

Martine Kvarstein

## Makt og motmakt i medisinsk kunnskap om trans\*

En kvalitativ studie av maktforholdet i kjønnsbekreftende behandling for transpersoner i Norge

Masteroppgave i Likestilling og mangfold

Veileder: Agnes Bolsø & Siri Øyslebø Sørensen

Mai 2019



Martine Kvarstein

# Makt og motmakt i medisinsk kunnskap om trans\*

En kvalitativ studie av maktforholdet i  
kjønnsbekreftende behandling for transpersoner i  
Norge

Masteroppgave i Likestilling og mangfold  
Veileder: Agnes Bolsø & Siri Øyslebø Sørensen  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Det humanistiske fakultet  
Institutt for tverrfaglige kulturstudier



# Likestilling og mangfold

## Læringsutbytte

Masterstudiet i Likestilling og mangfold har tre hovedmål:

1. Kvalifisere kandidatene til avansert arbeid relatert til kjønns-, likestillings- og mangfoldsproblematikk i næringsliv og offentlig virksomhet, i utredningsarbeid, i administrasjon, politikkutvikling, kunnskapsledelse og forskning
2. Kvalifisere kandidatene til å utføre systematiske undersøkelser gjennom kritisk tenking og analyse, og å kunne trekke kvalifiserte konklusjoner
3. Gi kandidatene inngående kunnskaper om sentrale teorier, begreper og analysemåter i tverrfaglige kjønnsstudier

## Kunnskaper

Masterkandidatene i likestilling og mangfold har

- avansert kunnskap om det tverrfaglige kjønnsforskningsfeltets sentrale teorier, debatter og kontroverser
- spesialisert innsikt i så vel historiske som samtidige endringsprosesser knyttet til likestilling og mangfold i det norske samfunnet, i lys av internasjonale og globale kontekster
- kunnskap på høyt nivå om hvordan kjønn som sosial og symbolsk kategori kan virke sammen med andre sosiale og symbolske kategorier og fenomener

## Ferdigheter

Masterkandidatene i likestilling og mangfold kan

- identifisere og arbeide selvstendig med praktiske og teoretiske problemer knyttet til likestilling og mangfold i konkrete samfunnsmessige sammenhenger
- vurdere og benytte relevante metoder og teorier for undersøkelse og analyse av kjønn og eventuelt andre sosiale kategorier i spesifikke empiriske problemstillinger på en selvstendig måte
- analysere og forholde seg kritisk til problemstillinger knyttet til forståelser av kjønn, likestilling og mangfold på ulike samfunnsarenaer og derigjennom se og anvende flere tilnæringsmåter

## Generell kompetanse

Masterkandidatene i likestilling og mangfold kan

- gjennomføre et selvstendig, avgrenset forsknings- og utredningsarbeid i tråd med gjeldende forskningsetiske normer
- anvende sine kunnskaper og ferdigheter på nye områder i tverrfaglig dialog med andre eksperter
- formidle resultater av eget faglig arbeid muntlig og skriftlig på en selvstendig måte både til eksperter og allmennhet



## SAMMENDRAG

Transpersoner har muligheten til å gjennomgå både hormonell og kirurgisk behandling for å minske kjønnsdysfori, som er opplevd ubehag på grunn av manglende samsvar mellom kjønnnet man ble tildelt ved fødsel og kjønnsidentitet. Kjønnsbekreftende behandling er et fenomen som blir mye diskutert innenfor transfeltet i det norske samfunn i dag. Avdelingen Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus er det eneste stedet i Norge der transpersoner kan få behandling. Det har vært en stor økning de siste årene av ungdom som ønsker å endre sine kjønnskarakteristika for å få kjønnsidentitet til å stemme overens med egen kropp. I tillegg har diagnosen F64.0 transseksualisme, som er den eneste diagnosen som utløser rett på kjønnsbekreftende behandling for transpersoner, blitt revidert og skal byttes ut med den nye diagnosen HA60 kjønnsinkongruens. Dette innebærer ikke bare endring for de som mottar diagnosen, men også for de som forvalter den. På grunn av strenge krav som stilles for å kunne motta behandling velger flere å søke hjelp hos aktører utenfor NBTS.

I denne oppgaven utforsker jeg spørsmålet: «På hvilken måte utfolder makt og motmakt seg i medisinsk kunnskap om trans\*?». Denne problemstillingen har jeg brutt ned til tre forskningsspørsmål som utgjør hvert sitt analysekapittel. Spørsmålene rettes mot diagnosen transseksualisme og endringen til den nye diagnosen, vokterne av diagnosen NBTS, og perspektivet til aktører utenfor NBTS inkludert fastleger, sexologer og transpersoner.

For å analysere det empiriske materialet, som består av intervjuer med fastleger og en sexolog, samt medietekster om kjønnsbekreftende behandling, bruker jeg kritisk diskurspsykologi med sine konkrete begreper fortolkningsrepertoar og subjektposisjoner, og symbolanalyse. Jeg illustrerer hvordan aktivisme og kultur har påvirket kjønnsforståelsen, og diskuterer hvordan endringen av diagnosen har betydning for de ulike aktørene innenfor transfeltet. Ved å bruke Foucault sin forståelse av makt og disiplin finner jeg at NBTS bruker diagnosen til å vurdere hvilke pasienter som er verdige eller uverdige til å motta behandling. Denne vurderingen tar tid, og mottar kritikk fra flere. Et forslag som kommer fra blant annet sexologer og leger er en desentralisering av behandlingsmonopolet som NBTS har per i dag.





## **ABSTRACT**

Trans people have the opportunity to decrease gender dysphoria, which is a conflict between a person's gender identity and the gender they were assigned at birth, through both hormonal and genital treatment. Sex reassignment treatment is a phenomenon that is widely discussed within the field of transsexualism in Norway today. The department called "National Treatment Service of Transsexualism<sup>1</sup>" (NBTS) at Oslo University Hospital is the only place in Norway where trans people can get treatment. Over the last couple of years there has been a distinct increase in youth who wants to change their gender characteristics to make their gender identity aligned with their bodies. In addition, the diagnosis transsexualism, which is the only diagnosis that gives trans people the right to treatment, has been revised and is going to be replaced with the new diagnosis gender incongruence. This does not only signify a change for trans people, but also the managers of the diagnosis. Due to strict demands to receive treatment, more and more are seeking help with actors outside NBTS.

In this paper, I investigate the question: «In what way does power and resistance unfold in medical knowledge of trans\*?». I have broken this issue down to three research questions, that all make out their own chapter of analysis. These questions are directed towards the diagnosis transsexualism and the coming change to the new diagnosis, the guardians of the diagnosis NBTS, and the perspectives outside NBTS, including doctors, sexologists and trans people.

To analyze the empirical material, consisting of interviews with doctors and a sexologist, articles and chronicles about sex reassignment treatment, I apply the analysis strategies of critical discourse psychology with interpretation repertoire and subject positions, and symbol analysis. I illustrate how activism and culture has affected the understanding of gender and discuss how the agency of different people will shift within the field. By using Foucault and his understanding of power and discipline, I find that NBTS use the diagnosis to evaluate their patients and separate those who are worthy of treatment from those who are not. This evaluation takes time and is criticized by many. A proposal from some doctors and sexologists is a decentralization of the treatment monopoly that NBTS is in possession of today.

---

<sup>1</sup> Translated from «Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme».



## **FORORD**

For en reise det har vært å skrive denne masteren i Likestilling og mangfold. Det begynte med at jeg ble litt interessert i temaene kjønn og seksualitet, og det avsluttes nå med dette prosjektet som jeg er utrolig stolt av å ha fullført. Men jeg har ikke gjort dette helt på egen hånd, og det er flere jeg ønsker å takke.

Først og fremst vil jeg rette oppmerksomheten til mine engasjerte veiledere Agnes Bolsø og Siri Øyslebø Sørensen. Tusen takk for alle kommentarer, tips, timer med veiledning og motiverende ord. Dere har gjort jobbingen lettere og inspirerende, og etter hver samtale med dere har jeg hatt troen på meg selv og at dette er noe jeg får til.

I tillegg vil jeg takke informantene som har farget prosjektet med sine erfaringer og innspill, samt dere som har satt meg i kontakt med informantene. Uten dere hadde ikke prosjektet fått den dybden og mangfoldet av perspektiver som jeg nå føler det har.

Jeg vil takke mine medstudenter som har bidratt til fremgang i prosjektet med faglige diskusjoner, og hjulpet med avkobling med tull og tøys på lesesalen og ellers sosialt. Jeg vil også takke mamma for korrekturlesing og gode innspill. Takk til min tålmodige samboer som har stilt opp med en klem når det trengtes mest og fått meg med ut så jeg fikk luftet hodet. Til slutt vil jeg også takke familie som har støttet mine valg og vist at de er stolte av meg, og gode venner som har holdt humøret og arbeidsviljen oppe og gjort studietiden min fantastisk.

Trondheim, mai 2019  
Martine Kvarstein



# **INNHOLD**

<b>Sammendrag</b> .....	<b>v</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>vii</b>
<b>Forord</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Relevans.....	3
1.3 Fakta om kjønnsbekreftende behandling .....	3
1.4 Tidligere forskning .....	5
1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	7
1.6 Oppgavens disposisjon .....	7
<b>2. Teorier om diskurs, makt og kjønn</b> .....	<b>9</b>
2.1 Diskurs .....	9
2.2 Michel Foucault om makt og disiplin .....	10
2.3 Kjønnsteori og sentrale begreper .....	12
<b>3. Metode og analysestrategi</b> .....	<b>15</b>
3.1 Dokumentanalyse og empiri .....	15
3.2 Intervju.....	16
3.2.2 Rekruttering og utvalg .....	17
3.3 Etske retningslinjer.....	18
3.4 Transkribering, koding og kategorisering .....	18
3.5 Kvalitet i forskningen.....	19
3.6 Analysestrategi.....	20
3.6.1 Kritisk diskurspsykologi.....	20
3.6.2 Symbolanalyse .....	21
<b>4. Diagnosens makt</b> .....	<b>23</b>
4.1 Viktigheten av diagnoser.....	23
4.2 F64.0 .....	25
4.3 «I juni 2018 ble alle som ikke er kjønnnet i samsvar med tissen, friskmeldt» .....	27
4.4 Hvorfor denne endringen, og hva betyr den for kjønnsforståelsen? .....	29
4.5 Oppsummering.....	32

<b>5. Det nasjonale behandlingsmonopolet.....</b>	<b>33</b>
5.1 Rignet for total kontroll .....	33
5.2 Subjektposisjoner .....	38
5.3 Oppsummering.....	40
<b>6. Perspektiver fra utsiden av NBTS .....</b>	<b>41</b>
6.1 Motmaktens stille og ukoordinerte underminering .....	41
6.1.1 Dårlig praksis .....	42
6.1.2 Trans nok?.....	45
6.1.3 Jeg vet hva jeg vil.....	47
6.1.4 Desentralisering og avvikling av monopolet.....	48
6.2 Subjektposisjoner og aktørskap .....	53
6.3 Oppsummering.....	55
<b>7. Drøfting.....</b>	<b>57</b>
7.1 Standarder for behandling .....	57
7.2 Ny diagnose .....	58
7.3 NBTS undermineres og kritiseres.....	61
7.4 Aktørene og motmakten .....	63
7.5 Desentralisering og avvikling av behandlingsmonopolet.....	63
<b>8. Etterord.....</b>	<b>65</b>
8.1 Avsluttende refleksjoner og veien videre.....	65
<b>Litteratur .....</b>	<b>67</b>
<b>Vedlegg: Intervjuguide .....</b>	<b>73</b>

*«I hjemmet gjemt bak mørk gardin, jeg inntil nå har gjort meg fin.  
Av redsel for enhver som kunne se, har jeg alene utført det  
som mine drifter drar meg til, og mine sanser gjerne vil.  
Som ikke min forstand forstår men som har bodd i meg i alle år.  
Noen kaller det en maskerade med lånte fjær og en kvinnes fasade.  
I hjemmet mitt der var det dødsens knyst.  
Den tier still, hvis skjulte lyst  
Gå mot hva Gud og hvermann sier, det er i frykt for straff man tier.  
Kulturen mener du må og du bør det, leve slik flertallet gjør det.  
Ikke gjør ting bak mørke gardiner som opprører prest og sukk medisiner.  
Noen sier det er sykt, ingen mann er en kvinne.  
De ser ikke kraften og livet der inne.  
I hjemmet mitt der slapp lyset inn, gardiner ble trukket til side.  
Da våknet kraften i sjelen min, og jeg eide meg selv hele tiden.  
Det mørke ble lyst, det triste forsvant.  
Jeg gjorde mitt opprør, jeg bannet og vant.  
Jeg fulgte min lengsel, det var slik jeg fant,  
at ingen, slett ingen, fra noen kant,  
kan si det er feil det som skaper slik glede.  
Det gale, det er å holde det nede.»*

(Lyrikk av Esben Esther Pirelli Benestad, fremført på Torp, NRK 2018)

## **1. INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn**

I mitt andre år på bachelor i sosiologi var jeg på utveksling ved universitetet i California, Berkeley. Der tok jeg et fag som het «sociology of gender», hvor jeg ble introdusert til teorier om at kjønn er noe man gjør, og at kjønn kan være flyende og ikke bare omfatte de to binære kategoriene mann og kvinne. En dag fikk klassen besøk av en gjesteforeleser som var født mann men som nå, etter utallige operasjoner og prosesser, identifiserte seg som kvinne. Hun fortalte om det kompliserte forholdet hun fikk til kona og barna, kommentarene fra både kjente og ukjente, de spørrende og skeptiske blikkene, og den uendelige prosessen med å bli godtatt som den hun var. Historien hennes gjorde sterkt inntrykk, og fikk åpnet øynene mine for transtematikk, og de mange utfordringene som finnes i forbindelse med kjønn, og ubehaget transpersoner føler ved at kropp og sinn ikke samsvarer.

Etter å ha startet på master i Likestilling og mangfold der flere av teoriene jeg hadde lært om på Berkeley også ble gjennomgått, vokste interessen for kjønn, seksualitet og ikke minst transtematikk. I tillegg ble jeg styremedlem i Trondheim Pride, og interessen for, og ønsket om å øke kompetansen innenfor de nevnte feltene økte. I januar 2018 deltok jeg på et kurs om kjønnsbekreftende behandling for personer med diagnosen transseksualisme. Kjønnsbekreftende behandling er enten hormonell eller kirurgisk behandling for å få en persons kropp til å stemme overens med dens kjønnsidentitet (Oslo universitetssykehus 2018b). På dette kurset var det flere talere, og blant dem en lege fra Nasjonal Behandlingstjeneste for Transseksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Før kurset hadde jeg fått kjennskap til kjønnsbekreftende behandling og NBTS, og i en rapport skrevet av en ekspertgruppe utnevnt av Helsedirektoratet i 2015 står det at NBTS har monopol på behandling for pasienter med diagnosen transseksualisme (Helsedirektoratet 2015). Andre helseforetak må henvise sine pasienter med denne diagnose dit (Oslo universitetssykehus 2018a). Før legen fra NBTS kom på scene virket det som at de fleste i salen, altså et publikum bestående av blant annet fastleger, sexologer, studenter og transpersoner, hadde en harmonisk og positiv tone i samspill med hverandre. Men så kom NBTS til orde, og stemning skiftet. Det kom spørsmål og sterk kritikk angående praksisen deres, kjønnsforståelsen de uttrykker og den lange ventetiden pasientene må gjennom. NBTS inntok straks en defensiv rolle der de prøvde å forsvare seg. Mens jeg så denne krasse ordvekslingen utspille seg i rommet mellom NBTS og publikum ble jeg bevisst på at her var det noe jeg ønsket å utforske videre.

Det som ble sagt fra NBTS sin side om behandling og at de hadde behandlingsmonopol var ikke nyheter for min del ettersom jeg hadde lest meg opp på forhånd av kurset. Men det var også en fastlege og en helsesykepleier tilstede, som begge sa at de tok imot og ga annet hormonell behandling til transpersoner som ikke ønsket å bli henvist til NBTS. At det gikk an å få behandling fra disse aktørene var nytt for meg. I rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» fra 2015 står det:

«For å sikre at gruppene som i dag ikke får den helsehjelp de har behov for knyttet til kjønnsdysfori, anbefales det å bygge opp kapasitet og kompetanse i den øvrige helsetjenesten» (Helsedirektoratet 2015).

Denne oppfordringen om å øke kompetanse ble da synliggjort for meg ettersom det var flere som hadde tatt tak i dette, og startet opp et alternativt tilbud for de som ikke fikk innpass hos NBTS. Forsamlingen hadde med andre ord svært ulike perspektiver på hva som er rett å gjøre for transpersoner, og det ble to motpoler med NBTS i den ene enden, og helsesykepleieren og fastlegen i den andre. Jeg så at det fantes en slags motmakt, en helseundergrunn med aktører som gikk imot NBTS sitt monopol, og det var gnisten som tente ideen om dette prosjektet. Det var det som fikk meg til å undersøke spørsmål som handler om makt til å definere



og behandle kjønn i Norge i dag. Jeg endte opp med å se på diagnosemanualen legene bruker for å kategorisere sine pasienter, hvordan NBTS framstår i media, intervjuer fastleger og en sexolog, samt studere medietekster fra pasientene sitt ståsted.

## **1.2 Relevans**

Temaet for denne oppgaven er aktuelt av flere årsaker, som blant annet at det har skjedd en del endringer innenfor transfeltet de siste årene. Diagnosemanualen som brukes i dag, ICD-10, har nylig blitt revidert, og i den nye manualen ICD-11 blir diagnosen «transseksualisme» flyttet fra kapittelet om personlighetsforstyrrelser til et kapittel om seksuell helse, og står nå som «kjønnsinkongruens» (World Health Organization 2018). I USA har Trump-administrasjonen uttrykt at de ønsker å gå tilbake til en tokjønnsmodell med kategoriene mann og kvinne basert på biologisk kjønn, og dermed viske ut transseksualisme som kategori og identitet (Benner m.fl. 2018). Det skjer altså endringer både politisk og medisinsk.

NBTS får også en del oppmerksomhet i media for tiden, og det blir stadig publisert tekster som kritiserer deres praksis og holdninger. Kritikken kommer blant annet fra transpersoner som føler de ikke blir behandlet rettferdig, og som mener at NBTS sine rammer er for strenge (Aftenposten 2018). For mange er det et problem at det ikke finnes flere alternative behandlingstjenester, og at det eksisterende tilbudet ved Rikshospitalet er for dårlig. I rapport «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn», skrevet av en ekspertgruppe på oppdrag fra Helsedirektoratet blir det tydelig at pasienter som ønsker behandling må forberede seg på lange ventetider: «Av 12 pasienter henvist til kirurgi i 2013, ventet 9 av disse fortsatt på konstruksjon av nye ytre kjønnsorganer i januar 2015» (Helsedirektoratet 2015). I lys av den pågående debatten om NBTS sitt behandlingsmonopol, samt endringene av diagnosemanualen, er dette en spennende tid å utforske fenomenet kjønnsbekreftende behandling.

## **1.3 Fakta om kjønnsbekreftende behandling**

For å gi mer innsikt i oppgavens tema vil jeg nå inkludere et kort kapittel med fakta om kjønnsbekreftende behandling i Norge.

Som tidligere nevnt i innledningen er det i dag Nasjonal Behandlingstjeneste for Transseksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, som har behandlingsmonopol for pasienter med diagnosen transseksualisme. Transseksualisme har koden F64.0 i dagens diagnosemanual ICD-10, og blir definert av NBTS som «en kjønnsidentitetsutfordring der din kjønnsidentitet er motsatt av ditt somatiske kjønn» (Oslo universitetssykehus 2018b). Det vil altså

si at det kjønn du ble tildelt ved fødselen ikke samsvarer med det kjønn du identifiserer deg som. I 2018 var det totalt 684 barn og voksne som ble henvist til NBTS (Tønseth 2018).

Kjønnsbekreftende behandling innebærer hormonell eller kirurgisk behandling for å minske følelsen av manglende samsvar mellom kropp og kjønnsidentitet. Før behandlingsoppstart er det nødvendig med utredning for å bli diagnostisert med diagnosen F64.0, som er den eneste diagnosen som utløser rett på behandling. Første steg i utredningsfasen skjer hos fastlegen, som kan vurdere om det er mistanke om transseksualisme, og deretter henvise sine pasienter videre til Distriktpsikiatriske Poliklinikk (DPS) for pasienter over 18 år (Oslo universitetssykehus 2018b), og Barne- og ungdomspsykiatriske Poliklinikk (BUP) for pasienter under 18 år (Oslo universitetssykehus 2018c). Fra disse instansene blir man så til slutt henvist til NBTS.

