprijema predvsem s pogoji in postopki medicinske tranzicije, predvsem s psihološkim in psihiatričnim delom obravnave, ki se najpogosteje izpostavlja, 2) intrasubjektivne resurse spoprijemanja z zdravstvenim sistemom kot takim, ter 3) intersubjektivne resurse spoprijemanja z zdravstvenim sistemom kot takim.

7.1.

Strategije spoprijema

Pri 1) strategijah spoprijemanja z delom psihološke in/ali psihiatrične obravnave tekom medicinske tranzicije lahko na podlagi podatkov razločimo tri različne strategije spoprijemanja, in sicer 1) to, kar smo poimenovali kot »tricks of the trade«, 2) strategije odvodov ter 3) konfrontacije. V kontekstu »tricks of the trade« imamo v mislih različne principe in prakse, ki jih transspolne osebe uporabljajo tekom medicinske tranzicije z namenom zagotavljanja takšnih zdravstvenih storitev, ki potrjujejo njihovo spolno identiteto, kljub oviram in vratarskim praksam, s katerimi se srečujejo. V tem oziru je še posebej izpostavljen princip »*fake it till you make it*«. ²⁶ Z njim imamo v mislih različne prakse, ki transspolni osebi omogočajo, da izpelje proces medicinske tranzicije s čim manj škode in s čim manj izkušene negativne obremenilnosti. S pomočjo teh praks oziroma strategij transspolne osebe razmeroma učinkovito preskakujejo vratarske ovire, predvsem tiste, ki temeljijo na kriterijih presojanja legitimnosti, doživetih kot pristranskih ali neustreznih, nepovezanih s spolno identiteto, temveč z drugimi neutemeljenimi predpostavkami (npr. starost in predpostavka stabilnosti, zrelosti). V tem oziru lahko ta princip razločimo na sledeče prakse: »mimikrija« spolne

²⁶ Gl. tudi Latham (2017), Perger (2020) ter Shepard in Hanckel (2020).

binarnosti, dokazovanje in/ali izpostavljanje lastne suverenosti in stabilnosti, ustvarjanje »že od nekdanj narativa« in specifične priprave na psihološki oziroma psihiatrični pregled, selektivno molčanje ter passing.²⁷ O namernem, zavestnem dokazovanju lastne suverenosti in stabilnosti – ker so to lastnosti, ki se jih išče in pričakuje v psihološkem in/ali psihiatričnem procesu, in to tudi na račun oziroma za ceno zmede, negotovosti, ki sta sicer dopuščeni in pričakovani pri vseh ostalih družbenih skupinah in mnogoterih družbenih sferah vsakdanjega življenja – pripoveduje npr. Jakob (FS, 2020), ki zelo nazorno izpostavi paradoksnost pričakovanja stabilnosti. Namreč, na samem začetku medicinske tranzicije se od transspolnih oseb – v zanje docela neugodnih družbenih pogojih, ki jih pomembno označuje cisnormativni družbeni red – pričakujeta suverenost in stabilnost, ki pa sta za transspolne osebe pravzaprav v veliki meri dosegljivi šele po koncu medicinske tranzicije:

“ A lahko samo še jaz nekaj, ker sem zdaj pomislil na to, da v resnici v procesu ne vzamejo v zakup, da je to, torej vstop v proces, za večino trans oseb, en izmed najtežjih obdobij življenja in takrat, če se spomnim sebe, jaz sem bil res čisto druga oseba, res, neprimerljivo s tem, kdo sem zdaj. In v resnici sem se takrat delal, da sem že tako dober, kot sem zdaj, na koncu tranzicije, to se mi zdi. ”

Poleg poskusov doseganja pričakovanj ob družbeno neugodnih pogojih se izpostavlja tudi pomen *specifičnih priprav na psihološki in/ali psihiatrični pregled*, ki trajajo po več mesecev, kar – upošteva je zgoraj obravnavano obremenilno izkušnjsko dimenzijo tega dela medicinske tranzicije – pravzaprav ne preseneča. Zaradi anticipacije nelagodja, ki se formira na osnovi pripovedi in izkušenj drugih transspolnih oseb, ki so ta vidik medicinske tranzicije že izkusile, ta del procesa postane nekaj, na kar se je treba posebej pripravljati, tudi z ozirom na pristranske kriterije ter predhodne procese »poskusov in napak«, ki se jih izpostavlja tudi v širši perspektivi izkušenj transspolnih oseb (NGO EXP, osebni intervju, 2020), ko se referira na enega izmed primerov, ki jih je izpostavil v intervjuju, in sicer na transspolno žensko, ki se je psihološkega oziroma psihiatričnega pregleda udeležila v maskulinih oblačilih (ki jih uporablja na delovnem mestu) in zaradi manka »passinga« doživela zaustavljanje oziroma upočasnevanje procesa:

“ Tistih konkretnih – kako je, kaj je, kaj moraš narediti, kako se pripraviti – in se v bistvu na nek način skupaj pripravljamo na te zadeve, lih zato, da ne pride do kakšnih takih situacij, kot je bilo recimo s tistim prejšnjim primerom, ko je prišla v maskulinih oblačil, in to pač ni bilo ok, da če se le da, se takim situacijam izognemo in naredimo vse, kakor si oni predstavljajo, da bi moralo biti, da v bistvu ustreza njihovim kriterijem. ”

²⁷ Zaradi prostorskih omejitev vsake konkretne prakse ne bomo ponazorile s citatom, osredotočile se bomo na tiste, ki so bile najpogosteje izpostavljene s strani transspolnih oseb.

S tega vidika ne preseneča, da je namensko zagotavljanje čim večje mere *passinga* – v različnih oblikah, od spolnega izraza in družbeno vzpostavljene spolne zaznamovanosti oblačil do uporabe spolno zaznamovanega imena, skladnega s spolno identiteto – naslednja najbolj izpostavljena strategija:

“Da moram pač ... passat, kolikor lahko in podobne zadeve, v resnici. Da moram izgledati, kot da sem že tam, da mi manjkajo samo še hormoni, tako nekako (Jakob, FS, 2020).”

Upošteva je zgoraj omenjene vratarske prakse, še posebej pristranske kriterije ter misinterpretacije povedanega, ki jih obravnavamo zgoraj, transspolne osebe izpostavljajo tudi prakse oziroma strategije *selektivnega molčanja*. Ob zavedanju, da se lahko povedano interpretira na neustrezne ali napačne načine, so toliko bolj pozorne na to, kaj pravzaprav povedo oziroma zaupajo: selektivno molčanje v tem oziru ni golo izigravanje kriterijev, temveč adaptacija na manko pogojev zaupnosti in varnosti v procesu psihološke in/ali psihiatrične obravnave:

“In potem posledično z večino trans oseb, ki imajo stik z drugimi trans osebami, to postane nek test. Na kak način jaz ta test najboljše prestanem, z najmanj škode? Na tak način, da enostavno ene informacije izpustim ven, ker bi lahko ogrožale mojo prihodnost z vidika operacij, hormonov, diagnoze in tako naprej. Kar je zelo zelo kontraproduktivno, ker s tem hkrati ne zaznamo ljudi, ki imajo neke resne duševne težave in bi rabile podporo, tako, da ... ampak to so lahko trans osebe – v smislu, da so lahko osebe zelo hudo depresivne in samomorilne, pa tega ne zaznamo, ker nam ne želijo povedati. Ali pa tudi to, da spustimo čez tiste, ki pač mogoče niso iz pravih razlogov tam in bi rabili neko drugo obravnavo. Tako, na hitro, na grobo, je to glavna težava, ja (EXP NGO, osebni intervju, 2020).”