For pasienter under 18 år tilbys reversibel pubertetsstoppende hormonbehandling (Oslo universitetssykehus 2018c) som skal gi pasienten mer tid til å bestemme seg for om hen ønsker å gå videre med mer permanente behandlinger som genital kirurgi. Hormonell behandling endrer en persons sekundære kjønnskarakteristika. For pasienter som får tilførsel av testosteron vil det si mørkere stemme, mer kroppshår, større muskelmasse og opphørende menstruasjon (Bjark m.fl. 2010). Pasienter som tar østrogen vil få mindre kroppshår, omfordeling av fettmasse til hofter og bryst, og avtakende spermieproduksjon (Ibid.). Pasienter over 18 år kan, etter ca. ett år med hormonell behandling med øking av enten østrogen eller testosteron, bli henvist til kirurgisk avdeling (Oslo universitetssykehus 2018b). Kirurgisk behandling tilbyr fjerning av bryster, eggstokker og livmor for de som ønsker å bli anerkjent som mann, og brystaugmentasjon, altså forstørring, og genital rekonstruksjon av penis til vagina til de som identifiserer seg som kvinne (Oslo universitetssykehus 2018b).

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) er en organisasjon som har en visjon om at personer av alle kjønn, med et mangfold av kjønnsuttrykk og -identiteter skal ha tilgang til forskningsbasert helsehjelp, likestilling og rettferdighet (WPATH u.å.). WPATH har utarbeidet «Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative»<sup>2</sup> (SOC). SOC skal tilby veiledning for helsepersonell i møte med transseksuelle, transpersoner og ikke kjønnsnormative som søker assistanse for å sikre god klinisk omsorg (Coleman m.fl. 2012).

---

<sup>2</sup> På engelsk: «Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People» (WPATH 2012).

SOC er fleksible retningslinjer som skal fremme best mulig behandling for personer med kjønnsdysfori.

«Uttrykk for kjønnskarakteristikk, inkludert identiteter, som ikke stereotypisk er forbundet med det kjønn en kropp har blitt tillagt ved fødselen, er et vanlig og mangfoldig kulturelt og menneskelig fenomen, [som] ikke bør vurderes som iboende patologisk eller negativt» (Coleman m.fl. 2012: 4).

På Oslo universitetssykehus sine nettsider står det:

«Moderne behandling består av å gjøre kroppen mest mulig i samsvar med ditt mentale kjønn. Den internasjonalt anerkjente behandlingsstandarden, Standards of Care, er utarbeidet av World Professional Association for Transgender Health (WPATH). I Norge foregår behandling på Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.» (Oslo universitetssykehus 2018b).

Det står altså ikke eksplisitt at NBTS følger SOC, men i og med at SOC blir nevnt på deres sider i forbindelse med behandlingsopplegget for transseksualisme, kan det være fornuftig å anta at NBTS anerkjenner SOC sine retningslinjer, og at behandlingsopplegget skal være utviklet i tråd med disse.

## 1.4 Tidligere forskning

Transtematikk har blitt forsket på fra ulike perspektiver i flere år, som blant annet innenfor seksualitetsfeltet (Moen 2010), og psykisk helse (Storvik 2007). Enkelte har foretatt en historisk gjennomgang av definisjonen av kropp, biologisk kjønn og sosialt kjønn, og sett hvordan transkjønn og transseksualitet blir ansett og opplevd i ulike land som blant annet Norge, Israel og Storbritannia (Berger m.fl. 2004).

Medisinen og politikken for trans\* har også blitt forsket på. Den nylige endringen av transdiagnosen i ICD har blitt studert i forbindelse med bevegelsen innen transfeltet som krevde denne avskaffingen av trans som noe patologisk (depatologisering) (Davy m.fl. 2018). Davy, Schwend og Sørli (2018) diskuterer i sin artikkel «Democratising diagnoses? The role of the depathologisation perspective in constructing corporeal trans citizenship» ulike spørsmål som hvordan transbevegelsen påvirket endringen av transdiagnosen, om hvorvidt prosessen om å lage trans-relaterte diagnoser har fått en demokratisk vri, og på hvilken måte depatologiseringsdiskursen har påvirket rammene for menneskerettigheter og anerkjennelsen av juridisk kjønn (Davy m.fl. 2018).

Surya Monro og Janneke van der Ros hadde også et politisk perspektiv da de publiserte artikkelen «Trans\* and other gender variant citizenships in Norway» i

2018. Den tar for seg transpersoners levekår og statsborgerskap i Norge. Monro og van der Ros (2018) beskriver en stor økning av mennesker som identifiserer seg som trans, androgyn, eller ikke-binær over de siste tiårene, men at til tross for denne endringen er det fortsatt en binær forståelse av kjønn som råder i samfunnet og i politikken. I Norge er både velferd og arbeidsmarkedspolitikken primært basert på en heteroseksuell familiemodell, og på den måten blir det binære sterkt institusjonalisert innenfor den norske politiske og kulturelle konteksten (Monro & van der Ros 2018). De som identifiserer seg utenfor det binære, altså som ikke-binære eller andre kjønnsvarianter som ikke er diagnostisert transseksuelle, har ikke de samme rettighetene som de binære, og faller utenfor det Monro og van der Ros omtaler «fullt statsborgerskap» (Ibid.: 59).

Det har også blitt skrevet flere masteroppgaver innenfor transtematikk. Sigrid Sandal skrev i 2017 «En særlig trang til å ville forandre sitt kjønn» som undersøker hvordan leger, jurister og helsedirektoratet stiller seg til spørsmålet om behandling av transseksualisme i perioden 1952-1982. Dette er med andre ord et historisk blikk på kjønnsbekreftende behandling i Norge. I masterprosjektet til Christina Drage (2017) har hun valgt å identifisere to hovedposisjoner innen transfeltet som hun kaller «født i feil kropp», og «trans», og inkluderer teoretikere som Judith Butler, Thomas Laqueur og Torill Moi for å se på hvordan de ulike posisjonene diskuterer og opplever kjønn. «Kjønn og «andre» kjønn» skrevet av Luca Dalen Espseth (2017), tar for seg ulike diskurser som reproducerer og forklarer kjønn i norsk offentlighet. Gjennom en diskursanalytisk tilnærming ser Espseth (2017) på hvordan aktører etablerer meningssystemer gjennom språket, og hvordan forhandlinger om kjønn former mulighetene til mennesker som bryter med samfunnets kjønnsnormer.

I tidligere forskning er det et søkelys på historie, språk, medisin og politikk. Mitt prosjekt vil også utforske språk og medisin, men på en annen måte enn det som har blitt gjort tidligere. Jeg ønsker ikke å utforske hvordan diskursen påvirker livene til de menneskene som omtales, men heller å skrive fram makten som ligger i språket til de ulike aktørene. Jeg ønsker ikke å kun se på NBTS sin måte å behandle pasienter med diagnosen transseksualisme på, men også de utenfor NBTS som velger å gi behandling til de pasientene som ikke vil bli henvist til, eller som har fått avslag fra NBTS. At NBTS har monopol på kirurgisk behandling for transpersoner er ikke noe nytt. At transpersoner som ønsker behandling er skeptiske til NBTS er heller ikke nytt. Men denne motmakten som har oppstått, at disse legene og sexologene utenfor NBTS tar ansvar for de pasientene som ikke ønsker eller føler de har muligheten til å gå veien innom NBTS, den har det ikke blitt forsket mye på. I tillegg, på grunn av den nye diagnosen som kommer en gang i framtiden, har jeg også muligheten til å diskutere hvordan dette maktperspektivet har potensialet til å endre seg. Dette perspektivet med makt og

motmakt innen kjønnsbekreftende behandling, samt endringen av aktørskap, er dermed mitt bidrag til forskningen innen transtematikk.

## **1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Problemstillingen i dette prosjektet er «På hvilken måte utfolder makt og motmakt seg i medisinsk kunnskap av trans\*?» Dette er stort spørsmål, og jeg har derfor formulert mindre forskningsspørsmål som skal hjelpe meg med å svare på problemstillingen. Etersom ICD-10 ble revidert under arbeidet med oppgaven ønsket jeg å inkludere dette. Det første forskningsspørsmålet er derfor: «Hvilken makt har diagnosen, og hvordan forstår den kjønn?». Som den sentrale aktøren innenfor kjønnsbekreftende behandling for transpersoner i Norge, vil jeg inkludere NBTS sin stemme. Det andre spørsmålet jeg velger å stille er dermed: «Hvordan forstår NBTS sin egen posisjon i kjønnsbekreftende behandling?». Etter å ha deltatt på kurset om kjønnsbekreftede behandling der jeg var vitne til en motstand mot NBTS, ønsket jeg å se nærmere på hvordan aktører utenfor NBTS betraktet deres behandlingsmonopol. På bakgrunn av dette er det tredje og siste spørsmålet: «Hvordan blir NBTS sine holdninger og praksis vurdert av fastleger, sexologer, og transpersoner?» Hvert spørsmål legger grunnlaget for hvert sitt analysekapittel.

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

Denne oppgaven består av åtte kapitler. Det første er det du allerede har lest der jeg har presentert bakgrunn og relevans for prosjektet, tidligere forskning på feltet, og gjort deg kjent med oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Før jeg setter i gang med å svare på forskningsspørsmålene vil jeg først gjøre rede for teori jeg vil bruke i analysen. Først i teorikapitlet vil jeg presentere diskursteori før jeg går over til Michel Foucault sin forståelse av makt og disiplin. Deretter vil jeg gjøre deg kjent med utviklingen av kjønnsforståelse samt grunnleggende begreper som blir brukt av sentrale aktører innenfor transfeltet i dag. Deretter følger et kapittel om valg av metode og de ulike elementene ved rekruttering av informanter, etikk og kvalitet i forskningen, og hvordan den genererte empirien har blitt behandlet. Jeg vil i dette kapitlet også gjøre rede for analysestrategien jeg vil anvende. Hoveddelen av denne oppgaven vil være de tre analysekapitelene som hver tar for seg et forskningsspørsmål. Jeg vil i disse kapitelene anvende analysestrategiene for å utforske og vurdere fenomenet jeg har forsket på. I kapittel syv vil jeg drøfte funnene fra analysen. Som en avslutning på oppgaven vil jeg komme med en oppsummering av oppgaven, samt tanker om videre arbeid.



## **2. TEORIER OM DISKURS, MAKT OG KJØNN**

Som jeg kommer inn på senere i oppgaven faller mine valgte analysestrategier under en diskursanalytisk tilnærming, og jeg vil derfor i dette kapittelet starte med å presentere diskursteori og diskursanalyse. Jeg vil deretter beskrive teorier om makt og kjønn som er begreper og perspektiver som skal anvendes under analysen og drøftingen. Først vil jeg ta for meg den franske filosofen Michel Foucault sitt perspektiv på makt og disiplin, og beskrive hvordan denne forståelse er relevant for mitt prosjekt. Deretter vil jeg ha en gjennomgang av kjønnsteori som er sentral for prosjektet, og gjøre rede for begreper innen kjønnsteori og dagens kjønnsdiskurser som jeg vil bruke gjennom oppgaven.

### **2.1 Diskurs**

Ifølge pioneren innenfor både diskursteori og maktteori, Michel Foucault, er diskurs «en gruppe av utsagn som det er mulig å skille mellom og bestemme» (Foucault 1972: 80). Med andre ord handler diskurs om mønstre i språket som består av forskjellige ord og uttrykk. Vi tar i bruk ulike diskurser i ulike sosiale sammenhenger. I den medisinske verden vil man for eksempel anvende en medisinsk diskurs med spesifikke begreper og språkmønstre. Måten å omtale kjønn kan bli kalt for en kjønnsdiskurs, og som vi skal se gjennom denne oppgaven finnes det flere ulike kjønnsdiskurser som blir tatt i bruk av ulike aktører. Måten vi fremstiller verden er basert på våre tolkninger av hva som er virkelig. Noen av disse tolkningene, og konstruksjonene av virkelighet får en naturlig tyngde dersom de framstår som selvsagte og naturlige. På den måten mener Foucault at språk er tett knyttet til makt, ettersom enkelte diskurser og virkelighetsoppfatninger trer fram som hegemoniske (Foucault 1972), altså rådende. Ved å anvende diskursanalyse på et datamateriale kan vi identifisere disse mønstrene som utgjør ulike diskurser (Thagaard 2013).

Innenfor diskursanalyse finnes en retning som heter diskurspsykologi. Diskurspsykologi er en del av sosialkonstruksjonistisk tenkning der virkeligheten blir til gjennom språket og kategoriene vi gir uttrykk for (Jørgensen & Phillips 1999). Gjennom diskurspsykologi kan vi utforske hvordan holdninger, følelser og minner blir konstruert gjennom måten vi snakker på (Edley 2001). I tillegg har diskurspsykologi en poststrukturalistisk synsvinkel ved at diskursen skaper et virkelighetsbilde som virker sann for taleren (Jørgensen & Phillips 1999).

Nigel Edley (2001) snakker også om *kritisk* diskurspsykologi som en analysestrategi, og det er blant annet denne strategien jeg skal jeg bruke for å analysere empirien i oppgaven. Jeg vil utdype kritisk diskurspsykologi i kapittel 3.6 der jeg gjør rede for de ulike analysestrategiene jeg har valgt for dette prosjektet.

## 2.2 Michel Foucault om makt og disiplin

Michel Foucault var opptatt av kunnskap og institusjonell makt. Siden den medisinske profesjon og medisinske institusjoner er blant mine empiriske studieobjekter, har jeg funnet hans ideer om makt og disiplinering særlig relevante.

Foucault hevder at makt kommer nedenfra, det er ikke noe man beholder eller mister, blir tildelt eller fratatt (Foucault 1999a). Makt eksisterer med andre ord alltid og overalt. Dette blir et viktig poeng i analysedelen.

Foucault (1980) knytter også makt tett til kunnskap, som blir tydelig når han skriver «Det er ikke mulig for makt å bli utøvd uten kunnskap, det er umulig for kunnskap å ikke avle makt» (Foucault 1980: 103, min oversettelse<sup>3</sup>). Det er med andre ord et sirkulært forhold mellom kunnskap og makt, og makt er knyttet til diskurs. «Man må analysere dannelse av en bestemt type viten om kjønnen. Dette må ikke gjøres i undertrykkelsens og lovens språk, men i maktens (Foucault 1999a: 103). Institusjoner som helsevesenet spiller en sentral rolle i produksjon og reproduksjon av sannhet, og det eksisterer en maktfunksjon i diskurser de anvender (Foucault 1999a).

Et sentralt begrep innen Foucault (1999b) sin generelle maktforståelse er disiplin. Disiplin er en form for makt som har som mål å lage føyelige og lydige kroppar som er nyttige. Dette illustrerer Foucault ved å beskrive den ideelle soldat fra det 18. århundre som har blitt formet av militæret:

«Av en formløs deig, en klosset kropp har man laget den maskin man trengte. Smått om senn har man omformet kroppens holdninger, en velberegnet tvang utøves og gjør seg til herre over hver legemsdel, underkaster seg hele kroppen så den til enhver tid er tjenestevillig (...) å stå urørlige mens de lytter til en ordre, uten å bevege hodet, hendene eller føttene ... og endelig å marsjere med faste steg, med strake knær og knehaser, med tåspissene vendt ned og utøver» (Foucault 1999b: 125).

Denne disiplinen krever synlighet ettersom synligheten gjør at avvik kommer fram, og muliggjør dermed eventuelle sanksjoner. Synlighet eksisterer i institusjoner som militæret, skolen, fengselet og sykehusene, og disse kan dermed kalles disiplinære systemer.

«Innen alle disiplinære systemer fungerer en liten straffende instans, som nyter et slags juridisk privilegium, for den har sine egne lover, sine særskilte

---

<sup>3</sup> Originalt sitat: «It is not possible for power to be exercised without knowledge, it is impossible for knowledge not to engender power» (Foucault 1980:103).



forbud og sanksjoner, sine egne domstoler. Disiplinen lager et «indre straffevesen», som tar seg av et område som ikke berøres av loven» (Foucault 1999b: 161).

Hensikten med denne disiplinærstraffen er å være en korleksjon og redusere avvik og dermed også ha en normaliserende effekt (Ibid.: 163).

For å kunne gjenkjenne avvik må det disiplinære systemet teste individene. I kjernen av disiplinering ligger dermed eksaminasjon (Foucault 1999b). «Eksamineringen er et normaliserende blikk, en bevoktning som gjør det mulig å stemple, klassifisere og straffe individene» (Ibid.: 167). Eksaminasjonen bidrar til å plassere individer innenfor eller utenfor normalitetens grenser. Legen samler inn informasjon om pasientene, og bruker denne kunnskapen til å lage en generell viten som igjen blir brukt for å definere pasientene som normale eller unormale (Ibid.). Pasientene blir dermed redusert til en håndterbar enhet, et kasus, som blir brukt for å sammenligne, klassifisere og normalisere. Makten ligger altså i denne objektiviseringen og bedømmingen av individene. Det er de føyelige kroppene som består eksamineringen.

Foucault sier: «Der hvor det er makt, er det motstand» (Foucault 1999a: 106). I og med at makt finnes overalt, må det samme dermed kunne sies om motstand.

«Disse motstandspunktene er tilstede overalt i maktnettet. I forhold til makten finnes det altså ikke *ett* sted for den Avvisningen – opprørets sjel, alle oppstanders arnested, den revolusjonærenes rene lov. I stedet finnes det et *mangfold* av motstandsformer som hver er av et særegent slag: mulige, nødvendige, usannsynlige, spontane, ville, ensomme, samordnede, kryptende, voldelige, uforsonlige, kompromissvillige, egoistiske eller offervillige» (Foucault 1999a: 107).

Det er ikke én aktør som gjør motstand mot makten, men et ukoordinert mangfold med ulike opprørere, taktikker, former, og strategier. Denne ideen om mangfoldige motstandsformer blir tydelig i det siste analysekapittel når jeg ser på aktører utenfor NBTS.

Gjennom denne foucauldianske forståelsen av makt og disiplin tolker jeg ikke sykehuset som en gruppe eller aktør, men heller som et disiplinært system som ved hjelp av diagnosen og sine rådende definisjoner og holdninger kan belønne og straffe individene som i dette tilfelle blir pasientene. Pasientenes kjønne kropp er klassifisert som lydige eller uldige gjennom eksaminasjon. Denne tolkningen vil jeg anvende og utdype i analysen senere i oppgaven under diskusjonen av diagnosen og måten NBTS forholder seg til kjønnsbekreftende behandling.

### 2.3 Kjønnsteori og sentrale begreper

I det engelske språket skilles det mellom sex og gender, som på norsk kan oversettes til biologisk og sosialt kjønn. Sex og gender ble først introdusert som begreper innenfor medisinfeltet av psykiatere og andre medisinere som jobber med transseksuelle og interseksuelle (Stoller & Rubin 1998). Leger kunne nå hevde at transseksuelle led av manglende samsvar mellom biologisk og sosialt kjønn, og løsningen på problemet ble derfor å utføre operasjoner slik at de to ble synkronisert (Ibid.). Det er dette som i dag kalles kjønnsbekreftende behandling. Biologisk kjønn ble da forstått som anatomisk, basert på kjønnsorganer og kromosomer, mens sosialt kjønn ble ansett som normative kjønnsroller. Denne forståelsen av kjønn blir i dag utfordret av nye begreper.

Jeg nevnte tidligere i oppgaven at jeg ville beskrive kjønnsbegreper som blir brukt i dagens kjønnsdiskurser. Med det mener jeg diskursene som brukes i dag både innenfor den medisinske diskursen som blant annet diagnosen er en del av, og også begreper som brukes av sentrale aktører innen transfeltet, som foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold FRI og pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI).

I følge FRI (2018) er det flere som går bort fra forståelsen av biologisk kjønn definert av om en person har enten penis eller vagina. I motsetning til «anatomisk kjønn» eller «biologisk kjønn» er det vanlig å heller bruke uttrykket «kjønnet man ble tildelt ved fødsel» (FRI 2018). I denne formuleringen ligger en forståelse av at kjønn er noe som registreres når man blir født, men som ikke nødvendigvis stemmer overens med en person sitt opplevde kjønn, også kalt «kjønnsidentitet». Det som før ble omtalt som ubehag mellom biologisk og sosialt kjønn, har dermed fått den nye ordlyden opplevd ubehag mellom en persons tildelte kjønn ved fødsel og kjønnsidentitet. Dette defineres i dag som kjønnsdysfori, og er et av kravene for å bli diagnostisert som transseksuell (Oslo universitetssykehus 2018c). Når denne følelsen av manglende samsvar mellom tildelt kjønn og kjønnsidentitet er vedvarende blir det definert som kjønnsinkongruens (PKI, u.å.). Kjønnsbekreftende behandling skal med andre ord lindre kjønnsdysforien hos personer med kjønnsinkongruens (Ibid.).

Personer som opplever å være et annet kjønn enn det de ble tildelt ved fødselen kan defineres som trans\* (PKI, u.å.). Trans\* blir da et samlebegrep som inkluderer smalere definisjoner, som f.eks. transperson og transkjønnet. FRI definerer begrepet «transperson» på følgende måte:

«Personer med kjønnsidentitet(er) eller kjønnsuttrykk som bryter med det samfunnet forventer av dem på grunnlag av hvilket kjønn de fikk tildelt ved fødselen. Noen transpersoner er kvinner eller menn, andre er verken menn

eller kvinner og noen kategoriserer ikke sin egen kjønnsidentitet. Transperson er som oftest ikke en kjønnsidentitet, men en beskrivende kategori» (FRI 2018).

Det er denne definisjonen av transperson jeg vil bruke gjennom oppgaven. Både transseksuelle, som av PKI (u.å.) defineres som primært personer med diagnosen F64.0, og personer med kjønnsinkongruens, faller inn under denne definisjonen. Den inkluderer også de som definerer seg som ikke-binære, som vil si at de definerer seg mellom kategoriene mann og kvinne, som en blanding av ulike kjønn, eller en som flyter mellom kjønnskategoriene (Ibid.).

At kjønn er noe mer enn mann og kvinne er en forståelse vi også finner i verkene til kjønnsforskeren Judith Butler, og skeiv teori (fra engelske queer theory) som hun assosieres med. Skeiv teori kan brukes både teoretisk og analytisk for å utfordre og problematisere forståelser av kjønn og seksualitet. Butler ønsker i sitt verk «Gender Trouble» å problematisere den todelte og heteronormative kjønnsmodellen ved å si at kjønn er noe performativt, altså noe vi *gjør*, ikke *er*:

«Gender is the repeated stylization of the body, a set of repeated acts within a highly rigid regulatory frame that congeal over time to produce the appearance of substance, a natural sort of being» (Butler 1999: 43-44).

Kjønn blir med andre ord skapt og definert gjennom gjentakende handlinger som framstiller mann eller kvinne på en viss måte. Disse handlingene, denne performativiteten gjenskaper en original av mann og kvinne, men som Butler (1991) sier er denne originalen kun *ideen* eller *idealet* av mann og kvinne, ettersom kjønn er «a kind of imitation for which there is no original» (Butler 1991:21). Butler og skeiv teori er imot identitetskategorier som homo og hetero, noe som kan overføres til kategoriene mann og kvinne, cis (personer som identifiserer seg med kjønn de fikk tildelt ved fødsel (PKI u.å.)) og trans. Skeiv teori utfordrer også begreper som normal og avvik, og ønsker å synliggjøre fenomener som går imot normaliteten og det konvensjonelle og heteronormative. Transpersoner bryter med det som av mange, kanskje inkludert NBTS, anser som normalt og naturlig, ettersom de faller utenfor kategoriene mann og kvinne. De bryter dermed også imot den rådende heteronormativiteten:

«Heteronormativitetens kjerne er konstellasjonen mann–kvinne. Individuer som ikke kan eller vil plasseres kategorisk som enten mann eller kvinne, utfordrer og bryter denne normen. Heteronormativitet trenger ikke å bety at man eksplisitt forfølger eller diskriminerer ikke-normative kjønnsuttrykk eller eksplisitt kommer med uttalelser mot alt som bryter med normen. Like mye handler det om at ukonvensjonelle kjønnsuttrykk marginaliseres, ties i hjel, eller markeres som noe negativt og mindreverdige i den dominerende diskursen. Det heteronormative systemet er basert på binære kjønns- og seksualitetskategorier, og fungerer undertrykkende på alle som ikke enkelt

passer inn i disse kategoriene (...) Heteronormativitet er altså et uttrykk for de praksiser og institusjoner som legitimerer og privilegerer heteroseksualitet og kjønnsuttrykk som er entydige og klart avgrensbare.» (Folgerød & Hellesund 2009).

Heteronormativitet har med andre ord et binært grunnlag der det ikke er plass til de som faller utenfor kategoriene mann eller kvinne, som definerer seg som ikke-binære. Som jeg skal illustrere videre i analysen har NBTS et heteronormativt grunnlag i sin forståelse av kjønn, og i sin behandlingspraksis.

Som jeg har illustrert har det vært en tydelig utvikling av hvordan kjønn kan oppleves, bli omtalt og forstått. En kjent figur innen transtematikk i Norge, sexologen Esben Esther Pirelli Benestad operer med ikke mindre enn sju varianter av kjønn (NRK 2016), der ett av de er transkjønn. Rammene for hvordan en kropp skal se ut, hvordan man definerer hva som er maskulint eller feminint, og grensen mellom mann og kvinne er altså stadig i endring.

Viktige begreper å notere seg fra dette kapittelet, som kommer til å bli brukt gjennom resten av oppgaven er: transseksualisme, binær, ikke-binær, trans\*, transperson, cis, heteronormativ, kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens.

Nå som teorien er presentert blir neste steg å vise hvordan jeg har samlet inn data og generert empiri. I neste kapittel vil jeg gå gjennom metode, samt forklare strategiene jeg har valgt for å analysere.

### **3. METODE OG ANALYSESTRATEGI**

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for valg av metode, og prosessen med å samle inn og genere data. Jeg vil også presentere empirien. Måten empirien har blitt behandlet vil bli gjennomgått, samt tanker rundt etiske hensyn jeg som forsker må ta stilling til under forskningsprosessen. Forskningens kvalitet vil også bli diskutert med hjelp av begrepene validitet, reliabilitet og overførbarhet. Til slutt i kapitlet presenteres strategiene som skal brukes for å analysere empirien.

#### **3.1 Dokumentanalyse og empiri**

Når jeg først hadde bestemt meg for å skrive om transtematikk og kjønnsbekreftende behandling i sammenheng med NBTS begynte jeg å søke på nett etter informasjon. Jeg så fort at det var publisert mye om NBTS og om pasienter sine erfaringer med denne avdeling. Dermed ble dokumentstudier mulig å gjennomføre, samt nyttig og nødvendig for prosjektet. Dokumentstudier innebærer granskning av skriftlige kilder, og hensikten er å finne svar på det man forsker på i ulike dokumenter. Skriftlige kilder innebærer alt fra aviser, leserinnlegg, bøker, og offentlige dokumenter, til dagbøker og brev (Kjeldstadli 2007). Forskerens oppgave blir å tolke meningsinnholdet i det som står skrevet.

I det første analysekapitlet vil jeg ta for meg ordlyden i diagnosemanualen ICD for å se på forskjeller mellom den nåværende diagnosen F64.0 transseksualisme, og den kommende diagnosen HA60 kjønnsinkongruens. Under granskningen av de to diagnosene blir det viktig å identifisere hva som skiller de fra hverandre for å få fram hvorfor denne endringen kan ha noe å si for makten innenfor den medisinske kunnskapen om trans\*. Jeg vil i diagnosekapitlet også bruke Lie og Slagstad (2018) for å diskutere viktigheten av diagnoser, samt inkludere sitater fra andre kilder, som medietekster (Jacobsen 2018a; Jacobsen 2018b) for å understreke poengene jeg kommer med, og for å diskutere endringen av kjønnsforståelse (Folgerød & Hellesund 2009). I tillegg finnes det et skjema som det sies blir brukt under utredningen av NBTS sine pasienter, som jeg har blitt tilsendt gjennom mitt uformelle forskernettverk. Jeg har valgt å inkludere noen av spørsmålene pasientene må svare i dette skjemaet på for å understreke visse poeng i den kommende analysen.

For å kunne svare på forskningsspørsmål to om hvordan NBTS anser sin egen posisjon i kjønnsbekreftende behandling, finner jeg det sentralt å inkludere tekster der NBTS sin stemme blir presentert. Etter å ha brukt NBTS som søkeord i søkemotoren Atekst -Retriever på nett har jeg funnet tre tekster jeg mener egner seg godt for å skrive fram deres forståelse av egen posisjon. En av tekstene som skal studeres er en kronikk skrevet av lederne ved NBTS, Kim Tønseth og Anne Wæhre, med tittelen «Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som

ønsker å bytte kjønn. Tar du ansvaret Bent Høie?» (Tønseth & Wæhre 2018). I kronikken presenterer forfatterne en bekymring om sexologer som driver lavterskeltilbud for den økende gruppen av tenåringsjenter som ønsker hormonell behandling. De to andre tekstene er hentet fra Oslo Universitetssykehus sin nettside, der den ene tar for seg NBTS generelt og viser til det lovpålagte behandlingsansvaret de har (Oslo Universitetssykehus 2018a), og den andre om utredning og behandling av diagnosen transseksualisme for voksne (Oslo Universitetssykehus 2018b).

Dokumentene som danner grunnlaget i det siste analysekapittelet består av artikler og leserinnlegg som representerer transpersoners perspektiv. I artikkelen «Han ble født som Tuva. Nå vil 16 år gamle Thomas bli kjønnsoperert for å bli gutt» skrevet av Merete Glorvigen får vi lese om både tankene, bekymringene og spørsmålene mange transpersoner har i forbindelse med behandling, samt bekymringer fra behandlerne sin side. De to leserinnleggene jeg vil undersøke har titlene: «Når er jeg trans nok for dere, Rikshospitalet?» (Norheim 2018), og «Jeg mistet mye av ungdomstiden mens jeg ventet på Rikshospitalet» (Skullestad 2018). I disse tekstene (Glorvigen 2018; Norheim 2018; Skullestad 2018) er det de individuelle stemmene fra forfatterne som kommer fram, men ettersom jeg har lest mange lignende tekster med samme tematikk, der de samme problemstillingene og poengene blir belyst, velger jeg å la disse utvalgte tekstene representere mitt inntrykk av den generelle stemmen fra pasientene sin side. I tillegg vil jeg komme med argumenter fra rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» (Helsedirektoratet 2015), samt intervjuene jeg har gjennomført for å gi et inntrykk av det generelle perspektivet som en del av fagmiljøet utenfor NBTS deler.

### **3.2 Intervju**

I løpet av studiet lagde jeg et test-intervju som jeg prøvde ut på en fastlege. Informasjonen som kom fram var lærerik og spennende, så jeg bestemte meg for at jeg ville bruke det i oppgaven. Det inspirerte også til å intervju flere. Fordelen ved å bruke intervju er at man får innsikt i intervjupersonens holdninger og erfaringer knyttet til de tema forskeren velger å ta opp (Thagaard 2013: 95), og at en kan spørre om ting som ikke kommer fram kun ved å lese publiserte tekster. Ettersom jeg ikke hadde funnet mye informasjon om fastleger sitt perspektiv i forhold til oppgavens tema bestemte jeg meg for at jeg ville intervju helsepersonell som ikke var direkte tilknyttet NBTS.

I forkant av et intervju kan det vært lurt å lage en intervjuguide (Thagaard 2013: 100). Jeg ønsket at intervjupersonen skulle få muligheten til å snakke relativt fritt om de temaene jeg hadde bestemt på forhånd, at jeg kunne tilpasse oppfølgingsspørsmålene underveis basert på det som ble sagt. Jeg valgte derfor å

lage en semi-strukturert tematisk intervjuguide. Det vil si at jeg hadde noen rammer å forholde meg til i form av hovedspørsmål om de sentrale temaene i oppgaven, og noen alternative oppfølgingsspørsmål som ga intervjupersonen mulighet til å utdype svarene sine (Thagaard, 2013: 97). I alle intervjuene stilte jeg oppfølgingsspørsmål underveis i samtalen, som ikke var planlagt på forhånd. Rekkefølgen på de planlagte temaene ble bestemt underveis i intervjuet slik at jeg kunne følge det intervjupersonen sa, samtidig som jeg sørget for å få gått gjennom alle temaene jeg hadde bestemt meg for på forhånd (Ibid.: 98).

Alle informantene ga meg tillatelse til å bruke lydopptaker under intervjuet. Ved å ta opp samtalen sikrer jeg som forsker at alt som sies blir bevart, og at eventuelle sitater som blir brukt i oppgaven er ordrett (Thagaard, 2013: 112). Lydopptak er å foretrekke framfor å ta notater underveis, ettersom det kan bli en utfordring å få med seg alt intervjupersonen sier samtidig som man noterer (Ibid.). I tillegg er det en fordel å lytte gjennom et intervju før man gjennomfører et nytt, slik at man kan unngå å gjenta eventuelle svakheter (Ibid.). I etterkant av intervjuet blir det nødvendig å transkribere, altså skrive ned alt som ble sagt.

En utfordring ved å rekruttere helsepersonell, og i dette tilfellet særlig fastlegene, er at de har en svært travel hverdag. Jeg måtte derfor tilpasse meg deres timeplan, og komme til deres arbeidsplass for å gjennomføre intervjuene. Det gjorde også at såkalte «oppvarmingsspørsmål» ikke ble nødvendige ettersom informantene ønsket at vi skulle gå rett på sak med en gang.

### **3.2.2 Rekruttering og utvalg**

Ettersom jeg hadde bestemt meg for å bruke intervju som metode, så jeg for meg å rekruttere opptil seks personer. Disse skulle jobbe utenfor NBTS, men ha erfaring med pasienter som ønsker kjønnsbekreftende behandling. Å finne ut om en lege har erfaring med transtematikk er ikke så lett å finne ut på egen hånd, ettersom det ikke bare er å søke opp på nett. Jeg spurte derfor bekjente om de visste om noen aktuelle kandidater jeg kunne kontakte. Mine bekjente fungerte godt som formidlere (mediatorer) som satte meg som forsker i kontakt med informanter (Kristensen & Ravn 2015) og resulterte i et endelig utvalg på tre deltakere inkludert to fastleger og en sexolog. På slutten av hvert intervju spurte jeg informanten om de hadde kjennskap til andre mulige deltakere jeg kunne ta kontakt med, i håp om at denne snøballmetoden (Thagaard 2013) kunne skaffe meg et bredere utvalg. Jeg fikk tips om én annen fastlege som kunne vært interessert, men dette tipset ble ikke fulgt opp godt nok fra min side. Til tross for at det var færre informanter enn jeg opprinnelig hadde sett for meg, var jeg ikke interessert i å få tak i informasjon som var representativt, men heller få fram ulike stemmer. Det føler jeg at jeg har fått til gjennom de tre intervjuene. Likevel ser jeg i etterkant at rekrutteringsprosessen kunne vært gjort annerledes ved å for

eksempel prøve å nå ut til flere fastleger ved å høre med ulike legesentre direkte, samt å følge opp tipset jeg ble gitt bedre.

### **3.3 Etiske retningslinjer**

Når man skal gjennomføre intervju i forbindelse med et masterprosjekt er man pliktig til å melde inn prosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD vurderer om studentprosjekter og forskning oppfyller kravene om innsamling, registrering og oppbevaring av personopplysninger, anonymisering, og samtykke (NSD 2018). Prosjektet mitt ble meldt inn til NSD i oppstartsfasen av forskningen. Meldeskjema inkluderte at jeg måtte skrive et informasjonsskriv om prosjektet, og dette ble delt ut til mine informanter og skrevet under i forkant av intervjuene. Dette skrivet inkluderte punkter om anonymisering av informanten, bruk av lydopptaker under intervjuet, hvordan datamaterialet skulle behandles i etterkant, samt at informantene kunne trekke seg fra intervjuet når som helst dersom de ønsket det.

Ideelt sett skal ikke informantene kjenne seg igjen i det ferdig skrevne prosjektet (Thagaard 2013). Jeg har derfor ikke inkludert informasjon som kan identifisere dem, slik som navn, alder eller bosted. Jeg har derfor valgt å referere til dem etter yrket sitt, og de blir derfor videre omtalt som «fastlege A», «fastlege B», og «sexolog». I tråd med oppgavens tema, og ettersom jeg ikke anser mine informanter sitt kjønn som en sentral faktor for informasjonen de ga, har jeg valgt å referere til alle informanter som hen/dem.

### **3.4 Transkribering, koding og kategorisering**

Allerede under intervjuene begynte jeg å gjøre meg opp tanker om det informantene sa, så analysearbeidet startet samtidig som jeg begynte å genere data. Alle intervjuene ble transkribert, som vil si at jeg skrev ned ordrett alt som ble tatt opp med lydopptakeren. Jeg hadde ingen spesiell teknikk for å transkribere i første runde. Etter jeg hadde forsikret meg om at alt hadde blitt skrevet ned slettet jeg lydfilen. I andre runde finskrev jeg all tekst slik at eventuelle dialekter og særtrekk ved talemåte ble omgjort til bokmål, og jeg fjernet gjentakende ord og gjorde eventuelle ufullstendige setninger forståelige. Dette ble gjort for å sikre at informantene ikke kan gjenkjennes, og for å få en bedre flyt i teksten.

For å videre kunne analysere de transkriberte intervjuene begynte jeg prosessen med å kode og klassifisere. Å kode innebærer å bli godt kjent med materialet, for så å se etter mønstre og sammenhenger og sette begreper på meningsinnholdet (Thagaard 2013: 158). Etter man har kodet datamaterialet begynner prosessen med å kategorisere de ulike kodene så de danner større felles tema som gjenspeiler problemstillingen (Ibid:161). Jeg gikk gjennom alle de transkriberte intervjuene



for å finne ulike temaer som gikk igjen. Jeg arrangerte så sitater i et felles skjema med ulike kategorier som gikk igjen både innad i intervjuene, samt på tvers av intervjuene. Kategoriene ble til slutt: kompetanse, behandlingsmonopolet, behandling utenfor NBTS, desentralisering og tillitt. Disse kategoriene vil gå igjen gjennom analysen og drøftingen. Videre i prosessen ble det viktig å reflektere over valgene jeg tok underveis for å sikre god kvalitet på forskningen.

### **3.5 Kvalitet i forskningen**

Et sentralt begrep for å vurdere forskningens troverdighet er reliabilitet (Thagaard, 2013: 202). Reliabilitet handler om at forskeren skal overbevise den kritiske leseren om kvaliteten på forskningen. Forskeren må derfor inkludere en gjennomsiktighet i forskningsprosessen ved å gi en tydelig beskrivelse av strategi og metode. Dette innebærer også å ha et tydelig skille mellom innhentet data og egne refleksjoner, og å reflektere over relasjonen til deltakerne i prosjektet (Ibid.: 202-203). Ved å referere til kilder underveis i teksten viser jeg hvilke utsagn og ideer som ikke er mine egne. Det er ikke noe ved min eller mine informanter sin ulike bakgrunn som skal tilsi særlige utfordringer, utover noen betraktninger om makt ettersom jeg er student og de er eksperter. Til tross for at jeg trer inn i rollen som forsker, en rolle som innebærer autoritet, føler de seg altså i sine roller som eksperter sannsynligvis ikke truet av det. Informasjonen jeg får av mine informanter blir derfor ikke begrenset på grunn av vår relasjon.