Poleg 1) »tricks of the trade« velja med strategijami spoprijema s tem delom medicinske tranzicije izpostaviti še 2) strategije odvodov, pri katerih transspolne osebe tako ali drugače obupajo nad pogoji in samim potekom medicinske tranzicije in iščejo *samoplačniške možnosti*, ki so še posebej izpostavljene v kontekstu zdravstvenih storitev plastične kirurgije in endokrinoloških pregledov, torej v primeru tistih storitev, ki so še posebej obremenjene s daljšimi čakalnimi dobami in kjer je epidemija COVID-19 in z njo povezani zaščitni ukrepi situacijo še poslabšala:

“Tako da se nas vse več odloča za to, da gremo privat [na endokrinološke preglede] in da gremo samoplačniško, ker pač nam je naše zdravje bolj pomembno kot pa te čakalne vrste (NGO EXP, osebni intervju, 2020).”

“Točno to, v bistvu na to hipotetično [spomladansko] operacijo sem čakal takrat že devet mesecev in mi je bilo tako že ... v tistem prvem lockdownu sem se počutil kot da je sploh ne bo. Sem bil že tako – itak ne vem do kdaj bo, kdaj bo, in tudi zaradi tega sem potem začel razmišljati o tej samoplačniški opciji, ki se mi najprej sploh ni zdela zares opcija, ker pač 3 000 evrov v študentskem življenju je kar zalogaj in ne vem ... moja družina mi pomaga, ampak take neke vsote so ogromne. In ja, potem sem začel o tem razmišljati in sem bil tako – ok, mogoče bom pa v pol leta zbral in bom prišel dejansko do te operacije (Domen, FS, 2020).”

Redkeje se izpostavlja tudi *iskanje zdravstveno nereguliranih možnosti*, še posebej samoizvajanje hormonske terapije v primeru transspolnih žensk, tudi zaradi počasnejšega napredovanja medicinske tranzicije (gl. tudi *kriterije presojanja legitimnosti transspolnosti*) v nasprotju s – sodeč po pripovedih – hitrejšimi postopki medicinske tranzicije v primeru transspolnih moških:

“Tiste feminilne osebe, s katerimi sem v stiku, so pa – ena konkretna ni sploh prišla do hormonov po legalni poti in si v bistvu sama regulira te zadeve, sama redno hodi na samoplačniške hormonske preiskave in je našla nek svoj koktejl, ki ji ustreza, si jih mislim, da naroča iz tujine (NGO EXP, osebni intervju, 2020).”

Kot zadnji sklop strategij spoprijemanja z medicinsko tranzicijo, ki je tudi najredkeje omenjen, pa velja izpostaviti še 3) konfrontacije v njihovih različnih oblikah, od *neposrednih konfrontacij* v sami interakciji z zdravstveno akterko do *pravnih in uradnih pritožbenih postopkov*, tudi preko instituta Zagovornice pacientovih pravic, o čemer pripoveduje npr. Matevž (FS, 2020), katerega medicinska tranzicija je bila zaradi spolno nebinarne identitete neutemeljeno podaljšana »za nedoločen čas«:

“Ja, da je neka pot, kaj sploh lahko narediš. Sicer sem šel primarno z drugim mnenjem, povedal sem tudi svojo situacijo, tako da mi je takrat povedala ‘ok, zdaj se je za vas proces za nedoločen čas podaljšal’, pa sem rekel ‘ok, a je to zame pot zaprta, a moram iti v tujino?’, pa je zagovornica rekla, da tega ne morejo, ker se zdravstveno stanje lahko tudi spreminja in da mi ne morejo zapreti poti na ta način. To niso stvari, ki bi jih jaz samostojno vedel. Bilo je dosti iskanja in branja zakonov, taka izkušnja.”

7.2.

Intra- in intersubjektivni resursi spoprijema

Med resursi, ki jih delimo v 2) intrasubjektivne in 3) intersubjektivne velja izpostaviti naslednje. V kontekstu intrasubjektivnih izkušenj se najpogosteje izpostavlja *priučeno zanašanje nase*: praktična vednost in izkušnje, ki jih transspolne osebe pridobivajo tekom postopka

medicinske tranzicije, jih naučijo, da je zdravstveni sistem rigid in njim nenaklonjen, torej se pravzaprav ne morejo v celoti zanašati na zdravstvene akterke in na predpostavko o učinkovitost zdravstvene obravnave kot take, temveč je to nekaj, kar si morajo izboriti same:

“Ja, podobno, pač, ko misliš, da boš prišel in ti bojo pomagali, ko rečeš, da nekaj rabiš, hitro pogruntaš, da moraš pač sam poskrbeti zase, da ni druge (Aljaž, FS, 2020).”

Poleg priučenega zanašanja nase, ki ga lahko mislimo vzporedno z zgoraj obravnavo potrebo po konstantnem pritisku (kot enem izmed izpostavljenih negativnih vidikov medicinske tranzicije), velja izpostaviti tudi pretekle izkušnje kot take, še posebej v primeru tistih, ki so proces medicinske tranzicije že razmeroma zaključile. V teh primerih se namreč izpostavlja specifična stabilnost, mirnost, ki pravzaprav izhaja iz dejstva, da je večji del medicinske tranzicije že za njimi in da *jim tega ne morejo več vzeti*. Povedano drugače, kaže se, da sta negotovost in manko kontrole, ki jo transspolne osebe občutijo tekom medicinske tranzicije tolikšnega obsega – kljub temu da gre za njihovo spolno identiteto, ki pomembno zaznamuje njihovo vsakdanje življenje –, da se jim zdi, da je pravzaprav nenehno ogrožena. Postopek medicinske tranzicije občutijo kot nekaj, kar jim je lahko vsak hip odvzeto, od tod tudi olajšanje, ko so nekateri koraki vendarle že za njimi:

“Ja, pa tudi, ne vem, to, da sem zdaj dejansko na injekcijah, da je operacija za mano, da se zavedam, da je ta boj za mano. Tako da sem bolj sproščen. Tako da se ne bojim, da se mi bo karkoli ustavilo. Ker ... ne more. Zdaj mi ne morejo kar naenkrat ustaviti hormonov, operacija se je že zgodila. Tudi če se poslabša situacija s korono in bodo zdravstvene storitve manj dosegljive, še zmeraj vem, da se pri meni ne bo spremenilo (Dylan, FS, 2020).”

Med 3) intersubjektivnimi resursi se najpogosteje izpostavlja pomen podpore v okviru intimnejših odnosov, še posebej prijateljskih (izrazito v okviru skupnosti LGBTIQ+) ter intimnopartnerskih razmerij:

“In se mi zdi, da velik del, da se tako počutim, so ravno moji prijatelji, ki se mi zdi, da so mi nek ground, na katerem lahko stojim. Ker vedno vem, da če moram poklekniti ali karkoli, vem, da so tam. In vem, da mi bojo pomagali, da se bom spet postavil in bom šel dalje (Alen, FS, 2020).”

“Kje dobiš podporo – jaz iskreno jo dobim v svojem najožjem krogu, pa to ni mogoče le partnerka ali pa starejša sestra ali pa recimo ... dva, trije zelo bližnji prijatelji. Ampak to so res ljudje – to so ljudje, ki so v mojem življenju že dolgo časa, še iz časa pred tranzicijo, ki so ta prehod naredili zame zelo neboleč (Timotej, FS, 2020).”

Izpostavljena je tudi širša družina izvora (ne starši, temveč sorojenke ali druge sorodnice). Izpostaviti velja, da te odnosne dimenzije delujejo kot vir različnih oblik širše definirane socioemocionalne podpore, od informiranja oziroma nudenja sicer težko dostopnih informacij v povezavi s potekom medicinske tranzicije, spodbujanja k vzdrževanju zdravstvene oskrbe (glede na neko mero izogibanja zdravstvenemu sistemu zaradi negativnih izkušenj z njim), konkretnega spremljanja na zdravstvene preglede do nudenja in vzpostavljanja priložnosti za izražanje frustriranosti (t. i. *venting*), pri čemer pa je pomembno imeti v mislih to, da so ti intersubjektivni resursi – vsaj, ko gre za transspolno skupnosti – tudi izrazito centralizirani in tako neenakomerno dostopni:

“ Tako da je to definitivno potem – dostop do resursov, koga poznaš, ki ti lahko to pove. Zdaj pa to, kar je rekel Alen – če si v [večjem mestu], če si del communityja, ene tri ljudi malo rukneš – daj ti mi malo pomagaj, pa ti veš, pa ti si to že imel – če si pa bog ne daj kje iz periferije ali pa nikogar ne poznaš, ki je v takih situacijah, pa saj ne veš, kje bi začel. Ne vem, jaz sem tako starejši, da v moji okolici nikogar nisem poznal. Eno osebo, eno osebo sem poznal in preden sem šel v stik, sem jo na internetu poiskal, pa sem mu pisal – stari, pomagaj mi, kaj naj naredim, kje naj začnem, kam naj grem? Tako da – vse je odvisno od tega, koliko se lahko sam znajdeš. To ne bi smelo biti tako, ta proces bi moral biti drugače organiziran. Da je na voljo vsem, tudi tistem, ki pride pa nič ne ve, operativno, kako to poteka (Timotej, FS, 2020).