Et annet begrep som brukes for å diskutere troverdighet er validitet (Thagaard 2013: 194). Validitet omhandler gyldigheten av forskerens tolkninger underveis, og hvorvidt resultatene representerer virkeligheten (Thagaard 2013). Jeg ønsker dog ikke å si at funnene i denne oppgaven representerer virkeligheten, men heller å framstille mitt bilde av virkeligheten basert på oppgavens datamateriale. Dette vil jeg gjøre ved å bruke sitater og tydeliggjøre mine egne tolkninger. Under intervjuet brukte jeg lydopptaker. Dette gjør at jeg kan bruke direkte sitater, og skille mellom intervjupersons utsagn og mine refleksjoner (Ibid.). Å reflektere over min egen posisjon i feltet jeg forsker på blir også viktig for å sikre god validitet ettersom en forskers tolkninger underveis blir preget av blant annet forhåndskunnskap og tilknytning til miljøet som studeres (Ibid.). Ettersom jeg verken er lege, helsesykepleier, sexolog eller transperson vil jeg si at min tilknytning til miljøet som studeres er minimal, og før prosjektet hadde jeg lite kunnskap om kjønnsbekreftende behandling eller transtematikk. Til tross for at forhåndskunnskap kan være en stor ressurs under datainnsamlingen ettersom forskeren har et solid grunnlag for å forstå og tolke det som blir studert, kan det også være en styrke å ikke ha det. Ifølge Thagaard (2013) kan det å være utenfor miljøet føre til mer åpenhet for nyanser i fenomenet som studeres. Mangel på forhåndskunnskap har fått meg til å lese mye, og stille spørsmål underveis i

intervjuer som jeg kanskje ikke ville stilt dersom jeg hadde hatt mye erfaring med feltet.

Et tredje begrep innenfor kvalitetssikring av forskning er overførbarhet. Overførbarhet går på hvorvidt tolkningene jeg gjør underveis kan overføres utover mitt eget prosjekt, og være gyldige i andre sammenhenger (Thagaard 2013: 194; 211). Ved å synliggjøre valg jeg har tatt underveis i prosessen blir resultatene mer troverdige og overførbare. Makt er et fenomen som kan studeres i de fleste sammenhenger. At noen sitter med makt som andre ønsker å avvikle skjer i flere sammenhenger. At det oppstår friksjon mellom flere parter der alle mener de sitter med fasitsvaret oppstår i flere sammenhenger. Både min kombinasjon av ulike typer datamateriale, og min analytiske tilnærming er potensielt overførbare til andre empiriske analyser.

### **3.6 Analysestrategi**

Jeg vil her ta opp tråden fra den tidligere redegjørelsen av diskursteori og -analyse for å beskrive mine valgte analysestrategier. Jeg vil også illustrere hvordan jeg vil anvende disse strategiene for å analysere empirimaterialet. Jeg vil først gjøre rede for kritisk diskurspsykologi og de to begrepene fortolkningsrepertoar og subjektposisjon, og til slutt beskrive symbolanalyse.

#### **3.6.1 Kritisk diskurspsykologi**

Gjennom ulike former for kommunikasjon blir diskurser skapt og forhandlet mellom mennesker (Edley 2001). Mennesket får dermed en sentral plass ettersom subjekter både blir produsert av, og er med på å reprodusere diskursen. Vi blir med andre ord både mestere og slaver av språket (Ibid.:190). Kritisk diskurspsykologi i Edley's forståelse inkluderer tre sentrale begreper: Fortolkningsrepertoar, subjektposisjon og ideologisk dilemma (Ibid.: 189). I den kommende analysen vil jeg kun bruke fortolkningsrepertoar og subjektposisjon.

Fortolkningsrepertoar omhandler hvordan et individ eller gruppe forstår et fenomen (Edley 2001). Når jeg som forsker ser mønstre i materialet mitt ved at ulike aktører omtaler et fenomen på lignende måter ved bruk av terminologi og metaforer, og jeg tenker at «dette har jeg hørt før», har jeg ifølge Edley (2001) identifisert et fortolkningsrepertoar. En annen måte Edley (2001) forklarer fortolkningsrepertoarer er som bøker på et bibliotek som man stadig kan låne for å konstruere en samtale (Ibid.). For å identifisere ulike fortolkningsrepertoar gjennom mønstre i språkbruken blir det med andre ord viktig å kjenne materialet mitt godt (Ibid.). I analysedelen av denne oppgaven vil jeg ta for meg empirien jeg har generert gjennom forskningsprosessen og trekke fram sitater for å illustrere hvordan jeg skriver fram de ulike fortolkningsrepertoarene. Det jeg ser

etter er lignende måter å snakke om et bestemt fenomen, som i dette prosjektet er knyttet til kjønnsbekreftende behandling og kjønnsforståelse.

Et annet sentralt begrep innenfor kritisk diskurspsykologi er subjektposisjon (Edley 2001). Ved å skrive om, eller snakke om andre aktører, tilskriver vi dem ulike posisjoner gjennom måten vi omtaler de på. Disse posisjonene kan altså endre seg både innenfor samtalen, og mellom samtaler dersom man benytter seg av ulike diskurser eller har forskjellige fortolkningsrepertoarer (Ibid.). Utsagnene kan også si noe om aktøren som ytrer dem (Ibid.). Når jeg skal finne ulike subjektposisjoner blir det sentralt å ikke nødvendigvis se på *hvem* som blir omtalt, men identifisere hvilke posisjoner de blir skrevet inn i. Jeg vil bruke de ulike posisjonene som grunnlag i drøftingen om hvordan kjønn blir forstått innenfor den medisinske kunnskapen om trans, og om aktørskap og maktforholdet innenfor dette tema.

### 3.6.2 Symbolanalyse

Et symbol defineres av Aase og Fossåskaret (2014) som et tegn som ikke har en direkte tilknytning til objektet, men som referer til et objekt gjennom felles forståelse (Aase og Fossåskaret 2014). I Norge har vi en felles forståelse om at sammensetningen av bokstavene b-o-r-d er et objekt som brukes for å sette ting på. Ordet «bord» har ikke samme betydningen for noen i et annet land. På samme måte kan det samme ordet ha ulike betydninger innenfor ulike sammenhenger. Det blir derfor sentralt å identifisere i hvilken kontekst symbolet blir brukt for å forstå betydningen (Ibid.).

Tegnet har en bokstavelig betydning som kan tenkes på som den definisjonen man finner i en ordbok. Dette kalles for tegnets denotasjon (Aase og Fossåskaret 2014: 166). Symboler har gjerne også en bakenforliggende betydning, som blir omtalt som symbolets konnotasjon (Ibid.). I en samfunnsvitenskapelig analyse slik dette er, blir det mest relevant å identifisere symbolenes konnotasjoner. Jeg som forsker kommer dermed til å tolke fram konnotasjoner fra språket til de som uttaler seg. Språket de bruker illustrerer deres tolkning av virkeligheten. På bakgrunn av denne forståelsen gjør jeg en tolkning av deres tolkning av virkeligheten, noe som kalles dobbel hermeneutikk (Ibid.: 74).

Ved å tolke fram de ulike symbolene som brukes kan jeg som forsker få en forståelse av hva slags holdninger de som bruker symbolene har til fenomenet som blir omtalt (Aase & Fossåskaret 2014). Jeg vil derfor argumentere for at symbolene blir en del av, og kan bidra til å styrke forståelsen av fortolkningsrepertoarene som skrives fram. Jeg vil særlig benytte meg av symbolanalyse i analysekapittel to som tar for seg NBTS sin posisjon, da

forfatterne av den ene teksten jeg analyserer tar i bruk et, etter min mening, meningsmettende språk med sterk symbolbruk.

I det neste kapitlet, som er første analysekapitlet, om diagnosens makt vil jeg gå nøye gjennom språket som blir brukt i diagnosen transseksualisme, og den kommende diagnosen kjønnsinkongruens. Jeg vil utføre en diskursanalyse for å tolke fram hva endringen av diagnosen betyr, samt diskutere hva som kan ha påvirket medisinen og WHO til å gjøre denne endringen.

## **4. DIAGNOSENS MAKT**

I dette første analysekapittelet vil jeg se på den formelle rammen som ligger til grunn for kjønnsbekreftende behandling, nemlig diagnosen transseksualisme. Denne diagnosen med koden F64.0 utløser rett på kjønnsbekreftende behandling for transpersoner som ønsker det. Utgangspunktet for dette kapittelet er forskningsspørsmålet «Hvilken makt har diagnosen og hvordan forstår den kjønn?».

For å kunne diskutere forskningsspørsmålet vil jeg først gjøre rede for diagnosen som blir brukt i dag. Som vi skal se har denne diagnosen blitt revidert, og den nye ordlyden vil også bli utforsket. Jeg vil studere språket i begge formuleringene og diskutere effekten av endringen. Til slutt i kapittelet vil jeg diskutere hvordan endringen av diagnosen kan være påvirket av endringen av kjønnsforståelse i samfunnet. Men først vil jeg legge fram en diskusjon om hvorfor diagnoser er et viktig og nyttig verktøy, og hvorfor enkelte transaktivister mener det er nødvendig for trans\* å forbli innenfor medisins grenser.

### **4.1 Viktigheten av diagnoser**

Diagnoser er en viktig del av å utrede og behandle pasienter, og det finnes en diagnosemanual utviklet av Verdens helseorganisasjon som heter ICD (Direktorat for e-helse 2019a). ICD står for «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems», som på norsk heter «Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer» (Direktorat for e-helse 2019a). ICD er et system med mange forskjellige standardiserte koder som klassifiserer sykdommer. Manualen blir brukt av helseforetak verden over, inkludert Nasjonal Behandlingstjeneste for Transseksualisme (NBTS) ved Rikshospitalet, for å stille diagnoser til sine pasienter. Manualen har blitt revidert flere ganger, og i dag brukes den tiende utgaven, ICD-10. En ny versjon, ICD-11, ble utviklet i 2018, og diagnosen transseksualisme fikk en ny ordlyd (Ibid.).

Til tross for at det ennå ikke finnes en plan for å innføre ICD-11 i Norge (Direktorat for e-helse 2019b) blir den nye diagnosemanualen mye omtalt og diskutert. Legene Anne Kveim Lie og Ketil Slagstad skrev i 2018 en tekst med tittelen «Diagnosens makt» som ble publisert i «Tidsskriftet Den Norsk Legeforening». Her beskriver de hvordan diagnoseendringen er et steg i svært riktig retning, og hvordan den nye diagnosen anerkjenner «transpersoners rett til å bestemme hvem de vil være» (Lie & Slagstad 2018). Denne retten har ikke transpersoner alltid hatt.

«Diagnoseendringen er et resultat av lang tids kamp fra en marginalisert og stigmatisert gruppe i samfunnet, men også av samtidens endrede forståelse av kjønnsidentiteter» (Lie & Slagstad 2018.).

Denne kampen de snakker om vil jeg diskutere videre i kapittel 4.4. Til tross for at endringen av diagnosen blir hyllet av flere, er ikke nødvendigvis diagnoser i seg selv noe ensbetydende positivt.

«Diagnoser er ikke uskyldige. Diagnoser skiller sykt fra friskt og definerer normalitetens grenser – slik samfunnet til enhver tid oppfatter dem» (Lie & Slagstad 2018).

I dette utsagnet kommer det fram at det er samfunnet som definerer hva som er normalt og unormalt, og at diagnoser skiller det syke fra det friske. Denne prosessen med å skille normal fra unormal, gir god resonans med Foucaults tenking (2001). Så lenge transpersoner er avhengige av diagnosen for å få den behandlingen de vil de ha, vil de med andre ord bli regnet som syke. Med denne tankegangen kunne det kanskje tenkes at det finnes et ønske om at transseksualisme skal havne utenfor det medisinske og utenfor diagnosemanualen, og heller bli oppfattet som en kjønnsidentitet på lik linje som å være cis. Men som sitatet nedenfor vil vise er ikke dette tilfelle:

«I diagnosemanualene har kjønnsvarianter figurert under ulike rubrikker, som seksuelle avvik, psykoseksuelle lidelser og kjønnsidentitetsforstyrrelser. Diagnoseene har bidratt til å øke stigmatiseringen av transpersoner. Derfor har mange aktivister ment at diagnosen bør oppheves, slik homofili ble fjernet i 1990. Men medisinen har for transpersoner også muliggjort identiteter, liv og kropper. Siden fortellingen om Georg Jørgensen – som gjennom kjønnsbekreftende behandling ble til Christine Jørgensen i København i 1952 – ble verdenskjent, har pasienter søkt hjelp hos leger for å få kroppene til å stemme bedre overens med kjønnsidentiteten. Derfor har også arbeidsgruppen i ICD-11 – med støtte fra mange aktivister – besluttet at det er viktig å beholde en diagnose, ikke minst fordi diagnoser utløser rettigheter, som helsetjenester og trygdeytelser» (Lie & Slagstad 2018).

Det er med andre ord nødvendig å beholde diagnosen for at transpersoner skal få den behandlingen, hjelpen og rettighetene de ønsker og har krav på. Det blir dermed ikke så lett å sammenligne transseksualisme med homofili, slik Lie og Slagstad (2018) nevner at flere aktivister har gjort. Denne utfordringen og diskusjonen vil jeg utforske mer mot slutten av oppgaven i drøftingskapittelet. Som en konklusjon vil jeg si at diagnosen som utløser rettigheter for transpersoner er viktig, og som jeg vil vise videre i dette kapittelet, at endringen fra ICD-10 til ICD-11 gjør diagnosen enda viktigere og mer inkluderende for de som ønsker kjønnsbekreftende behandling.

## 4.2 F64.0

I ICD-10 finnes det et kapittel som heter «Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne». Som en del av den generelle beskrivelsen av dette kapittelet, blir forstyrrelser beskrevet på denne måten:

«De [forstyrrelsene] representerer ekstreme eller betydningsfulle avvik fra hvordan et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur sanser, tenker, føler og, i særlig grad, forholder seg til andre. Slike atferdsmønstre er i regelen stabile og omfatter mange atferdsmessige og psykologiske funksjoner. De er ofte, men ikke alltid, forbundet med varierende grader av subjektivt ubehag og svikt i sosiale ferdigheter» (Direktorat for e-helse 2019a).

Elementer fra kulturen blir tatt med inn i vitenskapen ved at det er kulturen som definerer hva som er normalt, og hva som er avvik. Det kan dermed tenkes at kulturen har stor påvirkningskraft på den medisinske oppfatning av hva det å være trans\* innebærer.

Under overskriften «Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne» finner vi delkapittelet «Kjønnsforstyrrelser». Her finner vi diagnosen transseksualisme, med koden F64.0 som blir definert slik:

«Sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn. Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen. Ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å gjøre kroppen i mest mulig samsvar med det foretrukne kjønn, er vanlig» (Direktorat for e-helse 2019a).

Å ville bli akseptert og leve som «det annet kjønn» vil i denne sammenhengen si at dersom du har fått tildelt kjønnnet jente ved fødsel, men identifiserer deg som gutt, så ønsker du å leve som og bli anerkjent som gutt, og omvendt. F64.0 gir med andre ord ikke rom for å identifisere seg et sted imellom de to kategoriene gutt og jente, altså som ikke-binær. Diagnosen sier også at personen har «avsky» for eget kjønn. Det vil altså si at man hater og føler vemmelse over eget kjønn, over egen kropp, og at det er det som først og fremst karakteriserer «lidelsen». F64.0 stiller dermed strenge krav til de som ønsker å få denne diagnosen. Den medisinske diskursen i diagnosen har skapt et ideelt trans-subjekt som mange strever etter å etterligne.

Det finnes et spørreskjema som blant annet NBTS bruker i utredningen av diagnosen transseksualisme<sup>4</sup>. I dette skjemaet må pasientene som ønsker å få blir diagnostisert i håp om å motta kjønnsbekreftende behandling svare på spørsmål som «Hva likte du best å leke med i barnehagen?» «Hvem likte du best å leke med i barnehage/skole?». «Ble du seksuelt opphisset av å kle deg som jente/gutt i alderen mellom 12-18 år?» og «Hvor mange seksuelle partnere har du hatt hittil?» (Skjema 1a u.å.). Disse spørsmålene kan tyde på at det finnes en «rett» måte å være og gjøre trans på, og at det kun er de som gir uttrykk for å ha vært trans på riktig måte gjennom barndommen og tenårene som kommer gjennom nåløye. Det kan virke som en må ha lekt med de riktig kjønnede lekene, og med de riktig kjønnede menneskene i barndommen, blitt seksuelt opphisset av de riktig kjønnede faktorene, og ha riktig antall sexpartnere. Det ideelle trans-subjektet må med andre ord være akkurat passe feminin eller maskulin, oppføre seg som kvinne eller mann på en tilstrekkelig måte, og altså gjøre kjønn på den forventede måten. Å være trans på riktig og ekte måte er en ide legen Harry Benjamin kom med på 1960-tallet når han skapte et skille mellom transseksualisme, definert som å identifisere seg som det andre kjønn, og transvestisme, som vil si å kle seg som det andre kjønn (Bolstad 2019).

Likt som soldaten som må kle seg riktig, stå rett, gå i takt og snakke på en bestemt måte (Foucault 1999b) blir altså også transpersoner vurdert på sin føyelighet. Dersom man avskyr eget kjønn, ser nok feminin eller maskulin ut, og ønsker å bli oppfattet som «motsatt» av det kjønn du fikk tildelt ved fødsel, kan man bli regnet som føyelige, og dermed verdige for å motta behandling. Det betyr ikke nødvendigvis at det du gir uttrykk for stemmer med det du føler på innsiden, men at du klarer å justere deg selv og din kropp for å passe inn i normalitetens rammer. De som ikke passer inn i diagnosens rammer derimot, eller som ikke klarer å iscenesette kjønn på riktig måte, kan dermed bli beskrevet som ulydige og uverdige.

Denne vurderingen og eksaminasjonen av kroppen fører til at enkelte vrir på sannheten:

«Mange transpersoner tilpasser sine historier, både bevisst og ubevisst, til de diagnostiske kravene som stilles gjennom diagnosene og helsepersonell

---

<sup>4</sup> Jeg fått tilsendt dette skjemaet i mitt uformelle forskernettverk. Det har ikke blitt bekreftet at det er dette skjemaet NBTS bruker i dag, men utsagnene fra pasienter som kommer senere i oppgaven kan tilsi at det i det minste er lignende spørsmål som stilles under utredelsen av diagnosen F64.0 ved NBTS.



[sin] forvaltning av diagnosen» (Luca Dalen Espseth, sitert i Jacobsen 2018a).

«Nå er det slik at ikke-binære ikke har mulighet til å få behandling gjennom det offentlige helsesystemet, altså Nasjonal Behandlingstjeneste for Transseksualisme. Derfor føler mange at de må lyve for å få tilgang til behandling, eller gå via private aktører» (Mathilde Decaen, sitert i Jacobsen 2018b).

For å kunne bli den de føler at de er blir det altså nødvendig for de som står i fare for å bli regnet som ulydige å lyve. For de ulydige og uverdige får ikke stempelet F64.0, og dermed heller ikke rett til behandling. Det finnes også andre diagnoser for transseksualisme; F64.8 Andre spesifiserte kjønnsidentitetsforstyrrelser, og F64.9 uspesifiserte kjønnsidentitetsforstyrrelser (Direktorat for e-helse 2019a). Disse diagnosene blir ikke videre spesifisert i diagnosemanualen, og utløser heller ikke rett til behandling. Det kan tenkes at de som identifiserer seg som ikke-binære vil bli kategorisert innen en av dem. Uansett blir det nå, som jeg vil vise i neste delkapittel 4.3, plass til flere innenfor rammene av den nye diagnosen, som betyr at flere får rett til behandling.

### **4.3 «I juni 2018 ble alle som ikke er kjønnet i samsvar med tissen, friskmeldt»**

Tittelen for dette delkapittelet er et sitat fra legen, spesialisten i klinisk sexologi og professoren i sexologi, Esben Esther Pirelli Benestad, som snakket om den nye diagnosemanualen Verdens helseorganisasjon kom med i juni 2018 (Pirelli Benestad, sitert i Berg 2019). Tidsperspektivet på når denne nye versjonen skal bli tatt i bruk i Norge er foreløpig uvisst, men ettersom det tok sju år fra den norske versjonen av ICD-10 ble utarbeidet til den ble tatt i bruk i somatiske sykehus (Direktorat for e-helse, u.å.), kan vi altså regne med å måtte vente noen år til.

Allerede i sitatet fra Pirelli Benestad nevnt ovenfor finner vi bevis på at diagnosen har stor makt – makten til å definere hvem er friske og hvem som er syke. At noen «ikke er kjønnet i samsvar med tissen» (Berg 2019) blir en annen måte å referere til personer med kjønnsinkongruens, som blir definert som et vedvarende manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og kjønnet man ble tildelt ved fødselen.

I den reviderte diagnosemanualen ICD-11, har transseksualisme blitt flyttet fra kapittelet om personlighetsforstyrrelser til kapittelet om seksuell helse<sup>5</sup> (World Health Organization 2018). Ettersom navnet på kapittelet er seksuell helse,

---

<sup>5</sup> Oversatt fra «conditions related to sexual health»

utfordrer det synet på diagnoser som utelukkende knyttet til sykdom. I tillegg har diagnosen fått det nye navnet «kjønnsinkongruens» som er den del av dagens kjønnsdiskurser både innenfor medisinen og i transmiljøet, med koden HA60 (Ibid.). Disse endringene har i seg selv stor betydning som tyder på et paradigmeskifte innen den medisinske og faglige forståelsen av kjønns mangfold.

Til tross endringen av navn og kapittel, er kjønnsinkongruens fortsatt definert som en diagnose, og kan dermed anses som noe utenfor normaliteten. Men fra å være en psykisk lidelse og forstyrret kjønnsidentitet er det nå en ikke-sykkelig tilstand som enkelte ønsker å få behandlet medisinsk. Når Pirelli Benestad sier at transpersoner har blitt «friskmeldt» (Berg 2019) er det på grunn av endringen fra «transseksualisme» til «kjønnsinkongruens», og at diagnosen har blitt flyttet inn i det nye kapittelet om seksuell helse.

I tillegg til det nye navnet og det nye kapittelet har diagnosen fått en helt ny ordlyd. Den nye formuleringen blir hyllet av mange innenfor transmiljøet, noe som ble tydelig da den ble presentert på kurset om kjønnsbekreftende behandling som jeg deltok på i februar 2018. Den nye diagnosen lyder slik:

«Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex, which often leads to a desire to 'transition', in order to live and be accepted as a person of the experienced gender, through hormonal treatment, surgery or other health care services to make the individual's body align, as much as desired and to the extent possible, with the experienced gender. The diagnosis cannot be assigned prior the onset of puberty. Gender variant behavior and preferences alone are not a basis for assigning the diagnosis» (World Health Organization 2018).

Ordet «inkongruens» blir definert som «manglende sammenfall mellom følelse og uttrykk» (NAOB u.å.), og «mangel på kongruens», der «kongruens» er et synonym for symmetri (Ibid.). Følelsen av, og uttrykket for kjønn, er med andre ord usymmetrisk. I forbindelse med transpersoner og den nye diagnosen vil det si at en persons kjønnsidentitet og tilskrevne kjønn ved fødsel ikke er sammenfallende. Det tidligere kravet om avsky for eget kjønn er borte, og det samme er formuleringene «anatomisk kjønn» og «motsatt kjønn». På denne måten anerkjenner altså den nye diagnosen at kjønnsidentitet er mer flytende enn kun de to binære kategoriene mann og kvinne. Det kommer også fram ved å si at hormonell behandling eller kirurgi skal få kroppen til å stemme så mye som mulig, og så mye som pasienten selv ønsker, med sitt opplevde kjønn. I ordleggingen «opplevd kjønn» (experienced gender) ligger det mye mening. Det skiller seg sterkt fra «anatomisk kjønn» og «det annet kjønn», som står i F64.0. I praksis betyr det også at ikke-binære har de samme rettighetene til å få behandling som

binære. At kjønn nå blir definert som opplevd symboliserer også et skifte innen kjønnsforståelse, som jeg vil diskutere videre i neste avsnitt

#### **4.4 Hvorfor denne endringen, og hva betyr den for kjønnsforståelsen?**

Endringen av diagnosen fra ICD-10 til ICD-11 viser at forståelsen av kjønn har vært i utvikling. Som vi har sett er ordet transseksuell på vei ut av den medisinske diskursen, og blir erstattet med kjønnsinkongruens. I dagens kjønnsdiskurser blir ord som transvestitt og transseksuell nå omtalt som trans, eller transperson (FRI u.å.).

Denne utviklingen av kjønnsforståelse finner vi ikke bare i medisinen, men også i lovverket i Norge. Fram til 2016 var det diagnosen F64.0, medisinsk behandling og sterilisering som var kravene for å endre sitt juridisk kjønn (Helsedirektoratet 2017). Juridisk kjønn er det kjønn en person er registrert med i folkeregisteret, og ens personnummer. I juni 2016 ble denne loven endret, og de nye kravene for å få endret sitt juridiske kjønn er:

«Lov om endring av juridisk kjønn innebærer at du, basert på egen opplevelse av kjønn og kjønnsidentitet, får bestemme hvilket juridisk kjønn som skal framgå av folkeregisteret og personnummeret» (Helsedirektoratet 2017).

Den nye ordlyden sier ikke lenger noe om sterilisering eller diagnostisering. Kjønn har altså blitt flyttet fra medisinen og kroppens kjønnsorganer til individet og dets identitet. Kravene om utseende, eller evnen til å få barn er slettet, og har blitt erstattet med en persons egen opplevelse av sitt kjønn (Helsedirektoratet 2017).

Ifølge Foucault er det gjennom diskursen makt blir synlig og virkelig (Foucault 1999a). Den rettslige diskursen i loven om endring av juridisk kjønn, og medisinske diskursen innenfor helseinstitusjonen har stort påvirkningskraft på befolkningen gjennom både produksjon og reproduksjon av sannhet. Diskursens makt i den forstand er at den former menneskers holdninger, og oppfatning av virkeligheten.

Med den nåværende diagnosen F64.0 er rammene for hvordan kjønns skal gjøres strenge, noe som blir tydelig i dette sitatet fra Lukas Andersen som har erfaring med utredning av diagnosen fra et pasientperspektiv: «Jeg var drillpike som ung, og ifølge sykehuset passet det ikke for gutter å drive med sånt. En gang fikk jeg beskjed om jeg gikk litt for feminint kledd» (Andersen 2018). I og med at den nye formuleringen i ICD-11 fortsatt er en diagnose, vil den fremdeles bli brukt for å kategorisere «lydige» fra «ulydige» kropper. Men ettersom den anerkjenner kjønn som en opplevd identitet blir rammene for å være en «lydig» kropp mer diffus.

Dermed kan det være greit for Lukas Andersen (2018) å ha vært drillpike som ung selv om han nå identifiserer seg som gutt. Helsevesenet kan ikke lenger si at du må være så så feminin, ha lekt med dukker i oppveksten og like rosa for å kunne bli diagnostisert for å få kjønnsbekreftende behandling for å bli «kvinne», som satt på spissen er det inntrykket man kan få ved å lese noen av spørsmålene som stilles i spørreskjemaet fra NBTS og ordlyden i den nåværende diagnosen F64.0. I HA60 blir derimot kjønn og kjønnsuttrykk anerkjent som mer flytende enn som så, og det blir opp til den enkelte å definere sitt eget kjønn, innenfor fornuftighetens grenser.

Disse grensene på hva som er anerkjent og innenfor normen har blitt utvidet gjennom blant annet aktivisme, slik Folgerød og Hellesund (2009) får fram når de skriver om transgenderbevegelsen:

«Transgenderbevegelsen er inkluderende i forhold til de fleste seksuelle og kjønnsmessige normoverskridere, og har som mål nettopp å utfordre og destabilisere det binære kjønns- og seksualitetssystemet. De står slik ofte i et spenningsforhold til transseksualitetsorganisasjoner som vektlegger entydighet, medisinske diagnoser og klare avgrensninger» (Folgerød & Hellesund 2009).

Transbevegelsen ønsker med andre ord å utfordre den heteronormative og binære forståelsen av kjønn og seksualitet, og avgrensninger, som blant annet diagnoser, innenfor kjønns- og seksualitetssystemet. Denne bevegelsen kan sammenlignes med grunntanken bak skeiv teori, som stiller seg kritisk til begreper som normal og avvik. Et eksempel på en transseksualitetsorganisasjon som transgenderbevegelsen beskrives å stå i opposisjon til er «pasientgruppen for personer med kjønnsdysfori og dere pårørende» (HBRS u.å.), Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS). Grunnen til at transgenderbevegelsen ikke nødvendigvis støtter denne organisasjonen, er at HBRS ikke deler den samme kjønnsforståelsen som bevegelsen. Dette ser vi blant annet under HBRS sin beskrivelse av gruppen: «Menneskene i denne gruppen opplever seg som mann eller kvinne selv om kroppen skulle tilsi noe annet» (HBRS u.å.). Kun kategoriene mann og kvinne blir nevnt, og på samme måte som F64.0, skaper de ikke rom for de som faller imellom kategorier. De opprettholder dermed det binære og heteronormative som transgenderbevegelsen ønsker å utfordre.

Vi trenger ikke gå langt tilbake for å se hvordan transgenderbevegelsen har hatt påvirkning i Norge. FRI- foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, het tidligere Landsforening for lesbisk og homofil frigjøring (LLH). Det nye navnet, som kom i 2016 (Skeivt arkiv 2018) omfavner en bredere gruppe med et større mangfold enn kun lesbiske, homofile og bifile, og er blant annet et resultat av å ha blitt utfordret av sin underorganisasjon Skeiv Ungdom. I en artikkel i

magasinet BLIKK fra 2006, med tittelen «LLH må bli skeivere» kommer daværende leder av Skeiv Ungdom, Kari Helen Skog med en oppfordring til LLH:

«(...) det som kan redde engasjementet i LLH er en satsing på skeiv politikk og at LLH har mye å hente på ikke å begrense seg til å være en ren homoorganisasjon» (BLIKK 2006).

Kritikken fra Skeiv Ungdom var rettet mot det smale spekteret til LLH ved å kun drive politikk med et par grupper i fokus, nemlig lesbiske, homofile og bifile i sin «rene homoorganisasjon» (BLIKK 2006). Det disse gruppene har til felles er et tokjønnsgrunnlag der individer blir tiltrukket av andre med enten samme eller motsatt kjønn. Det var med andre ord, som i diagnosen transseksualisme F64.0, ikke rom for de som falt imellom kjønnskategoriene. Likt som transgenderbevegelsen beskrevet av Folgerød og Hellesund (2009) ønsket også Skeiv Ungdom å utfordre det heteronormative, og maktstrukturen i dette tokjønnspektivet til LLH:

«I tillegg ønsker vi å utfordre tokjønnspektivet med å fokusere på blant annet transkjønnete, transvestitter, sadomasochister eller mennesker som ikke ønsker å identifisere seg som mann eller kvinne. Dette er deler av en skeiv politikk. Skeiv kamp er også homokamp, men den er mer enn det fordi den blant annet også inneholder transeperspektivet» (BLIKK 2006).

Kun to år etter denne artikkelen ble publisert, altså i 2008, endret LLH navnet til Landsforening for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (Skeivt arkiv 2018). De beholdt likevel forkortelsen LLH fram til 2016 da organisasjonen endret navn til FRI. På FRI sin hjemmeside står det at det nye navnet gjenspeiler selvfølgeligheten om at alle har rett til å være fri, uansett kjønn og seksualitet (FRI u.å.).

Det er ikke kun aktivisme som påvirker befolkningens forståelse og toleranse av kjønns mangfold. Som jeg har argumentert for tidligere har også kultur påvirkningskraft, noe Esben Esther Pirelli Benestad også anerkjenner når hen sier at kulturen legger til rette for trans (Jakobsen 2018). Med serier som enten tar for seg det å være trans, eller fremstiller karakterer som er trans, blir det lettere for ungdom som har kjent at noe har vært galt, å gjenkjenne hva de eventuelt føler *er* galt eller vanskelig med sin egen kropp og identitet (Ibid.). De får forbilder som Emma Ellingsen fra den norske serien «Født i feil kropp», som står fram som åpen transperson i det internasjonale magasinet W Magazine (Solberg 2018). De ser Laverne Cox fra den populære serien «Orange is the New Black» bli den første transpersonen til å bli nominert til en Emmy-pris (Gjorgievska & Rothman 2014). I serien «Sense8» møter vi karakteren og transpersonen Nomi Marks, spilt av Jamie Clayton som også identifiserer seg som trans (Radish 2015).

I Susann Stryker (2017) sin bok «Transgender History» blir også populærkultur, og ikke minst teknologi også tatt opp som potensielle påvirkningsfaktorer. Stryker (2017) sier blant annet at bilder som blir publisert i dag enkelt kan bli, og blir ofte, redigert, og at en kropp ikke lenger bare en kropp slik den på mer «ekte» vis ble framstilt før programmer som Photoshop og annen bilderedigering var mulig. Man blir vant til å se kropper på andre måter. På den måten har også medieinstitusjonen stor makt ved at de manipulerer virkeligheten, som igjen blir gjort sann gjennom befolkningen.

Som en konkluderende refleksjon vil jeg si at faktorer som aktivisme og til en viss grad populærkultur påvirker det generelle synet på trans, og hvordan kjønn er mer flytende og mangfoldig enn heteronormativen tilsier. Denne påvirkningen finner vi blant annet i den juridiske og den medisinske diskursen som nå vokser fram. Kjønn har blitt mer synliggjort i den forstand at et større kjønns mangfold har blitt inkludert i den skeive politikken, og flere versjoner av kjønn og seksualitet blir framstilt i populærkulturen og gjennom bruk av teknologi.

#### **4.5 Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg tatt for meg endringen av transdiagnosen slik den står i dag i diagnosemanualen ICD-10, til framtidens ordlyd i ICD-11 og betydningen denne endringen har for kjønnsforståelsen. Fra å bli definert som «transseksualisme» under kapitlet om personlighets- og atferdsforstyrrelser, kommer transpersoner til å bli diagnostisert som «kjønnsinkongruente», og diagnosen havner under kapitlet om seksuell helse. Endringen av diagnosen er blant annet et resultat av utviklingen av kjønnsforståelse i samfunnet, som har blitt påvirket av faktorer som aktivisme gjennom transgenderbevegelsen, populærkultur med serier som framstiller trans, og teknologi som manipulerer kropper. Fra å bli definert som en biologisk faktor med kriterier for utseende og oppførsel har det som nå blir kalt transseksualisme blitt noe individuelt som baseres på egen kjønnsidentitet. Kjønn befinner seg altså et annet sted innenfor den medisinske kjønnsdiskursen enn det har gjort tidligere. I tillegg har jeg vist hvordan diagnosen har en disiplinerende makt (Foucault 2001) som skiller det normale fra det unormale. Tiden vil vise hvordan kjønnsinkongruens på nytt blir innrammet av makt og kunnskap, og om Foucault fortsatt vil være aktuell å bruke som linse.

## **5. DET NASJONALE BEHANDLINGSMONOPOLET**

I forrige kapittel så jeg på endringen av den formelle rammen som ligger til grunn for kjønnsbekreftende behandling, nemlig endringen av diagnosen. I dette analysekapittelet vil jeg se på hovedaktøren innenfor kjønnsbekreftende behandling, NBTS, som står som forvalterne av diagnosen og eiere av behandlingsmonopolet. Ved å bruke tekster skrevet om og av NBTS vil jeg skrive fram deres perspektiv, deres fortolkningsrepertoar, og de ulike subjektposisjonene de tildeler aktørene som blir omtalt i tekstene. Underveis vil jeg også trekke fram symboler jeg finner interessante. Da vil jeg kort gjøre rede for symbolets denotasjon, og så tolke fram ulike konnotasjoner, altså bakenforliggende betydninger symbolet kan ha innenfor den gitte konteksten (Aase & Fossåskaret 2014).

NBTS har hatt makt over transpersoner over en lengre periode, og det er ikke lenge siden sterilisering var et krav for å få endret sitt juridiske kjønn (Helsedirektoratet 2017). Som forvaltere av diagnosen bruker NBTS diagnosens krav for å eksaminere sine pasienter, og vurdere hvem som er ulydige og lydige kropper. De har med andre ord retten til å skille mellom hvem som er verdige til å få behandling, og hvem som er uverdige og dermed blir tvunget til å finne hjelp andre steder.

I 2018 skrev ledere ved NBTS, overlege Anne Wæhre og klinikkjef Kim Tønseth, en kronikk med tittelen «Vi har fått en eksplosiv økning av tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret Bent Høie?». I kronikken uttrykker de en stor bekymring over «behandlingsivrige sexologer» som deler ut hormonell behandling uten NBTS sitt samtykke. Tønseth og Wæhre retter seg mot helseminister Bent Høie for å gjenvinne kontrollen og opprettholde monolet NBTS har på kjønnsbekreftende behandling. Denne teksten utgjør en stor del av den kommende analysen. I tillegg har jeg valgt å inkludere det som står skrevet om kjønnsbekreftende behandling på Oslo universitetssykehus sine sider, der NBTS har sin avdeling. Tekstene tar for seg NBTS sin praksis (Oslo universitetssykehus 2018a) og behandlingsopplegg (Oslo universitetssykehus 2018b), og hva som skal til for å få behandling (Oslo universitetssykehus 2018c).

### **5.1 Rigget for total kontroll**

«Kjære Bent Høie; hold behandlingsivrige sexologer i tømme, de spanderer hårvekst og mørk stemme til nasjonens døtre, tilbake får vi tapt fruktbarhet og en usikker fremtid. Eksplosiv økning av kjønnsidentitetsutfordringer hos ungdommen vår bør møtes med nasjonal opprustning for kvalitetssikring

av fenomenet, deretter kompetansespredning regionalt, ikke et bekreftende lavterskeltilbud fra landets sexologer» (Tønseth & Wæhre 2018).

I dette sitatet fra kronikken «Vi har fått en eksplosiv økning av tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret Bent Høie?» har forfatterne Kim Tønseth og Anne Wæhre brukt et svært meningstettet språk med mange symboler jeg ønsker å analysere. Med dette språket får de fram et tydelig budskap om at dersom de ikke får ha retten til å utføre kjønnsbekreftende behandling for seg selv, kommer mindre kompetente sexologer til å gi ut feil behandling til personer som søker hjelp, og dermed risikere nasjonens framtid. Det kan virke som at sexologene har en lavere behandlingsstandard enn NBTS krever, og er for slepphendte med behandlingen de gir ut. På grunn av måten Tønseth og Wæhre (2018) beskriver situasjonen, ser jeg nesten for meg sexologer som står på en pall på torget og hiver ut testosterontabletter til alle som lurer på hvordan det er å ha skjegg. Denne bekymringen hos Tønseth og Wæhre blir sterkere og sterkere, ettersom det er flere og flere som oppsøker alternative aktører utenfor NBTS.

Det første symbolet jeg vil ta for meg, som etter min mening er svært sterkt og fremtredende, er «nasjonens døtre». Tønseth og Wæhre (2018) bruker formuleringen «nasjonens døtre» om personer som har blitt tildelt kjønned jente ved fødsel, men som selv ikke identifiserer seg med den kjønnskategorien. De plasserer dem i en av de to binære kategoriene som stemmer med deres heteronormative kjønnspektiv som inkluderer kun de to kategoriene mann og kvinne. Ordet nasjon er et stort og patriotisk ord som potensielt rører ved noe i leseren, og jeg vil derfor argumentere for at dette blir et sterkt symbol i denne sammenhengen. I Det Store Norske Leksikon blir «nasjon» definert som «en gruppe mennesker med felles sosial og kulturell identitet» (Berg 2018). På bakgrunn av denne denotasjonen av ordet nasjon stiller jeg spørsmål om hvorvidt NBTS mener at de av «nasjonens døtre» som da velger å gjennomføre kjønnsbekreftende behandling kommer til å falle utenfor denne felles sosiale og kulturelle identiteten. Blir ikke transpersoner lenger en del av det nasjonale? Dermed vil jeg si at konnotasjonen, altså bakenforliggende betydning (Aase & Fossåskaret 2014), blir en ønsket homogen gruppe, der disse «jentene» ikke gjennomgår behandling og forblir jenter. Jeg tolker også ordet nasjon som noe vi står sammen i og er stolte av, og som må vernes om og beskyttes. Dersom vi ikke verner om «nasjonens døtre» står vi igjen med «tapt fruktbarhet og en usikker framtid» (Tønseth & Wæhre 2018). Jeg leser det som at landet og nasjonen står i fare dersom disse «jentene» får behandling i form av enten hormontabletter med testosteron, eller kirurgisk inngrep der vagina blir til penis. «Jentene» blir da «gutter» uten evne til reproduksjon, og kan ikke bære fram barn og føre generasjoner videre. De kan ikke bli en del av ønsket til statsminister Erna Solberg om at nordmenn må få flere barn for å føre samfunnet videre i framtiden (Solberg 2019). På den måten kan det tolkes som at transpersoner i seg selv blir en trussel



som vil ha konsekvenser for nasjonens framtid. Måten lederne av NBTS framstiller det på får det nesten som å virke som at nasjonens framtid avhenger at denne gruppen forblir fruktbar, men det er jo ikke en stor andel av befolkningen det er snakk om. I tillegg er det ikke alle som ønsker full kjønnsbekreftende behandling med genital kirurgi. Som jeg har sett på tidligere i denne oppgaven er det enkelte som kun ønsker å endre litt på utseende ved å tilføre kroppen hormoner som gjør de mer feminin eller maskulin. De som velger å beholde kjønnsorganene forblir fruktbar og kan reproducere dersom de ønsker. Og det er blant annet disse personene som eventuelt kan få den hjelpen de trenger hos sexologer eller fastleger.