Eni izmed najpogosteje izpostavljenih virov podpore oziroma resursov so tudi (LGBTIQ+) *nevladne organizacije*: tudi te, podobno kot velja za intimnejše odnose, nudijo podporo v raznolikih oblikah, od zagovorništva, različnih aktivnosti v skupnosti LGBTIQ+, informiranja, profesionalne psihosocialne podpore, vključno s trans podpornimi skupinami, do konkretnega zagovorništva na individualni in kolektivni ravni:

“ Ja, jaz se tudi – mogoče edino, pa ne vem, če je to lih del tega, ampak vse organizacije, ki se ukvarjajo s tem, pa z zagovorništvom in aktivizmom, vsaj pri meni, meni je bilo ful v pomoč, da sem zmeraj dobil informacije, pa zmeraj so bili na voljo in vse take stvari (Aljaž, FS, 2020).

“ /.../ meni je bila [LGBT NGO] nek prostor in tudi support od [tam], od zaposlenih in prostovoljcev, pa sem tudi jaz zdaj prostovoljec, ampak sploh na začetku – meni se zdi, da je bilo tisto, kar mi je dalo neko moč in ... jaz realno ne vem, kako bi šel skozi tranzicijo, če ne bi imel vse te podpore iz [LGBT NGO], ki sem jo imel. Ker sem vedel, da po vsakem pregledu, se pridem tja usesti in jim lahko samo povem vse grozno, kar se mi je zgodilo na pregledu in me bojo poslušali in dali neko podporo, ki jo dejansko rabim (Alen, FS, 2020).

Glede na podatke ločujemo med strategijami spoprijema, ki predstavljajo »praktično vednost« manevriranja skozi potek medicinske tranzicije, ki je – glede na peto poglavje pričujočega dela – je pomembno označen z negativnimi vidiki in obremenilnimi izkušnjami, ter resursi spoprijema (torej resursi, ki jih je mogoče »mobilizirati« za to, da je izkušnja medicinske tranzicije manj obremenjujoča in bolj gladka). Z ozirom na strategije spoprijemanja, ki se nanašajo predvsem, ne pa zgolj, na korake psihološke in/ali psihiatrične obravnave v medicinski tranziciji, velja izpostaviti t. i. »tricks of the trade«, strategije odvodov in prakse konfrontiranja. Prve se nanašajo na tiste prakse in principe, ki transspolni osebi pomagajo preseči ovire in težave, s katerimi se srečujejo tekom medicinske tranzicije, z namenom doseganja tistih zdravstvenih storitev, ki so ključnega pomena za potrditev spola. Strategije odvodov so v primerjavi s »tricks of the trade« bolj »resigniranega« značaja: gre namreč za tiste prakse, s pomočjo katerih transspolne osebe iščejo možnosti izven okvira javnozdravstvenih možnosti medicinske tranzicije in to ravno zaradi mnogoterih preprek, s katerimi se tam srečujejo. Strategije konfrontiranja so redkejše, predstavljajo pa tiste prakse, s katerimi se transspolna oseba bolj ali manj neposredno zoperstavi tistim elementom medicinske tranzicije, ki jih percipira kot problematične oziroma neustrezne.

V kontekstu resursov spoprijemanja ločujemo med intra- in inter-subjektivnimi resursi. Med prvimi transspolne osebe izpostavljajo priučeno zanašanje nase ter občutek varnosti, ki izhaja iz tega, da so določene korake medicinske tranzicije že izpeljale, zaradi česar je potrditev spola že vsaj v delu izven dosega, in s tem tudi nadzora, zdravstvenih strokovnjakinj. Med intersubjektivnimi resursi se po pričakovanjih izpostavlja intimnejše odnose ter njihove vire (socioemocionalne) podpore, ki zajema raznolike prakse, od vzpostavljanja priložnosti za sproščanje frustracij skozi pogovor (t. i. *venting*) do konkretnih praks podpore (npr. spremljanja na zdravstvene preglede, povezane z medicinsko tranzicijo). Kot ključni vir podpore pa se izpostavlja tudi nevladne organizacije, tako z vidika vzpostavljanja priložnosti za vzpostavljanje in krepitev interakcij znotraj skupnosti LGBTIQ+, nudenja profesionalne psihosocialne in/ali medvrstniške ter pravne podpore do informiranja glede možnosti pravnega priznanja spola in medicinske tranzicije.

V povezavi z (I) doživljanjem zaščitnih ukrepov ugotavljamo, da transspolne osebe, vključno s širšo perspektivo, ki nam jo nudijo strokovnjakinje iz nevladnih organizacij, relevantnih za področje transspolnosti, pogosto poročajo o intenzifikaciji ekonomske in stanovanjske negotovosti. Ekonomska negotovost neredko nastopi zaradi zmanjšanja ali popolnega izpada siceršnjih dohodkov (zaradi izgube zaposlitve), zaradi česar transspolne osebe pripovedujejo tudi o zanašanju na različne oblike osebne pomoči (npr. družinskih članic, članic t. i. izbrane družine). O stanovanjski negotovosti najpogosteje pripovedujejo z ozirom na vračanja v primarna okolja oziroma v družino izvora, še posebej ko je ta manj naklonjena identitetam in skupnosti LGBTIQ+. Ta tip negotovosti se bolj izpostavlja s strani tistih transspolnih oseb, ki so pred epidemijo bivale v različnih oblikah (začasnih) institucionalnih namestitev, od študentskih domov do izvendružinskih vzgojnih institucij (npr. stanovanjske skupine). Poleg stanovanjske in ekonomske negotovosti se izpostavlja tudi otežen dostop do skupnosti LGBTIQ+ in podpore, ki jo ta nudi, tako na ravni dogodkov bolj socialnega značaja, medvrstniške podpore (npr. podporne trans skupine) kot tudi na ravni profesionalnih oblik podpore (npr. izvajanje psihosocialnega svetovanja). Specifičen vir negotovosti je tudi politična situacija, in sicer na ozadju imenovanja nove desno politično orientirane vlade dan po razglasu epidemije COVID-19 v Sloveniji ter načrtovanja in izvajanja zaščitnih ukrepov z namenom zamejevanja epidemije (npr. zaustavitev javnega življenja), skupaj s tako percipirano nepripravljenostjo vlade na drugi val epidemije ter občutkom eksploatacije epidemije v politične namene. Preplet teh negotovosti se odraža v večjih težavah z mentalnim zdravjem, pri čemer je nezanemarljivega pomena to, da so bile siceršnje oblike podpore (od neformalne socialne podpore do nevladnih programov podpore in javnozdravstvenih storitev za mentalno zdravje) težje dostopne ali pa celo ukinjene. Manjša skupina transspolnih oseb pa sicer poroča o vzdrževanju predepidemske ekonomske in stanovanjske varnosti; še posebej je to značilno za tiste transspolne osebe, ki so pred epidemijo že bivale v zasebnih nastanitvah, pogosto z drugimi članicami skupnosti LGBTIQ+ in/ali v intimnopartnerskem razmerju.

V povezavi z (II) izkušnjami transspolnih oseb z zdravstvenim sistemom izven obdobja epidemije COVID-19, pred razglasitvijo epidemije in še posebej z ozirom na tiste zdravstvene storitve, ki so povezane z medicinsko tranzicijo, ugotavljamo, da je primarna zdravstvena raven tista, v povezavi s katero transspolne osebe najpogosteje izpostavljajo pozitivne oziroma korektne izkušnje z zdravstvom. V splošnem je za korektne izkušnje značilno, da je zdravstvena akterka percipirana kot angažirana – izkazuje interes, če ne že poznavanja, področja transspolnosti, obenem pa v obravnavo transspolne osebe pristopa na senzibilen način, z zavedanjem in upoštevanjem nelagodij, ki jih zdravstvena obravnava (npr. ginekološka) lahko poraja. Spoštovanje spolne identitete pa se na strani zdravstvene akterke nenazadnje kaže tudi v rabi ustreznega imena in zaimkov. Drži pa, da velja pri obravnavanju korektnih izkušenj v

zdravstvu imeti v mislih, da imajo, kot kažejo pripovedi, transspolne osebe pogosto nizka pričakovanja glede tega, kako bodo obravnave v kontekstu zdravstva: neredko za korektnost ali pa »pozitivnost« izkušenj zadošča to, da umanjajo »grozne« izkušnje. Osebe poročajo tudi o t. i. ambivalentnih izkušnjah, ki jih razločujemo od korektnih in negativnih, saj vsebujejo preveč nelagodja in neudobja, da bi jih obravnavale kot korektne, hkrati pa ne gre nujno za izkušnjo s transfobijo, vsebujejo pa potencial za to – kratka, gre za robne izkušnje, kamor uvrščamo npr. »slabe dobronamerne prakse« ter situacije, ki so še posebej nelagodne (npr. ginekološki pregledi v primeru transspolnih moških ali spolno nebinarnih oseb).

V kontekstu negativnih izkušenj se izpostavlja pogoste izkušnje s transfobijo, od eksotizacije, kakor smo poimenovalle tiste pojave, v katerih se do transspolnih oseb pristopa kot »redkih trofej« in so kot take vir posebnega »ponosa«, ki pa se ne nujno realizira tudi v korektnih in spoštljivih praksah, patologizacije, rabe napačnega imena in zaimkov (včasih tudi večkratnim opozorilom navkljub), do zahtev po legitimizaciji transspolne osebe in situacij prisilnega razkrivanja transspolne identitete in vdorov v zasebnost. K negativnim izkušnjam uvrščamo tudi manko vednosti na strani zdravstvenih akterk (npr. nepoznavanje razlike med interspolnostjo in transspolnostjo), zaradi česar so transspolne osebe neredko prisiljene prevzemati t. i. izobraževalne naloge, ki pa so zaradi prenosa odgovornosti za ekspertizo od zdravstvene akterke kot tiste, ki naj bi vedela, na transspolno osebo, ki pravzaprav išče zdravstveno pomoč, doživete kot obremenjujoče. Iz pripovedi transspolnih oseb lahko razberemo tudi dva načina izogibanja doživljanju transfobije, in sicer *passing*, ter, paradokсно, izogibanje zdravstvenim storitvam. Ravno izogibanje zdravstvenim storitvam je, skupaj z anticipacijo transfobije, eden izmed bolj problematičnih učinkov izkušenj s transfobijo na transspolne osebe, torej v družbeni skupini, katerih položaj je že tako pomembno obtežen z zdravstveno in drugimi oblikami neenakosti. Nekatere osebe pa v tem oziru vendarle poročajo o tem, da aktivno skrbijo za lastno zdravje, ne glede na – pogosto tudi realizirane – anticipacije transfobije, pri čemer pomembno vlogo odigrajo različne podporne mreže (npr. prijateljski odnosi in njihova podpora).

Z ozirom na medicinsko tranzicijo transspolne osebe izpostavljajo naslednje pozitivne vidike: obstoj same možnosti izpeljave medicinske tranzicije v okviru javnozdravstvenega sistema ter ohlapnejšo zakonodajo, ki bolj po naključju kot pa po resnem zakonodajnem premisleku omogoča hitro izpeljavo pravnega priznanja spola brez intenzivnejših medicinskih intervencij (zadošča pridobitev diagnoze transseksualizma) ter nedavno formalizacijo interdisciplinarnega konzilija. Med negativnimi vidiki izpostavljajo siceršnje značilnosti oziroma slabosti slovenskega zdravstvenega sistema. Z ozirom na trans-specifične zdravstvene storitve izpostavljajo nejasnost postopkov, povezanih z medicinsko tranzicijo, kjer se izpostavlja

različne časovne poteke in zaporedne korake medicinske tranzicije oziroma pomanjkljivo standardiziran postopek, vključno z oteženim dostopom do informacij glede samega poteka medicinske tranzicije ter neinformiranostjo in neuskklajenostjo med samimi zdravstvenimi akterkami. V tem kontekstu se izpostavlja še manko različnih možnosti v poteku medicinske tranzicije, in sicer manko možnosti pritožbenega postopka (kar se nanaša na obdobje pred formalizacijo konzilija), manko možnosti pridobivanja drugega mnenja in izbiranja med različnimi, a enako usposobljenimi, zdravstvenimi akterkami.

Pomembna negativna značilnost medicinske tranzicije je tudi dolgotrajnost postopkov, tudi zaradi odpovedovanja že določenih terminov zdravstvenih obravnav. Dolgotrajnost se kaže tudi v nerednih, čeprav potrebnih, endokrinoloških pregledih. Sama dolgotrajnost je tista, ki poraja potrebo po konstantnem pritisku transspolnih oseb na zdravstvene akterke, da zadeve vendarle stečejo v doglednem roku, a te odgovornosti so za transspolno osebo, upošteva anticipacije transfobije, lahko precej obremenjujoče. Poglavitnejši element negativnih vidikov medicinske tranzicije predstavlja t. i. »psihiatrizacija in psihologizacija« medicinske tranzicije. Ta del je tudi najbolj obremenilno doživet, nanaša pa se na raznolike prakse presojanja legitimnosti transspolnosti na ozadju kriterijev, ki niso percipirani in doživeti kot utemeljeni ali ustrezni (npr. kriterij starosti, spolne normativnosti, obstoja pridruženih stanj ipd.), ter drugih vratarskih praks, vključno z mankom ustrezno nudene psihološke podpore. Na ozadju izpostavljenih vratarskih praks zdravstvenih akterk namreč transspolna oseba stežka vzpostavi zadostno mero zaupanja in občutka varnosti, da bi psihološka in/ali psihiatrična obravnava delovala resnično podporno.

Glede (III) dostopanja do zdravstvenega sistema v obdobju epidemije COVID-19 transspolne osebe pripovedujejo do mestoma oteženega dostopa do neprimarnih zdravstvenih storitev: medtem ko na primarni ravni do izpada zdravstvenih storitev ni prihajalo, saj so bile zdravstvene akterke ustrezno odzivne, so na ostalih ravneh transspolne osebe doživljale odpovedi t. i. elektivnih storitev (v skladu z zaščitnimi ukrepi, povezanih z epidemijo), vključno z odpovedmi ali nerednim izvajanjem storitev za mentalno zdravje. Neodzivnost zdravstvenih akterk ter nedoglednost preloženih terminov sta tista, ki porajala specifično obliko negotovosti na strani transspolnih oseb, še posebej tistih, ki so v začetnih fazah medicinske tranzicije, saj se »končni rezultat« tranzicije odmika v nepredvideno prihodnost. V delu pa transspolne osebe – še posebej tiste, ki so proces medicinske tranzicije v veliki meri že zaključile in potrebujejo le še storitve za »vzdrževanje« stanja, poročajo, da o večjih sprememb v možnosti dostopa do zdravstvenega sistema ni prihajalo.