I forlengelse av argumentasjonen i bruken av «nasjons døtre» som symbol vil jeg inkludere to ytringer som jeg mener til sammen utgjør et effektivt virkemiddel. Tønseth og Wæhre (2018) bruker uttrykkene «eksplosiv økning av kjønnsidentitetsutfordringer», og at dette bør «møtes med nasjonal opprustning». Ordene «nasjon», «eksplosiv» og «opprustning» kan minne om en slags krigsretorikk. Det kan derfor tolkes som at NBTS føler de er i krig med de «behandlingsivrige» sexologene. Det blir et «oss» som krever kontroll og opprettholdelse av monopolet som vil beskytte nasjonen, mot «dem» som er en trussel mot de uskyldige tenåringsjentene. Det storslagne språkvalget og krigsretorikken Tønseth og Wæhre inkluderer i sin diskurs kan tolkes som en del av NBTS sitt fortolkningsrepertoar om kontroll og som voktere av både behandling og kompetanse.

Videre skriver Tønseth og Wæhre at de ønsker «kompetansespredning regionalt» etter fenomenet har blitt kvalitetssikret med «nasjonal opprustning», og «ikke et bekreftende lavterskeltilbud fra landets sexologer (Tønseth & Wæhre 2018). Ved dette utsagnet stiller jeg meg noen spørsmål: hvor kommer denne kompetansen fra og hvor skal den spres? Hvem skal tilegne seg denne kompetansen, om ikke sexologer? Hvem skal kvalitetssikre fenomenet? Ettersom NBTS regner seg selv som ekspertene på kjønnsbekreftende behandling, vil det være hensiktsmessig å antyde at kompetansen skal spres fra deres avdeling. Denne ekspertisen forsvares av Tønseth og Wæhre, når de i samme kronikk skriver:

«Vi i den nasjonale behandlingstjenesten er opptatt av å gi god behandling etter internasjonale retningslinjer. Vi baserer oss på forskning og gir behandling til dem forskningen viser har nytte av behandling» (Tønseth & Wæhre 2018).

De lener seg på forskning, og som Foucault (1999a) illustrerer har institusjoner som helsevesen og vitenskap en stor tyngde i produksjon av sannhet (Foucault 1999a). Med kombinasjonen forskningsbasert kunnskap og behandlingsmonopol uttrykker NBTS direkte koblingen mellom makt og kunnskap som står sentralt i Foucault (Ibid.) sin tenkning. Den direkte koblingen kan gå minst to veier:

kunnskap gir makt, og makt skapes gjennom kunnskap (Ibid.). På bakgrunn av dette kan det anslås at kvalitetssikringen vil bli utført gjennom forskning som NBTS velger å stole på. Men spørsmål om hvordan «kompetansespredning regionalt» skal foregå blir fortsatt en gåte ettersom de klenger seg så hardt fast i sitt eget behandlings- og kompetansemonopol, og tilsynelatende ikke ønsker å samarbeide med sexologene.

Videre i kronikken skriver Tønseth og Wæhre (2018) at « tenåringsjenter som flere år etter pubertetens start, plutselig opplever å være gutt». Ordet «plutselig» blir i denne setningen oppsiktsvekkende. Det kan tenkes at personer som ønsker hjelp til å endre på kroppen sin, enten om det er å få testosteron for å få mørkere stemme og skjegg, eller som ønsker full kjønnsbekreftende behandling som innebærer genital kirurgi, har tenkt seg nøye om før de ber om hjelp, og er sikre i sin avgjørelse om å få behandling. Ved å bruke ordet «plutselig» antyder NBTS at kjønnsidentitet til disse «jentene» er noe som har endret seg raskt, og at valget om å endre kropp ikke er godt nok gjennomtenkt. Jeg tolker dette som at NBTS hever seg over «jentenes» vurderingsevne, og igjen plasserer seg selv på toppen av kunnskapshierarkiet, i en posisjon som «de som vet best». Som forvaltere av diagnosen har de makten til å nekte pasienter behandling, og som de uttrykker, kan denne tilbakeholdenheten skyldes en bekymring over den nye gruppen som nå henvender seg til NBTS. Denne nye gruppen, bestående av tenåringsjenter som «plutselig» vil være gutt, nemlig de som opplever kjønnsdysfori *etter* puberteten, har det blitt gjort lite forskning på. Tidligere har det vært gjennomgående personer som opplever kjønnsdysfori *før* puberteten som NBTS har vurdert til behandling. På grunn av mangel på forskning holder NBTS igjen, og det er blant annet dette, som da inkluderer de lange ventetidene, og ønsket og kravet om å gjøre ting på sin måte, de får mye kritikk for (Jakobsen 2018).

I tillegg vil jeg trekke fram ordet « tenåringsjenter » som et symbol. En bokstavelig måte å lese dette på er jenter i tenårene, som jo disse personene som blir omtalt er. Men ordet « tenåringsjente » kan også bli forstått som en upålitelig og uregjerlig person med lite respekt for regler som ikke vet sitt eget beste, og som ikke alltid velger å høre på råd og oppfordringer fra voksne med mer erfaring og kunnskap. På denne måten leser jeg at disse « tenåringsjentene » må kontrolleres, og ikke minst bli veiledet i riktig retning som i dette tilfellet er bort fra de « behandlingssivrige » sexologene, og i retning NBTS. Uten en streng hånd står de i fare for å velge feil. I mange situasjoner blir man som ung fortalt at det er lov å prøve og feile, men dersom man feiler i denne sammenhengen kan konsekvensene bli så omfattende.

Fra kronikken til Tønseth og Wæhre (2018) leser jeg en heteronormativ kjønnsforståelse. Dette fordi forfatterne utelukkende bruker kategoriene « gutt » og « jente » for å beskrive personer som ønsker kjønnsbekreftende behandling, og fordi de antyder at alle vil være enten gutt eller jente. Denne antydningen til

heteronormativitet finnes også på Oslo Universitetssykehus sine nettsider. Der det står skrevet om behandlingsprogrammet for voksne blir transseksualisme beskrevet som:

«En kjønnsidentitetsutfordring der din kjønnsidentitet er motsatt av ditt somatiske kjønn. Det vil si at en person med kvinnelig anatomi har en mannlig kjønnsidentitet (transkjønnet mann), eller en person med mannlig anatomi har en kvinnelig kjønnsidentitet (transkjønnet kvinne)» (Oslo Universitetssykehus 2018b).

Nøkkelordet for å gjenkjenne den heteronormative kjønnsforståelsen i sitatet over er «motsatt». Å identifisere seg som «motsatt av ditt somatiske kjønn» baseres på en todelt forståelse av kjønn som enten mann eller kvinne uten andre kategorier imellom. De som ble tildelt kjønnnet kvinne ved fødsel, men som identifiserer seg som mann, er transmenn, og de som ble tildelt kjønnnet mann ved fødsel og identifiserer seg som kvinne er transkvinner. Det er altså ikke rom for å kategorisere seg som noe imellom, altså som ikke-binær, eller litt mann og litt kvinne. Denne binære oppfatningen av kjønn leser jeg som en del av fortolkningsrepertoaret til NBTS når det kommer til kjønnsforståelse. Aktører med et annet fortolkningsrepertoar som tar i bruk en annen diskurs, som for eksempel en sexolog, en transperson, foreningen FRI eller WPATH, ville kanskje ha brukt ordene «transmenn», «transpersoner» eller «ikke-binære» på de samme personene som Tønseth og Wæhre (2018) kaller «nasjonens døtre» og « tenåringsjenter». Men ettersom NBTS har stor tyngde gjennom institusjonen (Foucault 1999a) som er sykehuset, og gjennom behandlingsmonopolet, vil deres diskurs kunne bli regnet som den regjerende innenfor fenomenet, og innenfor medisinen. Med andre ord ligger det mye makt i språket NBTS velger å bruke for å beskrive andre aktører innenfor kjønnsbekreftende behandling.

Som en oppsummering vil jeg si at NBTS anvender et meningstettet språk der deres intensjon om å opprettholde behandlingsmonopolet kommer tydelig fram. Deres diskurs ser ut til å være svært annerledes enn diskursen andre sentrale aktører innenfor transfeltet forholder seg til. Likevel har NBTS makt gjennom kunnskapen de selv anerkjenner at de har gjennom forskning, og ser ned på aktører som ikke har den samme kompetansen som dem. Fortolkningsrepertoaret til NBTS innenfor kjønnsbekreftende behandling velger jeg å gi navnet «rigget for total kontroll». Innenfor dette repertoaret ligger et krav om at NBTS har total kontroll over kjønnsbekreftende behandling som bygger på en heteronormativ forståelse av kjønn, samt et standpunkt om at NBTS er de eneste som innehar riktig kompetanse og erfaring.

## 5.2 Subjektposisjoner

For å forstå hvordan NBTS forstår sin egen posisjon innenfor kjønnsbekreftende behandling, er det interessant å se hvordan de plasserer andre aktører som er en del av fenomenet kjønnsbekreftende behandling. I kronikken til Tønseth og Wæhre (2018) er det flere aktører som blir nevnt: tenåringsjenter som ønsker hormonell behandling, sexologer, og helseminister Bent Høie. Jeg mener språket til forfatterne er tydelig når det kommer til hva de ønsker eller mener om de ulike aktørene. Min oppgave når jeg nå skal skrive fram subjektposisjoner, blir å identifisere de ulike posisjonene disse aktørene blir tilskrevet. I tillegg sier språket noe om aktøren som ytrer den (Edley 2001), nemlig lederne for NBTS og forfattere av kronikken, Anne Wæhre og Kim Tønseth.

I sitatet fra kronikken nevnt i starten av forrige kapittel kommer Tønseth og Wæhre med en henvendelse til helseministeren Bent Høie. Ved å si at Høie må «holde behandlingsivrige sexologer i tømme» får han ansvaret for å begrense sexologene som gir ut hormonell behandling til sine klienter. Posisjonen han blir tildelt av Tønseth og Wæhre kan tolkes som en gjeter som skal ta ansvar for de ustyrlige sauene sine. I tillegg tilsier det at han ikke har den kontrollen han burde ha, og posisjonen kan dermed bli ansett som en utilstrekkelig gjeter som ikke gjør jobben sin ordentlig. Det blir en posisjon fylt med mye ansvar, men et ansvar som ikke nødvendigvis blir fulgt opp på grunn av ulike oppfatninger og perspektiver på kjønn. Forfatterne siterer en uttalelse fra helseministeren til NRK i 2015, der han sa: «Det bør være opp til enkeltmennesket, ikke staten, å avgjøre hvilket kjønn det tilhører» (Tønseth & Wæhre 2018). Dette utsagnet blir kritisert av forfatterne med argumentet om at det ikke finnes forskning på den nye gruppen, altså tenåringsjenter som etter pubertetens oppstart ønsker å bytte kjønn. Dermed blir posisjonen også, slik den blir fremstilt av NBTS, preget av mangel på kunnskap og vitenskapelig tyngde, som igjen stadfester kunnskap som sammenvevd med makt (Foucault 1999a).

En lignende tolkning kan gjøres om posisjonen NBTS tildeler de «behandlingsivrige sexologene» (Tønseth & Wæhre 2018) som «spanderer hårvekst og mørk stemme til nasjonens døtre» (Ibid.). Språket forfatterne bruker får det til å virke som sexologene ikke tar hensyn til autoriteten til NBTS, og at de ikke følger de rette prosedyrene med tanke på behandling. Denne hensynsløse praksisen kan tyde på mangel på kompetanse, og at de ikke respekterer retningslinjene innenfor kjønnsbekreftende behandling. Det kan tolkes som at sexologene ønsker å framstå som heltene og være en støttespiller som tilbyr lavterskeltilbud framfor å følge reglene. De blir beskrevet som pågående rebeller som går imot systemet der NBTS skal ha behandlingsmonopol og som ustyrlige vesener som jakter på unge jenter for å gi dem testosteron.

«De oppgir å ta utgangspunkt i ungdommens ønsker og behov og vil sammen med dem utforske hva som vil være den beste hjelpen for akkurat denne personen» (Tønseth & Wæhre 2018).

Ved å bruke ordet «oppgir» tolker jeg det som at NBTS mener at dette er noe de hevder, men ikke nødvendigvis utfører i praksis. Gjennom måten sexologene har blitt framstilt gjennom resten av teksten, kan det leses som at de ikke har ungdommenes beste som utgangspunkt. Da må man stille spørsmål om hvem sexologene eventuelt gjør dette for. Gjør de det kun for å trosse monopolet til NBTS, eller for å fremme seg selv som kompetente behandlere? Det blir et vanskelig spørsmål å svare på uten å ha mer fakta og innsikt på bordet, men det kan tenkes at NBTS ser på utdelingen av hormoner som et forsøk fra sexologenes side på å få transpersoner på sin side i maktkampen, slik at monopolet til NBTS svekkes. Ut ifra denne tolkningen kan sexologene beskrives som underminerende lobbyister.

Ungdom som ønsker behandling, omtalt av Tønseth og Wæhre (2018) som «nasjonens døtre» blir satt i en sårbar posisjon, og blir beskrevet som en gruppe som må beskyttes og vernes om. Ved å bli «jaktet på av behandlingsivrige sexologer» framstår de som et bytte, et dyr som burde løpe i motsatt retning dersom de ikke vil bli skadet. Samtidig vil jeg trekke fram konnotasjonen bak symbolet «tenåringsjenter», som jeg skrev fram i forrige kapittel, om at disse jentene er ustyrlige og impulsive. At de er ustyrlige og ikke vet sitt eget beste illustreres også ved at de velger å oppsøke hjelp hos behandlere utenfor NBTS, og starte opp behandlingen hos private sexologer som «står i kø for å gi mannlig kjønnshormon på tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn» (Tønseth & Wæhre 2018). De blir som uvitende lam som må passe seg for den store stygge ulven i fåreklær.

Som vi har sett skriver Tønseth og Wæhre seg inn i posisjonen som eksperter, de som vet best, og som ønsker det beste for «nasjonens døtre». I lys av deres forståelse av kjønn, framstår de som pålitelige voktere av binært kjønn, og også av nasjonens og dens befolkning, og vil gjøre alt i sin makt for å opprettholde denne forståelsen. Denne posisjonen som overordnet og suverene kan også tolkes fram fra Oslo Universitetssykehus sine sider om NBTS der det står:

«Påbegynt kjønnsbekreftende hormonell/kirurgisk behandling setter NBTS i en svært vanskelig situasjon, fordi vi da ikke kan vite hva som er riktig påfølgende behandling for den aktuelle pasienten» (Oslo Universitetssykehus 2018a).

Ifølge deres nettsider må NBTS få gjøre ting på nøyaktig sin måte og ha kontroll over behandlingen for å ikke bli satt i en vanskelig situasjon der de ikke kan hjelpe pasienten. Jeg leser dette som at NBTS setter seg selv i en opphevet posisjon der de som eksperter ikke kan ta på seg ansvar for videre behandling som har blitt

startet opp hos andre utilstrekkelige behandlere. Som en oppsummering kan man si at NBTS forstår sin egen posisjon innenfor kjønnsbekreftende behandling som på toppen av kompetansehierarkiet. Der sitter de med monopol over behandlingen, i en posisjon høyt over både sexologer og pasienter. Denne posisjonen velger jeg å kalle «selvoppnevnte voktere». De tar oppgaven om å være det eneste stedet i landet med rett til å behandle pasienter med diagnosen F64.0 svært seriøst, og står som voktere av både kjønnsbekreftende behandling, diagnosen som de rettferdiggjør og stoler på, og på kompetanse innenfor transfeltet.

### **5.3 Oppsummering**

I dette andre analysekapittelet har forvalterne av diagnosen, NBTS, sine uttalelser i media blitt nøye gransket. I kronikken skrevet av ledere ved NBTS Anne Wæhre og Kim Tønseth (2018) brukes et språk som tydelig får fram deres syn på situasjonen slik den er i dag, nemlig at sexologer truer deres behandlingsmonopol ved å gi lavterskeltilbud til ungdom som søker hjelp. Språket de velger å bruke får også tydelig fram deres kjønnsforståelse, ettersom de blant annet bruker ord som «tenåringsjenter» og «nasjonens døtre» for å beskrive transpersoner som ønsker kjønnsbekreftende behandling. Disse personene identifiserer seg ikke nødvendigvis, og kanskje ikke i det hele tatt, som jenter, men blir da en del av den heteronormative diskursen til NBTS. Tønseth og Wæhre, som representanter for NBTS, skriver seg selv inn i rollen som eksperter på kjønnsbekreftende behandling. De tildeler pasientene rollen som uvitende tenåringer som trenger tydelig veiledning i riktig retning, og sexologer som en stor trussel.

Som et disiplinerende system (Foucault 1999b), utøver NBTS med bruk av diagnosen, makt gjennom disiplinering og eksaminering av sine pasienter. Det vil si at de vurderer pasientene etter diagnosens kriterier innenfor deres binære og heteronormative kjønnsforståelse for å skille ut de lydige kroppene (Ibid.), altså de som passer inn i deres forståelse av trans, og de ulydige kroppene som ligger utenfor denne normaliteten. Ved å vurdere enkelte kroppene som uverdige for behandling, blir det nødvendig for de som ikke består NBTS sin eksaminasjon å finne alternative løsninger, som sexologer og som vi skal se i neste kapittel, fastleger og andre private aktører.

## **6. PERSPEKTIVER FRA UTSIDEN AV NBTS**

Som vi har sett er ikke kjønnsbekreftende behandling preget av harmoni eller et perfekt samspill mellom de ulike helseinstansene. I dette kapittelet vil jeg diskutere dataen jeg fikk fra intervjuene med to fastleger og en sexolog, samt leserinnlegg og artikler skrevet av om og pasienter som har erfaring med NBTS. Jeg vil bruke disse tekstene for å svare på forskningsspørsmål to, som lyder: «Hvordan blir NBTS sine holdninger og praksis vurdert av fastleger, sexologer, og transpersoner?».

Den første fastlegen jeg intervjuet, videre referert til som fastlege A, hadde erfaring med en pasient som ønsket kjønnsbekreftende behandling, men som ikke turte å gå til NBTS. Etter flere runder med seg selv sa legen til slutt ja til å starte hormonell behandling i form av tabletter som skulle senke testosteronnivået til pasienten. Den andre legen jeg intervjuet, fastlege B, hadde kontakt med en pasient som var under behandling ved NBTS, og snakket varmt om deres profesjonalitet og praksis. Sexologen hadde klienter som både hadde blitt henvist til NBTS og fått behandling, noen om hadde fått avslag, og noen som fikk behandling i samarbeid med fastleger. I tillegg til intervjuene vil jeg trekke fram sitater fra to kronikker (Almås 2018; Almås m.fl. 2018) for å få fram perspektivet til helsepersonell utenfor NBTS.

For å illustrere hvordan transpersoner anser NBTS vil jeg bruke en artikkel og to leserinnlegg i Si; D fra Aftenposten. Artikkelen har tittelen «Han ble født som Tuva. Nå vil 16 år gamle Thomas bli kjønnsoperert for å bli gutt» og er skrevet av Merete Glorvigen. I leserinnleggene «Når er jeg trans nok for dere, Rikshospitalet?» (Norheim 2018), og «Jeg mistet mye av ungdomstiden mens jeg ventet på Rikshospitalet» (Skullestad 2018) deler forfatterne sin opplevelse med NBTS, og frustrasjoner angående deres praksis. Jeg lar disse tekstene representerer det generelle inntrykket jeg har av medietekster med samme tematikk.