V povezavi z (IV) spoprijemanjem z dostopom do zdravstva, tudi v okviru epidemije COVID-19, lahko ločujemo med strategijami spoprijema, ki se jih transspolne osebe poslužujejo tekom medicinske tranzicije in ki zajemajo raznolike prakse, s pomočjo katerih manevrirajo zdravstveni sistem, pomembno obtežen z različnimi vratarskimi praksami in drugimi negativnimi izkušnjami. Na podlagi podatkov izpostavljam predvsem tri večje skupine takšnih praks, in sicer t. i. »tricks of the trade«, kjer gre za prakse, s pomočjo katerih si transspolne osebe zagotovijo zdravstvene storitve, potrebne za potrditev spola (npr. passing), strategije odvoda, kjer gre za prakse, ki se skušajo vsaj v delu izogniti ali minimalizirati interakcije z javnozdravstvenim sistemom in njegovega ustroja medicinske tranzicije (npr. iskanje samoplačniških možnosti), ter prakse konfrontiranja, kjer se s tem ustrojem in vratarskimi praksami neposredno spoprime (npr. z uradnimi pritožbenimi postopki). Pri resursih spoprijemanja ločujemo med intrasubjektivnimi resursi (npr. priučeno zanašanje nase) ter intersubjektivnimi resursi, kjer pomembno vlogo odigrajo intimnejši odnosi (prijateljski odnosi, skupnost LGBTIQ+, intimnopartnerska razmerja, redkeje pa širša in/ali ožja družina izvora) ter nevladne organizacije. Negativni vidiki dostopa do zdravstvenih storitev, še posebej tistih, v okviru medicinske tranzicije, se v obdobju epidemije COVID-19 in z njo povezanih zaščitnih ukrepov še intenzivirajo. Namreč, že izven epidemske situacije je situacija zdravstvene obravnave in medicinske tranzicije pomembno obtežena z negotovostmi in nejasnostmi ter dolgotrajnostjo postopkov, te lastnosti pa se zaradi zaščitnih ukrepov (odpovedi nenujnih oziroma elektivnih zdravstvenih storitev) še potencirajo, še posebej za tiste, ki so v začetnih korakih medicinske tranzicije.

Glede (V) percepcije medicinske tranzicije s strani zdravstvenih strokovnjakinj ugotavljamo, da v percepciji pozitivnih vidikov medicinske tranzicije ne prihaja do večjih razkorakov s perspektivo transspolnih oseb: tudi zdravstvene strokovnjakinje namreč, podobno kot transspolne osebe, skupaj s strokovnjakinjami iz nevladnih organizacij, izpostavljajo pomen formalizacije konzilija in v tem oziru še posebej izpostavljajo upoštevanje mednarodnih smernic in sodelovanje z nevladnimi organizacijami, možnost pridobivanja strokovnih mnenj ter krepitev sodelovanja med posamičnimi medicinskimi strokami. Poleg tega zdravstvene strokovnjakinje kot pozitivni vidik izpostavljajo še odsotnost predsodkov med specializiranim zdravstvenim osebjem. Do večjih razkorakov s perspektivo transspolnih oseb prihaja v kontekstu negativnih vidikov: v delu sicer obstoji skladnost (in sicer v povezavi s splošnimi slabostmi slovenskega zdravstvenega sistema kot takega), sicer pa zdravstvene strokovnjakinje izpostavljajo še vprašljive dolgoročne učinke medicinske tranzicije (in sicer po dveh plateh, tako z ozirom na zadovoljstvo s seksualnostjo kot tudi vprašljivost učinkov medicinske tranzicije v primeru spolne nebinarnosti – ta se mestoma konstituira kot stvar mejne osebnostne motnje in ne kot legitimna spolna identiteta), ter neselektivnost pripuščanja v medicinsko tranzicijo

oziroma t. i. »permisivnost« vratark medicinske tranzicije. Tam, kjer torej transspolne osebe doživljajo vratarske prakse, zdravstvene strokovnjakinje percipirajo »permisivnost«. V manjši meri – in izraziteje pri tistih zdravstvenih strokovnjakinjah, ki sicer niso neposredno vpletene v postopke medicinske tranzicije – se kot negativni vidik izpostavlja tudi manko celostnega, bio-psiho-socialnega pristopa oziroma pretirano psihiatrizacijo podpore.

V povezavi s *(VI) stanjem zdravstva v obdobju razglašene epidemije COVID-19* ugotavljamo, da zdravstvene strokovnjakinje sicer zaznavajo problematičnost odpovedi elektivnih zdravstvenih storitev, pa vendar to – glede na dane epidemiološke razmere – obravnavajo kot nujni korak prerazporejanja resursov z namenom preprečevanja preobremenitve zdravstvenega sistema, čemur nenazadnje in kljub delnim frustracijam zaradi odlaganja storitev v nedogledno prihodnost pritrjuje tudi perspektiva transspolnih oseb. Ključno, glede na pripovedi zdravstvenih strokovnjakinj, je, da se sistem povrne v redno izvajanje vseh predvidenih zdravstvenih storitev, kakor hitro bodo razmere to dopuščale, tudi v imenu že obstoječih zdravstvenih neenakosti in družbeno ranljivih skupin, in da se v vmesnem času učinkovito izkoristi možnosti, ki jih ponuja tele-medicina.



- Adams, J., Dickinson, P. in Asiasiga, L. (2013). Mental health issues for lesbian, gay, bisexual and transgender people: a qualitative study. *International journal of mental health promotion*, 14(2), 105–120. doi:10.1080/14623730.2013.799821
- Agencija Evropske Unije za temeljne pravice – FRA. (2020). *Coronavirus pandemic in the EU – fundamental rights implications*. Luksemburg: Publications Office of the European Union. Dostopno na: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-coronavirus-pandemic-eu-bulletin_en.pdf (14. februar 2021).
- American psychological association. (29. junij 2020). *How COVID-19 impacts sexual and gender minorities*. Dostopno na: <https://www.apa.org/topics/covid-19/sexual-gender-minorities> (15. oktober 2020).
- Amon, J. J. in Wurth, M. (2020). A virtual roundtable on COVID-19 and human rights with human rights watch researchers. *Health and human rights*, 1 (22 - posebna številka: Mental health and human rights), 399–414. Dostopno na: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/26923515> (3. oktober 2020).
- Braun, V., in Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. London: SAGE Publications Ltd.
- Brečko, B. N. (2005). Istospolno usmerjeni: metodologija raziskovanja skritih populacij. *Družboslovne razprave*(49/50), 107–118. Dostopno na: <http://dk.fdv.uni-lj.si/dr/dr49-50Brecko.PDF> (16. februar 2021).
- Brown, P. A. (2010). Qualitative method and compromise in applied social research. *Qualitative research*, 10(2), 229–248. doi: 10.1177/1468794109356743
- Choi, S. in Powers, T. L. (2020). COVID-19: Lessons from South Korean pandemic communication strategy. *International journal of healthcare management*. doi: 10.1080/20479700.2020.1862997
- Cornwell York, E. in Waite, J. L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 1(50), 31–48. doi: 10.1177/002214650905000103.
- Courtin, E. in Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and social care in the community*, 3(25), 799–812. doi:10.1111/hsc.12311

- Czeisler, É. M., Lane, I. R., Petrovsky, E., Wiley, F. J., Christensen, A., Njai, R., . . . Rajaratnam, M. W. (14. avgust 2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic – United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and mortality weekly report*, 32(69), 1049–1057. doi: 10.15585/mmwr.mm6932a1
- Drabble, A. L. in Eliason, J. M. (2021). Introduction to special issue: impacts of the COVID-19 pandemic on LGBTQ+ health and well-being. *Journal of homosexuality*. doi:10.1080/0918369.2020.1868182
- Edenfield, C. A. (2020). Managing gender care in precarity: trans communities respond to COVID-19. *Journal of business and technical communication*, 35(1), 15–21. doi:10.1177/1050651920958504
- Egale. (6. april 2020). *National survey results: the impacts of COVID-19: LGBTQI2S in focus*. Dostopno na: Impact of COVID-19: Canada's LGBTQI2S in focus: <https://egale.ca/wp-content/uploads/2020/04/Impact-of-COVID-19-Canada%E2%80%99s-LGBTQI2S-Community-in-Focus-2020-04-06.pdf> (15. oktober 2020).
- Ellis, J. S., Bailey, L. in McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of gay and lesbian mental health*, 19, 4–20. doi:10.1080/019359705.2014.960990
- Flentje, A., Obedin-Maliver, J., Lubensky, E. M., Dastur, Z., Neilands, T. in Lunn, R. M. (2020). Depression and anxiety changes among sexual and gender minority people coinciding with onset of COVID-19 pandemic. *Journal of general internal medicine*, 9(35), 2788–2790. doi:10.1007/s11606-020-05970-4
- Garfin, R. D. (2020). Technology as a coping tool during the COVID-19 pandemic: implications and recommendations. *Stress and health*, 36(4), 555–559. doi:10.1002/smi.2975
- Gato, J., Barrientos, J., Tasker, F., Miscioscia, M. in Cerqueira-Santos, E. i. (2021). Psychosocial effects of the COVID-19 pandemic and mental health among LGBTQ+ young adults: a cross-cultural comparison across six nations. *Journal of homosexuality*. doi:10.1080/0918369.2020.1868186
- Gibb, K. J., DuBois, L. Z., Williams, S., McKerracher, L., Juster, R.-P. in Fields, J. (2020). Sexual and gender minority health vulnerabilities during the COVID-19 health crisis. *American journal of human biology*. doi:10.1002/ajhb.23499

- Hafner-Fink, M. in Uhan, S. (2021). Life and attitudes of Slovenians during the COVID-19 pandemic: The problem of trust. *International journal of sociology*, 51(1), 76–85. doi:10.1080/00207659.2020.1837480
- Heng, A., Heal, C., Banks, J. in Preston, R. (2018). Transgender peoples' experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review. *International journal of transgenderism*, 359–378. doi:10.1080/15532739.2018.1502711
- Herman, L. J. in O'Neill, K. (april 2020). *Vulnerabilities to COVID-19 among transgender adults in the US*. Dostopno na: UCLA School of Law Williams Institute: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/transgender-covid-19-risk/> (16. oktober 2020).
- Hewitt, J. (2007). Ethical components of researcher-researched relationships in qualitative interviewing. *Qualitative health research*, 17(8), 1149–1159. doi: 10.1177/1049732307308305
- Human Rights Campaign Foundation. (n.d.). *The lives and livelihoods of many in LGBTQ community are at risk amidst COVID-19 crisis*. Dostopno na: HRC Resources: <https://www.hrc.org/resources/the-lives-and-livelihoods-of-many-in-the-lgbtq-community-are-at-risk-amidst-covid-19-crisis> (15. oktober 2020).
- Ihm, J. in Lee, C. (2021). Toward more effective public health interventions during the COVID-19 pandemic: suggesting audience segmentation based on social and media resources. *Health communication*, 36(1), 98–109. doi: 10.1080/10410236.2020.1847450
- Jeričević Šušteršič, M. (9. junij 2020). *Pravno priznanje spola*. Dostopno na: Tax-Fin-Lex TFL Glasnik: <https://tax-fin-lex.si/Publikacije/TfIGlasnik/519aa51d-ade6-4706-af2c-36d0f372b43e> (23. februar 2021).
- Kamin, T., Perger, N., Debevec, L. in Tivadar, B. (2020). Alone in a time of pandemic: solo-living women coping with physical isolation. *Qualitative health research*, 31(2), 203–217. doi:10.1177/1049732320971603
- Kamin, T., Perger, N., Tivadar, B., Debevec, L. in Ule, M. (2020). Raziskovanje osebnih strategij za upravljanje vsakdanjega življenja v izrednih razmerah : kodirna knjiga. Ljubljana: Center za socialno psihologijo.
- Kidd, D. J., Jackman, B. K., Barucco, R., Dworkin, D. J., Dolezal, C., Navalta, V. T., . . . Bockting,

O. W. (2021). Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of transgender and gender nonbinary individuals engaged in a longitudinal cohort study. *Journal of homosexuality*. doi:10.1080/00918369.2020.1868185

Koletnik, A., Grm, E. A., in Gračanin, E. (2016). *Pravno priznanje spola*. Ljubljana: Društvo informacijski center Legebitra. Dostopno na: <https://transakcija.si/wp/wp-content/uploads/2016/05/Pravno-priznanje-spola-v-Sloveniji.pdf> (12. oktober 2020).

Koletnik, L. J. (2019). *Raziskava Vsakdanje življenje transspolnih oseb v Sloveniji: Raziskovalno poročilo*. Dostopno na: Zavod TransAkcija: https://transakcija.si/wp-content/uploads/2019/11/Vsakdanje-%C5%BEivljenje-transspolnih-oseb-v-Sloveniji-raziskovalno-poro%C4%8Dilo-2019_compressed.pdf (22. februar 2021).

Kuhar, R. (2015). Konec je sveta, kakšnega poznamo: populistične strategije nasprotnikov Družinskega zakonika. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 43(260), 118–132. Dostopno na: <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-Q0HK31FZ/7ff36511-256e-4a0c-ac68-0457a6c8b827/PDF> (4. februar 2021).

Kuhar, R., Monro, S. in Takács, J. (2017). Trans* citizenship in post-socialist societies. *Critical social policy*, 38(1), 99–120. doi: 10.1177/0261018317732463

Latham, J. R. (2017). (Re)making sex: A praxiography of the gender clinic. *Feminist theory*, 18(2), 177–204. doi:10.1177/1464700117700051

Lobe, B. in Morgan, L. D. (2020). Assessing the effectiveness of video-based interviewing: a systematic comparison of video-conferencing based dyadic interviews and focus groups. *International journal of social research methodology*. doi:10.1080/13645579.2020.1785763

Mackinnon, R. K., Grace, D., Ng, L. S., Sicchia, R. S. in Ross, E. L. (2020). "I don't think they thought I was ready": How pre-transition assessments create care inequities for trans people with complex mental health in Canada. *International journal of mental health*, 49(1), 56–80. doi:10.1080/00207411.2019.1711328

Maljevac, S. in Gobec, L. (2017). Neokonservativni populizem na pohodu: elitizem zakonske zveze. *Časopis za kritiko znanosti*, 45(267), 291–300. Dostopno na: <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-IEJUKLFG/60a2a8c8-7826-4cc4-a656-c0945073415e/PDF> (4. oktober 2020).

- Mencin Čeplak, M. (2005a). Referendum proti načelu enakosti pred zakonom. In V. Leskošek (ur.), *Mi in oni: nestrpnost na Slovenskem* (pp. 111–129). Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Mencin Čeplak, M. (2005b). Začaran krog diskriminacije: od moralne diskreditacije homoseksualnosti do neenakosti gejev in lezbijk pred zakonom – in nazaj. *Družboslovne razprave*(49/50), 175–186. Dostopno na: <http://dk.fdv.uni-lj.si/dr/dr49-50Mencin-Ceplak.PDF> (9. november 2020).
- Milan, S. in Treré, E. (2020). The rise of data poor: the COVID-19 pandemic seen from the margins. *Social media + society*, 6(3), 1–5. doi:10.1177/2056305120948233
- Moore, E. S., Wierenga, L. K., Prince, M. D., Gillani, B. in Mintz, J. L. (2021). Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on perceived social support, mental health and somatic symptoms in sexual and gender minority populations. *Journal of homosexuality*. doi:10.1080/00918369.2020.1868184
- Moser, A. in Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: sampling, data collection and analysis. *European journal of general practice*, 24(1), 9–18. doi:10.1080/13814788.2017.1375091
- Movement advancement project - MAP. (2020). *The disproportionate impacts of COVID-19 on LGBTQ households in the U.S.: Results from a July/August 2020 national poll*. Dostopno na: LGBT map: <https://www.lgbtmap.org/2020-covid-lgbtq-households> (15. februar 2021).
- Outright Action International. (6. maj 2020). *Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people*. Dostopno na: Research: <https://outrightinternational.org/content/vulnerability-amplified-impact-covid-19-pandemic-lgbtq-people> (15. oktober 2020).
- Perger, N. (2020). *Razpiranje horizontov možnega: o nebinarnih spolnih in seksualnih identitetah v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.
- Perger, N., Muršec, S. in Štefanec, V. (2018). *Vsakdanje življenje mladih LGBTIQ+ oseb v Sloveniji, ali: "To, da imam svoje jebene pravice!"*. Dostopno na: Društvo Parada ponosa: Resursi: http://www.ljubljanapride.org/wp-content/uploads/2018/11/Vsakdanje-%C5%BEivljenje-mladih-LGBTIQ-oseb_eknjiga.pdf (22. februar 2021).