Jeg vil bruke fortolkningsrepertoar for å få fram det som er felles mellom de ulike aktørene. Til slutt i kapittelet vil jeg også skrive fram ulike subjektposisjoner jeg identifiserer innenfor fortolkningsrepertoaret, som skal brukes senere i drøftingen for å diskutere aktørskap.

### **6.1 Motmaktens stille og ukoordinerte underminering**

Under arbeidet med dette materialet så jeg flere fellestrekk mellom det som ble sagt og skrevet, og jeg lagde fire kategorier som gikk igjen: «dårlig praksis», «trans nok?», «jeg vet hva jeg vil», og «desentralisering og avvikling av behandlingsmonopolet». Jeg vil i dette kapittelet, 6.1, vise hvordan alle disse

temaene er en del et felles fortolkningsrepertoar som jeg velger å kalle «motmaktens stille og ukoordinerte underminering».

### 6.1.1 Dårlig praksis

Som jeg fikk fram i forrige kapittel anser NBTS seg selv som eksperter innenfor den medisinske kunnskapen om trans\*, men denne oppfatningen deler de ikke med alle. Professor i sexologi og spesialist i klinisk sexologi Elsa Almås skriver følgende:

«Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) har i årevis vært kritisert for dårlig praksis. Det har vært stor gjennomtrekk av personale på NBTS, og det er langt fra grunnlag for å hevde at de ansatte representerer stor kompetanse på transfeltet» (Almås 2018).

Ifølge Almås (2018) har kanskje ikke NBTS den rette kunnskapen i det hele tatt. Det kan derfor diskuteres hvor kompetansespredningen som NBTS ønsker etter «nasjonal opprusting av fenomenet» skal komme fra, dersom de selv ikke sitter på den rette kompetansen. Det kan også stilles spørsmål ved hvorfor det har vært en stadig utskifting av personale, slik Almås (2018) sier det har vært. Mangel på rett kompetanse, og utbytting av ansatte kan potensielt få konsekvenser for pasientene.

Andre faktorer som utgjør en del av kritikken mot NBTS er de lange ventetidene. I et leserinnlegg til Aftenposten skriver 21 år gamle Noah Skullestad følgende:

«Da jeg var 13 år, fant jeg selv ut at jeg var trans. Nå er jeg 21, og jeg kan med hånden på hjertet si at jeg trives med meg selv. Etter å ha vært en kasteball mellom helseinstanser, kom jeg meg gjennom nåløyet og har fått den behandlingen jeg følte behov for. Jeg er takknemlig, men det skal sies at veien hit ikke var lett. Det jeg sitter igjen med nå, er en sorg over en ungdomstid som ble satt på vent» (Skullestad 2018).

Fra han først innså at han var trans, til han nå endelig føler seg fornøyd med seg selv, gikk det altså åtte år. I løpet av disse åtte årene blir han «kastet» mellom ulike helseinstanser. En kasteball er noe man leker med, hiver fram og tilbake, som aldri holder seg i ro, men alltid er i bevegelse. Man blir konstant sendt videre mellom helseinstanser, og det virker som at ingen vil beholde deg lenge nok til at du føler deg trygg og ivaretatt. Å være en kasteball virker både slitsomt, krevende og forvirrende. At ungdomstiden ble satt på vent innebar for Noah å gå glipp av fester, være redd for å få seg kjæreste på grunn av eventuelle løgner om egen identitet eller kropp, og å være en «normal» tenåring (Skullestad 2018). Alt på grunn av lang ventetid. «Jeg må fortsatt lære å leve med konsekvensene av at behandlingsløpet tok så lang tid» (Skullestad 2018).



Jeg spurte sexologen om hen visste hvorfor ventetiden var så lang, og da fikk jeg svaret:

«Nei, det er det ingen som vet. De er vel ikke feminine eller maskuline nok, er vårt inntrykk (...) De er jo livredde, for de har jo hørt det negative. Det ryktes veldig fort i miljøet. At det kan gå årevis fra de får diagnosen til de får starta opp med hormonbehandling (...) Er du ekstra uheldig så kan du være i utredningsfasen i årevis. En som jeg hadde var jo i utredningsfasen i tre år. Og du vet at når disse personene har kommet så langt at de har kommet ut av skapet da er de klare de, med en gang, til å begynne med hormonbehandling. Så det er vanskelig vet du. Det er veldig utfordrende for dem» (Sexolog fra intervju).

Det var altså ikke kjent for sexologen jeg intervjuet hvorfor NBTS bruker så lang tid. Kanskje er de hemmelighetsfulle, og vil ikke dele hvordan de gjør ting. At pasientene mulig ikke er «feminine eller maskuline nok» kan si noe om kjønnsforståelsen til NBTS, og at de har visse rammer for hvordan kjønn skal gjøres eller se ut, slik jeg også diskuterte i diagnosekapittelet. Den lange ventetiden kan forstås som en slags forsikring for NBTS om at pasienten ikke bare er i en fase, men holder fast ved ønsket om å gjennomgå behandling. Ventetiden illustrerer at det finnes en sannhet som er konstant, og en av disse rammene er diagnosen F64.0, som vist i første kapittelet har en tydelig to-kjønnsforståelse med formuleringer som «motsatt kjønn» og «det annet kjønn».

Sexologen la også til at pasientene allerede har vært til utredning hos enten BUP eller DPS før de kommer til NBTS, og at en ny omfattende runde med utredning derfor blir unødvendig. Hen nevnte også andre utfordringer tilknyttet utredning ved NBTS, som at de er i overkant opptatt av om pasienten har tilleggsdiagnoser som blir til hinder for kjønnsbekreftende behandling:

«Jeg tror de er veldig opptatt om pasientene har asperger for eksempel. Og vi ser jo at noen av dem kanskje kan ha det. Men det er jo sletts ikke alle det. Så det er akkurat som de leter etter noe. Det blir jo bare påstander, men det er liksom mitt inntrykk da, at de gjør det vanskeligere enn det som er nødvendig» (Sexolog fra intervju).

Sexologen har inntrykk av at NBTS leter etter unnskyldninger for ikke å hjelpe sine pasienter, og gjør situasjonen vanskeligere enn den burde være. Det virker som de retter søkelyset mot psykiatrien, mens det pasientene ber om er somatisk. De stiller strenge krav til «friskhet», som kan virke overflødig ettersom pasientene allerede har vært til utredning hos andre helseinstanser som BUP eller DPS.

Det er ikke bare pasienter det virker som at NBTS vegrer seg for å hjelpe, men også helsepersonell utenfor NBTS som søker råd. Dette var hvert fall tilfelle for fastlege A. Før hen satte i gang hormonbehandlingen for sin pasient som ønsket å

bli mer feminin ville hen rådføre seg med ekspertene. I første omgang var det lege og sexolog Esben Esther Pirelli Benestad som ga fastlege A en oppskrift på hvordan behandlingen skulle gis. Deretter ville fastlege A sjekke med NBTS om det hen gjorde var riktig, men fikk ikke helt den responsen hen hadde håpet på:

«Jeg ringte jo til NBTS, for å spørre om råd. Og da var det veldig avvisning (...) Jeg spurte, jeg har lyst til å bare dobbeltsjekke at den «oppskriften» jeg har fått fra Pirelli Benestad, at den stemmer, at det var konsensus i Norge da. Og det ville de ikke. Det var ikke snakk om. Det ville de ikke gi ut til meg, hva de gjorde. Tenk deg det da. Det er arrogant det!» (Fastlege A fra intervju).

Ved å velge å gå imot retningslinjene som sier at alle pasienter med mistanke om diagnosen F64.0 skal henvises til NBTS (Oslo universitetssykehus 2018a) setter fastlege A seg selv i en opposisjonell posisjon til NBTS. I rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» står det: «Nasjonale behandlingstjenester driver i tillegg veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten og andre tjenesteytere og brukere.» (Helsedirektoratet 2015). Man skulle derfor tro at det ikke var noe problem for legen å rådføre seg med NBTS om det hen gjorde var riktig. Men det ble altså problematisk, og NBTS ender opp med å bli kalt arrogant for at de ikke ville dele sin kunnskap. De frarådet også fastlege A om å starte opp behandlingen på egen hånd, og holder seg dermed godt fast i sitt behandlingsmonopol.

«Så du får jo følelse at du gjør noe helt på kanten. Det var ikke noe lett å gjøre det. Men jeg ser jo i ettertid når hun [pasienten] sier at hun ikke hadde levd hvis det ikke hadde skjedd, så kan det hende at det faktisk var riktig da. Eller jeg vet jo da, at det var riktig» (Fastlege A fra intervju).

Å si at det hen gjør er «helt på kanten» tolker jeg som at hen er nærme linjen som skiller mellom rett og galt. Hen fikk beskjed fra NBTS om ikke å gi pasienten behandling, men valgte å gjøre det til slutt. Likevel sier hen at det tok lang tid før hen kom fram til beslutningen om å hjelpe pasienten, som viser at det ikke var en oppgave hen tok lett på, og at det var vanskelig å gå imot behandlingsmonopolet til NBTS.

«Du får følelsen av at du redder et liv» (Fastlege A fra intervju). Å redde liv er en oppgave mange nok forventer av leger og annet helsepersonell. Men i denne sammenhengen hadde det vært teamet på NBTS som skulle ha inntatt den rollen. Den muligheten fikk de derimot ikke ettersom pasienten hadde ikke mot nok til å prøve å bli henvist til NBTS på grunn av rykter om det trange nåløye hun da måtte gjennom. Derimot trer fastlegen inn som en ridder i skinnende rustning med hormontabletter i beltet.

Men det er ikke alle leger som har dårlige erfaringer med NBTS. Fastlege B uttrykte ingen negativitet ovenfor NBTS, men stilte seg heller bak deres kompetanse: «Ja, altså, der er det jo et profesjonelt team som driver på og jobber med det, så det tror jeg at jeg har hørt bare bra greier om det». Jeg spurte fastlege B om hen hadde vært villig til å gi behandling til pasienten sin uten å henvise videre til NBTS, og fikk svaret: «Nei, da måtte jeg ha henvist de videre, for den ekspertisen sitter vi ikke inne med her. Det skjer i regi av andrelinjetjenesten» (Fastlege B fra intervju). Språket fastlege B velger å bruke når hen omtaler NBTS bidrar til å opprettholde deres monopol og deres forståelse av egen posisjon innenfor kjønnsbekreftende behandling. Fastlege B la også til at samarbeidet med NBTS oppleves som velfungerende, og at de ansatte gjorde en god jobb. Til tross for at fastlege B anser NBTS som kompetente sirkulerer dette negative ryktet til NBTS i transmiljøet, og at det kan være vanskelig å få innpass dersom man ikke er «feminin eller maskulin nok» (Sexolog fra intervju).

### 6.1.2 Trans nok?

«Kjære Rikshospitalet. Når er jeg bra nok? Når jeg gråter hver dag, siden jeg ikke ser meg selv i speilet? Når jeg hater å snakke offentlig i frykt for at stemmen min høres for lys ut, når jeg gruer meg til å gå ut av døren, å kle på meg, å møte nye folk, i frykt for at de skal mistro meg, hate meg? Når jeg hater meg selv? Når er jeg trans nok?» (...) Jeg gjorde det dere ba om. Jeg gikk til legen. Jeg ble henvist til distriktpspsykiatrien. Jeg betalte store summer for utredning der og dro tilbake til legen med en tom lommebok. Jeg ble henvist til dere. Alt skulle endelig gå bra. Så fikk jeg beskjeden om at henvisningen min var avvist på grunn av «ukarakteristiske symptomer». Jeg er for feminin, ikke mann nok, ikke stereotypisk nok. Så hva skal være bra nok for dere?» (Norheim 2018).

Dette er et utdrag fra et leserinnlegg i Si; D i Aftenposten. Forfatteren Dorian Gabriel Norheim retter seg mot Rikshospitalet og stiller spørsmål om når de synes han er bra nok for dem, trans nok for å få behandling, hva som må til. Å si han gjorde som han fikk beskjed om fra NBTS uten å få igjen det han forventet tyder på at NBTS har gitt han falske forhåpninger. Dette resulterte for Dorian i lav selvtillit i en situasjon der han var misfornøyd, og med en følelse av å ikke kjenne igjen sin egen kropp eller identitet i speilet. Frykt for å snakke høyt på grunn av for lys stemme kan tyde på at Norheim (2018) opplever minoritetsstress, som er «den tilleggsbelastningen individer fra stigmatiserte grupper utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon» (Bufdir 2018). Som en minoritetsgruppe i et dominerende cis-samfunn er det flere som opplever minoritetsstress. Det innebærer blant annet at andre forteller vitser på din bekostning, flytter seg unna deg på bussen, eller har negative holdninger til deg på grunn av din seksualitet eller kjønnsuttrykk (Bufdir 2018).

I sitatet fra Norheim (2018) finnes også en sterk kritikk av Rikshospitalet sin kjønnsforståelse. At forfatteren var «for feminin, ikke mann nok, ikke stereotypisk nok» tyder på at NBTS har en heteronormativ oppfatning av at kjønn er delt inn i to kategorier, og alle må passe inn i den ene eller den andre. Det viser at de følger diagnosen sin ordlyd om at transseksuelle ønsker å fremstå som «det motsatte kjønn». Denne oppfatningen av NBTS sin kjønnsforståelse deles også av sexologen jeg intervjuet:

«Det er veldig sann to-kjønns-tenkning der da, selv om det er bittelitte granne på gli nå så er det veldig to-kjønns-tenkning. Og det er jo ikke så lenge siden Rikshospitalet var helt tydelig på det at før du har endret kjønnsorganene dine så fikk du ikke endre personnummer for eksempel» (Sexolog fra intervju).

To-kjønns-tenkning er det binære, de to kategoriene mann og kvinne. Når sexologen sier NBTS har to-kjønns-tenkning sier hen implisitt at de ikke er åpne for flere kategorier, slik som «mellomkategorien» ikke-binær. Hen mener også at det er NBTS som satt med mye av makten til å bestemme kravene for endring av juridisk kjønn, som tidligere krevde sterilisering for å kunne få gjennomført. Sexologen uttrykker tydelig at hun ikke er enig i NBTS sin binære inndeling av kjønn med de to rigide kategoriene:

«Mens kjønn er jo i bevegelse, ikke sant. Esben Esther operer jo med 7 ulike typer kjønn. Og det er jo hvert fall en sann gruppe som ikke har fått innpass på Rikshospitalet da» (Sexolog fra intervju).

Det er tydelige rammer for hvem som passer inn i den heteronormative to-kjønns-tenkningen til NBTS, og ikke alle får plass. Det blir med andre ord vanskelig for de som ikke ønsker å identifisere seg som enten mann/transmann eller kvinne/transkvinne.

Flere aktører utenfor NBTS har et annet syn på kjønn, og på de som henvender seg til dem for å få behandling. En an disse er kosmetisk plastikkirurg Halfdan Vier Simensen ved Aviva Helse:

«Aviva Helse er blant de private klinikkene som de siste årene har tilbudt transseksuell behandling til rundt 80 menn og kvinner som er blitt avvist ved Rikshospitalet, eller som ikke holdt ut den lange ventetiden. NBTS fokuserer på de enkle pasientene som er «A4» og i all sin problematikk veltilpassede, mener Simensen. Han understreker at han aldri har operert noen som ikke har solid dokumentasjon på sin transseksuelle status» (Glorvigen 2018).

Simensen mener NBTS prioriterer de pasienten som er «enkle», som ut ifra det jeg har lest vil bety ingen tilleggsdiagnoser, riktig alder, og som er «feminine eller maskuline nok». Uttrykket «A4» referer til standard størrelse på et ark, altså det

vanlige, det alminnelige. Å kalle en transperson «A4» blir i seg selv paradoksalt ettersom transpersoner er en gruppe som ikke er «standard». I et heteronormativt perspektiv blir det cispersoner, altså de som opplever samsvar mellom kropp og identitet, som blir det «normale». De «A4» transpersonene blir da de som kan regnes som lydige kropper, som passer inn i de heteronormative rammene NBTS har satt ved å følge transseksualismediagnosen. Som vi har sett tidligere, i diagnosekapittelet, er det flere transpersoner som tilpasser sine historier for å bli regnet som «A4», og få diagnosen.

### 6.1.3 Jeg vet hva jeg vil

I artikkelen om pasienten Thomas som ble født Tuva, skrevet av Merete Glorvigen (2018), får vi også lese om lederen ved NBTS, Anne Wæhre, sin tydelige bekymring for at transseksuelle som ønsker kjønnsbekreftende behandling kan komme til å angre seg i etterkant av behandlingen. Wæhre påpeker at jenter kan få fjernet bryster, livmor og eggstokker og få lukket skjeden, og gutter kan få fjernet penis og testikler, før hjernen er ferdig utviklet. Hun mener at de dermed ikke innser før i etterkant at de kanskje har valgt feil og tatt et valg det ikke er mulig å gjøre om. Denne bekymringen til Wæhre har vokst etter en tydelig økning av barn, og særlig tenåringsjenter, som ønsker å skifte kjønn (Glorvigen 2018).

Denne oppfatningen av at noen kan komme til å angre virker det som at NBTS ikke deler med så mange. Thomas er sikker i sin sak, og sier: «Jeg kommer aldri til å gi meg på å bli gutt. Og jeg kommer ikke til å angre, det vet jeg» (Glorvigen 2018). Dette utsagnet blir støttet av flere, blant annet sexologen jeg intervjuet: «Jeg tenker jo at du oppsøker ikke hjelp for å få kjønnskorrigerende behandling hvis du ikke mener at det må du. Det gjør du ikke» (Sexolog fra intervju).

Rådgiver i Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI) Luca Dalen Espseth sier det slik:

«Vi må anerkjenne hvor vanskelig det er å stå frem som transkjønnet. Du putter deg selv i en ekstremt stigmatisert gruppe. Så kommer prosessen du skal gjennom for å bli henvist til Rikshospitalet. Bare den kan ta flere år. At folk kaller det en trend, vitner om at man ikke forstår hvor lite gøy det er å være transperson i dag» (Luca Dalen Espseth, sitert i Glorvigen 2018).

En trend kan forstås som noe som er moteriktig og moderne. Ved å kalle transseksualisme en trend framstår det som moteriktig og noe «alle vil ha», men også som noe som kommer til å gå over, og at noe annet kommer til å ta over etter en viss periode slik det er med mote. Overført til transtematikk vil det altså si trans\* er populært, og noe mange ønsker, men som står i fare for å bli erstattet med ønsket om å være cis. Dette strider imot det som står under kapittelet om

personlighetsforstyrrelser der diagnosen transseksualisme står oppført, om at «slike atferdsmønstre er i regelen stabile» (Direktorat for e-helse 2019a). Ifølge transpersoner som sier de vet hva de vil, og vet hva de snakker om, er ikke det å være trans en trend, eller noe som er enkelt og moteriktig. Ifølge de som uttaler seg, som Thomas og Luca, er det vanskelig, stigmatiserende og frustrerende. At det er vanskelig kan også knyttes til minoritetsstress. Når noen opplever minoritetsstress tyder på at de ikke lar negative holdninger eller handlinger stoppe dem i være den de er, og blir dermed en slags bekreftelse på at de er sikre i sitt valg.

Enkelte aktører, som NBTS, anerkjenner ikke transpersoner sine evner til å ta riktige valg for seg selv, og derfor er det flere som diskuterer hvorvidt det er hensiktsmessig, og kanskje helt nødvendig, å desentralisere behandlingstilbudet i Norge ved å få helsepersonell utenfor NBTS med transkompetanse mer på banen.

#### **6.1.4 Desentralisering og avvikling av monopolet**

Som nevnt innledningsvis finnes det en rapport utarbeidet av en ekspertgruppe utnevnt av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet med tittelen: «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» (Helsedirektoratet 2015). I rapporten står det:

«Ekspertgruppas flertall mener at det er behov for en betydelig desentralisering av helsetjenestetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori for å ivareta de gruppene som ikke har noe tilbud om helsehjelp i dag» (Helsedirektoratet 2015).

Ideen om desentralisering er noe flere uttrykker at de ønsker, slik som spesialist i sexologisk rådgivning ved helsestasjon for kjønn seksualitet, Ingun Wik:

«Helsestasjonen tilbød i fjor hormonbehandling til rundt 30 personer. Wik reagerer på at Rikshospitalet mener de bør ha monopol på å skrive ut hormoner. Det regnes ikke som høyspesialisert behandling og kan ansees som reversibelt. Derfor bør dette også kunne gjøres av transkompetente fastleger, mener hun» (Glorvigen 2018).