- Perger, N., Tivadar, B. in Kamin, T. (2021). Čas ne teče za vse enako: ženske, ki živijo same, in njihovo doživljanje ter spoprijemanje z epidemijo COVID-19. *Družboslovne razprave* [v tisku].
- Persson Tholin, J. in Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *International journal of transgenderism*, 424–435. doi:10.1080/15532739.2018.1465876
- Poteat, C. T., Reisner, L. S., Miller, M. in Wirtz, L. A. (2020). COVID-19 vulnerability of transgender women with and without HIV infection in the Eastern and Southern U.S. *medRxiv (preprint)*. doi:10.1101/2020.07.21.20159327
- Rowan, P. S., Lilly, L. C., Shapiro, E. R., Kidd, M. K., Elmo, M. R., Altobello, A. R., in Vallejo, C. M. (2019). Knowledge and attitudes of health care providers toward transgender patients within a rural tertiary care center. *Transgender health*, 4.1, 24–34. doi: 10.1089/trgh.2018.0050
- Seelman, L. K. in Poteat, T. (2020). Strategies used by transmasculine and non-binary adults assigned female at birth to resist transgender stigma in healthcare. *International journal of transgender health*, 21(3), 350–365. doi:10.1080/26895269.2020.1781017
- Shepard, A. in Hanckel, B. (2020). Ontologies of transition(s) in healthcare practice: examining the lived experiences and representations of transgender adults transitioning in healthcare. *Health Sociology Review*, 30(1: Waiting to be seen: social perspectives on trans health), 41–57. doi:10.1080/14461242.2020.1854618
- Signorelli, M., Moretti-Pires, O. R. in Canavese de Oliveira, D. (2020). The health of LGBTI+ people and the COVID-19 pandemic: A call for visibility and health responses in Latin America. *Sexualities*. doi:10.1177/1363460720942016
- Snelgrove, W. J., Jasudavisius, M. A., Rowe, W. B., Head, M. E. in Bauer, R. G. (2012). "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health services research*, 212(110), 1–13. doi:10.1186/1472-6963-12-110
- Valentine, V. (2016). *Non-binary people's experiences in the UK*. Dostopno na: Scottish Trans: <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-report.pdf> (2. marec 2021).

- van der Miesen, I. R., Raaijmakers, D. in van de Grift, C. T. (2020). "You have to wait a little longer": transgender (mental) health at risk as a consequence of deferring gender-affirming treatments during COVID-19. *Archives of sexual behavior*, 1395–1399. doi:10.1007/s10508-020-01754-3
- Vance, R. S., Halpern-Felsher, L. B. in Rosenthal, M. S. (2015). Health care providers' comfort with and barriers to care of transgender youth. *Journal of adolescent health*, 56(2), 251–253. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.11.002
- Vermeir, E., Jackson, A. L. in Gard Marshall, E. (2018). Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Culture, health and sexuality*, 20(2), 232–246. doi:10.1080/13691058.2017.1338757
- Vezovnik, A. (2015). Slovenski predlog Družinskega zakonika in njegovi politični argumenti. *Teorija in praksa*, 6(52), 1191–1211. Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-A85QWRPN/8fdae0af-2f97-42ea-a53d-78cd1c92afe0/PDF> (15. oktober 2020).
- Wang, Y., Pan, B., Liu, Y., Wilson, A., Ou, J. in Chen, R. (2020). Health care and mental health challenges for transgender individuals during the COVID-19 pandemic. *The Lancet: diabetes and endocrinology*, 8(7), 564–565. doi:10.1016/S2213-8587(20)30182-0
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-conforming people* [7. verzija]. Dostopno na: WPATH Standards of care: <https://wpath.org/publications/soc> (24. februar 2021).
- Ye, Z., Yang, X., Zeng, C., Wang, Y., Shen, Z., Li, X. in Lin, D. (2020). Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China. *Applied Psychology*, 4(12), 1074–1094. doi:10.1111/aphw.12211

- Kamin, T. in Perger, N. (2020). Do you see me?: the importance of audience insights for building sustainable COVID-19 related public health strategy. *GovComms Festival*. Dostopno na: https://www.youtube.com/watch?v=CU-a1S3X1O0&list=PLrOCHPzSCYE7_bBwOQUL3gdaFYMAIA4ph&index=17 (14. februar 2021).
- Ministrstvo za zdravje – RSK (29. maj 2019). *18. Seja RSK za psihiatrijo*. Dostopno na: gov.si: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/RSK/RSK-za-psihiatrijo-zapisnik-18.-seje-2019.pdf> (23. februar 2021).
- Ministrstvo za zdravje. (10. april 2020a). *Vlada ponovno uvaja izvajanje elektivnih (nenujnih) zdravstvenih storitev za paciente*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-04-10-vlada-ponovno-uvaja-izvajanje-elektivnih-nenujnih-zdravstvenih-storitev-za-paciente/> (14. februar 2021).
- Ministrstvo za zdravje (14. oktober 2020b). *Postopno zmanjševanje zdravstvenih programov*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-10-14-postopno-zmanjsevanje-zdravstvenih-programov/> (14. februar 2021).
- Ministrstvo za zdravje. (14. oktober 2020c). *Začasno prekinjeno izvajanje nenujnih in preventivnih zdravstvenih storitev, v obvladovanje epidemije se vključuje sekundarije, pripravnike in specializante*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-10-24-zacasno-prekinjeno-izvajanje-nenujnih-in-preventivnih-zdravstvenih-storitev-v-obvladovanje-epidemije-se-vkljucuje-sekundarije-pripravnike-in-specializante/> (14. februar 2021).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje - NIJZ. (12. februar 2021). *Priporočila za preprečevanje okužbe z virusom SARS-COV-2*. Dostopno na: NIJZ: <https://www.nijz.si/sl/priporocila-za-preprecevanje-okuzbe-z-virusom-sars-cov-2> (14. februar 2021).
- TGEU – Transgender Europe (2020). *Trans rights Europe & Central Asia Map 2020*. Dostopno na: The trans rights index & maps: https://tgeu.org/wp-content/uploads/2020/05/MapA_TGEU2020-ists.pdf (23. februar 2021).
- Transgender Europe - TGEU. (n.d.). *COVID-19 and trans people*. Dostopno na: TGEU: <https://tgeu.org/covid-19/trans-people/> (15. oktober 2020).
- Univerza v Ljubljani. (25. november 2014). *Etični kodeks za raziskovalce Univerze v Ljubljani*. Dostopno na: Raziskovalno in razvojno delo: https://www.uni-lj.si/o_

univerzi_v_ljubljani/organizacija__pravilniki_in_porocila/predpisi_statut_ul_in_pravilniki/2013071115000307/ (14. februar 2021).

Vlada Republike Slovenije. (12. marec 2020a). *Slovenija razglasila epidemijo novega koronavirusa*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-03-12-slovenija-razglasila-epidemijo-novega-koronavirusa/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (13. marec 2020b). *1. redna seja Vlade Republike Slovenije*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-03-13-1-redna-seja-vlade-republike-slovenije/> (14. februar 2021).

Vlada Republike Slovenije. (15. marec 2020c). *Odločitve z dopisne seje Vlade Republike Slovenije*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-03-15-odlocitve-z-dopisne-seje-vlade-republike-slovenije/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (19. marec 2020č). *4. redna seja Vlade Republike Slovenije*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-03-19-4-redna-seja-vlade-republike-slovenije/> (14. februar 2021).

Vlada Republike Slovenije. (20. marec 2020d). *7. dopisna seja Vlade Republike Slovenije*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-03-20-7-dopisna-seja-vlade-republike-slovenije/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (29. marec 2020e). *Od polnoči prepoved gibanja izven občine stalnega ali začasnega prebivališča*. Retrieved from Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-03-29-od-polnoci-prepoved-gibanja-izven-obcine-stalnega-ali-zacasnega-prebivalisca/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (29. april 2020f). *14. redna seja Vlade Republike Slovenije*. Dostopno na Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-04-29-14-redna-seja-vlade-republike-slovenije/> (14. februar 2021).

Vlada Republike Slovenije. (8. maj 2020g). *Vlada sprošča ukrepe na področju zdravstvene dejavnosti in javnega potniškega prometa v Sloveniji*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-05-08-vlada-sproscia-ukrepe-na-podrocju-zdravstvene-dejavnosti-in-javnega-potniskega-prometa-v-sloveniji/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (14. maj 2020h). *40. dopisna seja Vlade Republike Slovenije*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-05-14-40-dopisna-seja-vlade-republike-slovenije/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (18. oktober 2020i). *Vlada razglasila epidemijo nalezljive bolezni COVID-19 na območju Republike Slovenije*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-10-18-vlada-razglasila-epidemijo-nalezljive-bolezni-covid-19-na-obmocju-republike-slovenije/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (16. november 2020j). *S poostrenimi ukrepi za umiritev epidemiološke slike*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/2020-11-16-s-poostrenimi-ukrepi-za-umiritev-epidemioloske-slike/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (27. januar 2020k). *Premier Marjan Šarec ob odstopu pozval k čimprejšnjim predčasnim volitvam*. Dostopno na: Republika Slovenija gov.si: <https://www.gov.si/novice/premier-marjan-sarec-ob-odstopu-pozval-k-cimprejsnjim-predcasnim-volitvam/> (14. februar 2020).

Vlada Republike Slovenije. (n.d.). *Koronavirus (SARS-CoV-2)*. Dostopno na: Obvladovanje nalezljivih bolezni: <https://www.gov.si teme/koronavirus-sars-cov-2/> (14. februar 2020).

World Health Organization. (27. april 2020a). *WHO Timeline – Covid-19 (Archived)*. Dostopno na: WHO News: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19> (14. februar 2020).

World Health Organization. (30. januar 2020b). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation report - 10*. Dostopno na: World Health Organization: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2 (14. februar 2020).

World Health Organization. (11. marec 2020c). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. Dostopno na: World Health Organization: Detail: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (14. februar 2020).

World Health Organization. (n.d.). *COVID-19 transmission and protective measures*. Dostopno na: World Health Organization: Information for the public: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/information/transmission-protective-measures> (14. februar 2020).

Transspolne osebe (sodelujoče v okviru fokusnih skupin – FS in poglobljenih intervjujih – TG, osebni intervju)

Demografska značilnost	Kategorija	Število udeleženk_cev
Spolna identiteta	Spolno nebinarna oseba	3
	Transspolni moški	8
	Transspolna ženska	1
Status	Zaposlen_a	3
	Nezaposlen_a	2
	Status študentke_a	5
	Status dijakinje_a	2
Starost	18 – 22 let	4
	23 – 27 let	6
	28 + let	2
	Najmlajša_i	18 let
	Najstarejša_i	37 let
Kraj bivanja	Večje mesto	10
	Manjše mesto	1
	Vas	1
Skupno število sodelujočih oseb	Fokusne skupine	10
	Intervjuji	2

Strokovnjakinje_i iz nevladnih organizacij, relevantnih za področje transspolnosti, ter **javnozdravstvenih institucij**, ne/posredno relevantnih za vprašanja medicinske tranzicije in/ali vključenih v zdravstveno obravnavo transspolnih oseb.

Tip organizacije	Število udeleženk_cev
LGBTIQ+ nevladna organizacija (EXP NGO)	3
Javnozdravstvena institucija z neposredno relevantnostjo za vprašanja medicinske tranzicije (ZDR EXP)	2
Javnozdravstvena institucija s posredno relevantnostjo za vprašanja medicinske tranzicije (ZDR EXP)	2
Skupno število sodelujočih oseb	7

PERSPEKTIVA TRANSSPOLNIH OSEB

Doživljanje zaščitnih ukrepov, povezanih s COVID-19

Obremenilno doživljanje	Finančna negotovost Stanovanjska negotovost Dostop do LGBTIQ+ skupnosti Politična situacija
Neobremenilno doživljanje	Ekonomska varnost Stanovanjska gotovost Brez večje potrebe po LGBTIQ+ skupnosti

Izkušnje z zdravstvenim sistemom izven obdobja epidemije COVID-19

Korektne izkušnje v zdravstvenem sistemu	Zdravstvena obravnava na primarni ravni Nizki parametri pričakovanj Angažiranost zdravstvene akterke Senzibilnost pristopa Raba ustreznih imen in zaimkov
Ambivalentne izkušnje	»Slabe dobronamerne prakse« Nelagodne situacije
Negativne izkušnje	Izkušnje s transfobijo Manko vednosti Prevzemanje »izobraževalnih nalog« Pomen <i>passinga</i> Učinki negativnih izkušenj na dostopanje do zdravstva

Izkušnje s postopki medicinske tranzicije

Pozitivni vidiki postopkov medicinske tranzicije	Možnost medicinske tranzicije (v okviru javnega zdravstva) Korekten odnos zdravstvenih akterk Ohlapnejša zakonodaja Formalizacija interdisciplinarnega konzilija
Negativni vidiki	Splošne značilnosti zdravstvenega sistema Nejasnost postopkov, povezanih z medicinsko tranzicijo Manko možnosti v postopkih medicinske tranzicije Dolgotrajnost postopkov medicinske tranzicije Psihologizacija in psihiatrizacija medicinske tranzicije
Predlogi sprememb za večjo vključujočnost zdravstvenega sistema	Spremembe v procesu medicinske tranzicije Spremembe na ravni relevantnih zdravstvenih institucij Zakonodajne spremembe Spremembe na odnosni ravni

Zdravstvene storitve, povezane s postopki medicinske tranzicije, v času epidemije COVID-19

Poslabšanje siceršnjih slabosti zdravstvenega sistema	<ul style="list-style-type: none"> Odpovedovanje »nenujnih« zdravstvenih storitev Neredno izvajanje storitev za mentalno zdravje Neodzivnost in otežen dostop do zdravstvenih akterk Iskanje samoplačniških možnosti zdravstvene obravnave Otežen dostop do zdravstvenih storitev v tujini
Brez sprememb v možnostih dostopanja	<ul style="list-style-type: none"> Dostopnost do primarne zdravstvene ravni Prilagajanje z možnostmi tele-medicine

Resursi in strategije spoprijema z negativnimi vidiki zdravstvenega sistema z ozirom na postopke medicinske tranzicije

Strategije spoprijema	<ul style="list-style-type: none"> »Tricks of the trades« Strategije »odvodov« Prakse konfrontiranja
Resursi spoprijemanja	<ul style="list-style-type: none"> »Intrasubjektivni« resursi spoprijema »Intersubjektivni« resursi spoprijema

PERSPEKTIVA ZDRAVSTVENIH STROKOVNJAKINJ

Percepcija obstoječega stanja medicinske tranzicije

Pozitivni vidiki	<ul style="list-style-type: none"> Formalizacija interdisciplinarnega konzilija Odsotnost predsodkov Večinska dostopnost trans-specifičnih storitev v okviru javnega zdravstva Sodelovanje med različnimi zdravstvenimi akterkami
Negativni vidiki	<ul style="list-style-type: none"> Splošne značilnosti javnega zdravstvenega sistema Vprašljivi dolgoročni učinki Neselektivnost pripuščanja v postopek medicinske tranzicije Manko celostnega pristopa Nespoštovanje spolne identitete

Percepcija (dostopnosti) zdravstva v obdobju epidemije COVID-19

Neizbežnost odpovedi elektivnih storitev	<ul style="list-style-type: none"> Podaljševanje čakalnih vrst Možnost individualiziranega branja odlokov Potreba po senzibilnosti za ranljive skupine Ohranjanje dostopnosti psihiatrične obravnave Krepitev tele-medicine
--	--