«For noen av dem ønsker kanskje bare en liten dose med noe østrogen eller testosteron bare sånn for å kjenne på det, men ikke ønsker full kjønnskorrigerende behandling, men noe som gjør at man blir litt mer feminin eller maskulin» (Sexolog fra intervju).

Wik og sexologen jeg intervjuet er altså enige om at sexologer og fastleger med den rette kompetansen burde kunne gi hormonbehandling, og at det blir anerkjent som riktig behandling. For det er ikke alle pasienter som ønsker full

kjønnsbekreftende behandling, altså å kirurgisk endre på kjønnsorganer, men som heller vil tilføre kroppen hormoner for å framstå, som sexologen sa: «litt mer feminin eller maskulin». Og det var nettopp det fastlege A gjorde for sin pasient. Før oppstart av behandling rådførte hen seg med Pirelli Benestad for å få en «oppskrift» på behandlingen, som i dette tilfelle var østrogen-tabletter.

«Ja, tabletter. Også tar du blodprøver, og det er lurt hele tiden da. Det er kjempehyppige blodprøver som måler alt mulig i kroppen egentlig, for det kan jo påvirke veldig mye. Men det gikk jo kjempebra, ingen forstyrrelser av noe slag. Så ser du etter hvert da at testosteronet går ned og østrogenet går opp. Etter lang tid da, veldig forsiktig, jeg har jo vært veldig forsiktig, sikkert alt for forsiktig i forhold til alle andre, men jeg vil jo liksom være veldig kontrollert da. (...) For jeg var veldig usikker på om dette er noe som faktisk gjør at jeg kan miste lisensen» (Fastlege A fra intervju).

I frykt for å gjøre noe feil rådfører hen seg med ekspert innen transfeltet Pirelli Benestad, og etter å ha fått instruksjoner om hva som skal gjøres er hen ekstremt forsiktig med behandlingen hen gir. Det viser at hen ikke har mye tidligere erfaring, og i utgangspunktet ikke er «transkompetent». Det viser også en styrke i å rådføre seg med de som har den rette kompetansen, og ikke bare gi ut hormoner uten å kjenne til eventuelle konsekvenser. Som vi leser fra sitatet ovenfor var hen også svært opptatt av å ikke gjøre feil, men gå gradvis og veldig forsiktig fram. I tillegg fryktet hen at praksisen kunne stå i fare dersom hen valgte å gi behandling til pasienten. Det viser hvor mye makt som ligger i fenomenet kjønnsbekreftende behandling, og hos monopolet til NBTS. Men til tross for mye tvil, vurdering og rett og slett frykt, valgte fastlege A altså å trosse denne makten, og så i etterkant hvor viktig det valget var for pasienten som kanskje ikke hadde ønsket å leve dersom hun ikke fikk behandling.

Måten fastlege A beskrev følelsen av å ha reddet et liv kan stille spørsmål ved hvorfor ikke flere leger velger å gjøre det samme. Jeg spurte sexologen om hvorfor hen trodde noen leger vegret seg for å gjøre det, og hen mente at mange leger ser transseksualisme som noe patologisk, altså sykkelig.

«Og det er jo sikkert fordi det har vært diagnostisert under psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser. Men så blir jo det endra nå da, i og med ICD-11. Så da håper vi jo at det blir litt annerledes da» (Sexolog fra intervju).

Men foreløpig er det altså vanskelig for fastleger å si ja til å gi ut hormoner, og de fleste transpersoner som søker hjelp må dermed prøve å få innpass hos NBTS. I Standards of care (SOC) står det at «Å være transseksuell, transperson eller ikke kjønnskonnform er et spørsmål om mangfold, ikke om patologi» (Coleman m.fl. 2012: 4). At noen leger anser transseksualisme som noe patologisk tyder på at ikke alle følger denne veiledning fra WPATH.

En annen del av dilemmaet om hvorvidt fastleger skal gi ut hormonell behandling er mangel på kompetanse.

«Legene har jo ingenting om det her på medisinstudiet. De har overhodet ikke nok kunnskap. Og i og med at det er sånn som jeg sa i sted, innenfor psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser, så er det for dem sykelig» (Sexolog fra intervju).

Dette utsagnet ble bekreftet av fastlege B da jeg spurte om kjønnsbekreftende behandling var noe de lærte om på studiet: «Niks. For vi har så mange ting som vi skal gjennom» (Fastlege B fra intervju). Det kan tyde på at det mange andre temaer og problemstillinger som anses som viktigere å prioritere i utdanningen.

Avvikling av behandlingsmonopolet til NBTS krever altså blant annet kompetanseheving for fastleger, slik at de kan bli det Ingun Wik (2018) kaller «transkompetente». Mangel på kompetanse blir en av hovedgrunnene til at fastlege B mener det ikke er en fastlege sin oppgave å gi behandling, ettersom de kan ikke nok om prosessen.

«Det hørtes jo veldig spesielt ut at en fastlege skulle ta den delen der og følge opp også videre da (...) Man tukler jo litt med kroppen ved å gjøre det der, så jeg hadde ikke følt meg komfortabel med å ta en sånn behandling på egen hånd uten videre. Men det er klart, vi har jo alle våre spesialiteter, og hvis den fastlegen følte at det var utdypende felt for han så kunne det vel sikkert la seg gjøre, så det skal jeg ikke legge sterk formening på. (...) Jeg ble litt paff når du sa at det er fastlege som har igangsatt den type behandling da. Men ok, vi er alle forskjellige» (Fastlege B fra intervju).

I dette sitatet kommer det igjen spørsmål om fastleger egentlig har den rette kompetansen for å hjelpe pasienter som ønsker kjønnsbekreftende behandling, og en antydning om at det er best at all behandling dermed gjennomføres ved NBTS. Men det kommer også fram en kollegial tillit fra fastlege B til de legene som velger å gjøre det. Hen sier at hen ikke skal ha en sterk formening om den andre legen, altså fastlege A følte seg kompetent til å starte hormonell behandling for sin pasient, og at alle leger har sine spesialiteter. Hvis hen ikke hadde hatt denne tillitten kunne jeg sagt at hen hadde skrevet seg selv inn i en posisjon preget av lydighet og en trang til å følge reglene. Men denne tillitten til sine kollegaer blir en form for godkjenning som viser at hen ikke er helt imot denne «motstandsbevegelsen» som arbeider utenfor NBTS sine rammer.

Fastlege B la også til «Vi står jo egentlig fritt til å gjøre mye som lege da, det gjør vi, uten å ha utdanning, men man skal jo kjenne sine begrensninger og ansvar». Jeg spurte også fastlege A om det var noen offisielle retningslinjer for hva fastleger kan gjøre, med tanke på å gi slik behandling. På det fikk jeg svaret:



«Det er det ikke. De aller fleste fastleger, nesten alle, sier nei. Det må gå via Rikshospitalet. Så det er nesten ingen som gjør det der. Det er nesten sånn som du ikke skal si høyt» (Fastlege A fra intervju).

Hen fremstiller det som en frykt for å snakke om kjønnsbekreftende behandling utenfor NBTS, at det er tabu og forbudt. Dette illustrerer hvor rå og brutal maktutøvelsen fra NBTS er. Ettersom det man har å bryne seg mot er så rått må den ukoordinerte motmakten komme fra mange steder.

Etter oppstartet behandling utenfor NBTS er det heller ikke mulig å bli henvist til NBTS i etterkant. Da er alle dører låst. På Oslo Universitetssykehus sine sider om NBTS står det at NBTS blir satt i en vanskelig situasjon dersom pasienten har begynt behandling andre steder, ettersom det da blir vanskelig å stille riktig diagnose og vite hva som er riktig behandling å gi videre (Oslo universitetssykehus 2018a). Denne begrensningen kjenner også fastlege A til:

«Hvis du først har begynt hormonell behandling utenfor Rikshospitalet da ... jeg kan ikke henvise henne til Rikshospitalet nå. Nei for dette er fy fy. For jeg har begynt å behandle utenfor, da er ikke hun velkommen der» (Fastlege A fra intervju).

Fastlege A innser at hen stenger dørene til NBTS ved å gi pasienten sin behandling, og at det hen gjør blir ansett som feil fra NBTS sin side. Å gi ut hormoner til pasienter er «fy fy», altså strengt forbudt, og vil få store konsekvenser. NBTS har altså makten til å straffe pasienter som velger å gå utenom deres monopol ved å gi dem represalier i form av å nekte dem videre behandling innenfor deres dører. Dette kan virke brutalt og strengt for de som da har startet behandling andre steder, som hos fastlege A eller private klinikker som Aviva helse. Til tross for disse strenge konsekvensene, og til tross for at fastlege A uttrykker at hen syns det er litt i strengeste laget, forstår fastlege A den bekymringen NBTS kommer med om å stille riktig diagnose: «Jeg kan på en måte forstå det, for de har jo ikke fått gjort alle de diagnostiske testene sine og sånn på forkant, så jeg skjønner jo det» (Fastlege A fra intervju).

Videre uttrykker fastlege A at det hadde vært så mye lettere dersom pasienten hen valgte å hjelpe hadde ønsket å gjøre ting på den «riktige» måten, og få behandling hos NBTS:

«Og det er jo det mest behagelige for meg, hadde jo selvfølgelig vært at hun hadde vært der. Alt hadde vært stuerent, alt hadde vært greit, ikke sant. Det hadde vært så behagelig» (Fastlege A fra intervju).

Hen gjentar flere ganger at det hadde vært behagelig for dem som lege å sende pasienten rett til NBTS. Så da må vi stille spørsmål om hvorfor hen ikke velger det. Hvorfor lar hen ikke NBTS gjøre jobben sin og hjelpe alle transpersoner som ønsker behandling? Jo, nettopp fordi ikke alle passer inn i deres rammer og fyller

deres kriterier. Hen velger å ikke ta del i det heteronormative perspektivet som råder hos NBTS. Det må også stilles spørsmål om hvorfor pasienten ikke ønsket å bli henvist til NBTS i utgangspunktet. Svaret på det spørsmålet har kommet tydelig fram i de tidligere avsnittene som beskriver pasientenes synspunkt og erfaringer med lange ventetider, strenge rammer og frykt for å bli avvist. Det er på grunn av historier slik fastlege A forteller om sin pasient at det er flere som ønsker å desentralisere det nåværende behandlingstilbudet og avvikle monopolet.

Enkelte mener at vi må se til andre land som gjør det «bedre» på behandlingsfronten og lære av dem:

«Sverige har fem behandlingssteder og full utredning tar sjelden mer enn seks måneder. I Sverige avvises heller ingen, men man kan i samarbeid med behandlerne komme frem til at hormonell og/eller kirurgisk kroppsjustering ikke vil løse deres utfordringer. Vi vil herved ta til orde for en desentralisert modell med regionale faggrupper med relevant utdanning, som kan utrede og iverksette hormonell behandling, henvise videre til eventuell kirurgi og yte bistand og hjelp til behandlende leger, psykologer og andre i førstelinjetjenesten. Det vil også være behov for et spesialisert senter på tredjelinjenivå, som kan utrede kompliserte nevropsykiatriske tilstander eller andre alvorlige, psykiske problemstillinger, samt ta ansvar for kjønnsbekreftende kirurgi. Mange av dem som ikke får hjelp i dag er ikke bare født i «feil kropp». De er født i feil land!» (Almås m.fl. 2018).

Løsningen på problemet blir ifølge Almås m.fl. (2018) desentralisering av behandlingsmonopolet ut til transkompetente faggrupper. I motsetning til Norge med kun ett behandlingssted, lange ventetider og mange avviste pasienter, stiller Sverige sterkere med et bredt behandlingstilbud og kort utredningstid. I Norge kan utredningstiden, ifølge sexologen jeg intervjuet, ta opp til tre år dersom man er uheldig. Det er en signifikant forskjell fra seks måneder som er ventetiden for pasienter i Sverige. Almås m.fl. (2018) mener derfor vi må se til Sverige og lære fra deres modell slik at også de som ønsker å få behandling i Norge kan sies å være født i riktig land.

Som vi har sett i dette kapitlet er det flere aktører som på sine egne måter tar del i den ukoordinerte motmakten mot NBTS. Når Edley (2001) snakker om fortolkningsrepertoar beskriver han en koordinert og entydig stemme. Dersom alle aktørene i dette kapitlet, altså legene, sexologene og pasientene, f.eks. hadde deltatt på en felles samling for å stå sammen mot NBTS hadde Edley (2001) sin bruk av fortolkningsrepertoar vært lett å skrive fram. Men ettersom det ikke er samlet masse eller en homogen gruppe som på lik måte underminerer makten til NBTS vil jeg bruke fortolkningsrepertoar på en litt annen måte. Jeg ønsker å få fram mangfoldet av aktører og meninger, og strategier gjennom et felles repertoar og meningssystem. Dette repertoaret har jeg valgt å kalle «motmaktens stille og

ukoordinerte underminering». Denne undermineringen skjer ulike steder med ulike aktører og strategier samtidig. Motmakten er altså overalt, slik Foucault (1999a) sin generelle maktforståelse tilsier, uten en bestemt aktør, uttrykk eller koordinasjon.

Summen av alle de tidligere diskuterte temaene «dårlig praksis», «trans nok», «jeg vet hva jeg vil», og «desentralisering og avvikling av monopolet» utgjør det generelle fortolkningsrepertoaret. Dette inkluderer en oppfattelse av NBTS som en hemmelighetsholder som ikke vil dele erfaringer og «oppskrifter», lange ventetider, og unnskyldninger for ikke å behandle. NBTS blir også anklaget for å kun behandle pasienter som er «A4», noe som støtter opp under forståelsen de på utsiden har om NBTS sin kjønnsforståelse, og hvem som er de «lette» eller «vanskelige» pasientene. Motmaktens stille og ukoordinerte underminering inkluderer også den støttende stemmen om at transpersoner vet hva de vil, at de er fullt klar over konsekvensene av valgene de tar, og som «anerkjenner transpersoners rett til å bestemme hvem de vil være» (Lie & Slagstad 2018). Fastlege B utfordrer derfor det generelle fortolkningsrepertoaret som ligger utenfor NBTS ettersom hen har en positiv innstilling til NBTS sine praksiser og holdninger, men er samtidig en del av det på grunn av tilliten hen viser til sine kollegaer som velger å gå imot NBTS sitt monopol.

## **6.2 Subjektposisjoner og aktørskap**

Som vi har sett er det mange aktører som underminerer makten til NBTS. I dette delkapittelet vil jeg skrive fram de ulike subjektposisjonene jeg har identifisert og skrevet fram. Posisjonene som blir presentert her vil jeg bruke i drøftingen senere i oppgaven for å diskutere aktørskap framover, og som mulige endringsagenter.

Når jeg nå skal skrive fram subjektposisjoner vil jeg studere hvordan de ulike aktørene i dette analysekapittelet blir omtalt og omtaler seg selv, og dermed ubevisst tilskriver seg selv og andre ulike posisjoner (Edley 2001). Det er flere aktører som inkluderes i fortolkningsrepertoaret som ligger utenfor NBTS: Fastlegen som forsiktig går imot makten ved å sette i gang hormonell behandling for sin pasient, kollegaen som ikke selv føler seg kompetent til å gi ut behandling, men som har en tillitt til de som gjør det, sexologen som ønsker desentralisering av behandlingsmonopolet, og pasienter som er lei av å vente og å bli fortalt at de ikke er bra nok eller trans nok. Alle disse aktørene utgjør grunnlaget for mer overordnede posisjoner som andre også kan skrives inn i.

Først vil jeg ta utgangspunkt i de som velger å trosse monopolet, og mener at transkompetente fastleger og annet helsepersonell kan gjennomføre kjønnsbekreftende behandling for sine pasienter. Til tross for at diagnosemanualen gir klare retningslinjer på hva transseksualisme innebærer, og

det faktum at NBTS har behandlingsmonopol for pasienter med denne diagnosen, er det altså ikke bare å «slå opp i boka» og følge det som står der. Fastlege A og sexologen jeg intervjuet hadde begge en annen framgangsmåte enn NBTS, og går imot den heteronormative kjønnsforståelsen som plasserer individer innenfor kategoriene mann eller kvinne. Kanskje tyder det på at de er mer villig til å følge anbefalingene fra WPATH i SOC, og se transpersoner som noe annet enn patologiske, slik det har kommet fram tidligere at flere fastleger gjør. På grunn av fastlege A sin gradvise, og slik hen oppfattet det; livreddende behandling, kan hen fra pasientenes synspunkt ses på som en helt. Fra et mer overordnet perspektiv vil jeg si at fastlege A har et ønske om en praktisk gjennomføring av behandling for sin pasient som ikke krever henvisning til NBTS. Derfor har jeg valgt å kalle denne subjektposisjonen «den pragmatiske motstanderen». Denne posisjonen innebærer et ønske om å hjelpe, kompetanseheving ved å rådføre seg med andre, for så å gå forsiktig fram utenfor de formelle retningslinjene. For fastlege A sin pasient ble hen en trygg vei å velge framfor å prøve å gå den smale stien til NBTS. Fastlege A, sexologen jeg intervjuet, Ingun Wik fra helsestasjonen for kjønn og seksualitet, og den private klinikken Aviva Helse blir alle skrevet inn i denne subjektposisjonen. Denne posisjonen får støtte av blant annet de som ikke tør eller føler seg flinke nok til å gjennomføre det samme, slik som fastlege B.

En motstander har som regel en vanskelig oppgave som må utføres, og en annen aktør som må bekjempes. I dette tilfelle blir den andre aktøren NBTS som holder igjen informasjon om sin behandlingspraksis, holder pasientene sine på pinebenken over lang tid, og har en annen oppfatning av kjønn enn mange transpersoner og andre som involverer seg i transtematikken. Men det er jo ikke alle som anser NBTS for å være den store stygge ulven. Fastlege B hadde et godt inntrykk av måten de behandlet sine pasienter, og stolte på deres kompetanse. Jeg vil derfor ikke kalle NBTS skurken i historien, men heller en motstander i opposisjon til den pragmatiske motstanderen. Begge «deltakerne» i kampen om kjønnsbekreftende behandling har som mål å få behandle sine pasienter og gi den hjelpen de mener er riktig. De velger ulike veier for å komme fram til dette målet, og har derfor også ulikt publikum som heier dem fram og støtter dem.

Til slutt har vi pasientene, altså transpersonene som ønsker å endre kroppen sin så den samsvarer med hvordan de føler seg på innsiden. De som vet hva de vil, og vil ha det nå. Wæhre og NBTS skriver disse personene inn i en posisjon som usikre tenåringer som tror de vet sitt eget beste, men kanskje ikke gjør det likevel. De blir skrevet inn i subjektposisjonen jeg velger å kalle uvitende tenåringer. Men som vi har sett mener disse tenåringene at de vet hva de vil og hva som er best for dem. Med andre ord tilskriver de seg selv en annerledes posisjon enn hva NBTS gjør. De skriver seg inn i posisjonen som ekspertene på egen identitet. Denne posisjonen velger jeg å kalle selvspesialistene.

### 6.3 Oppsummering

Som jeg har vist i dette kapitlet er det ikke bare å følge de retningslinjene som ligger til grunn for kjønnsbekreftende behandling, eller å bruke den gjeldende diagnosen som eneste vurderingskriteria for å gi behandling til transpersoner. De som har erfaring med NBTS, inkludert pasienter og annet helsepersonell, kritiserer ikke bare lange ventetider og tungvinte praksiser, men også holdningene og kompetansen til de som jobber der. Enkelte fastleger og sexologer velger å trosse monopollet til NBTS og gi behandling på egen hånd til transpersoner som oppsøker dem. Det er med andre ord en ukoordinert underminering av monopollet til NBTS. Den er ukoordinert fordi det ikke er en homogen gruppe som sammen står opp mot makten, men flere ulike aktører som på sine måter er en del av en motmakt. Makten finnes altså, som Foucault (1999a) sier det; overalt. Jeg har valgt å bruke fortolkningsrepertoar for å få fram det som er felles i denne ukoordinerte undermineringen. Det som utgjør dette felles fortolkningsrepertoaret er blant annet et ønske om å desentralisere monopollet, og en forståelse av kjønn som noe mer enn kun de to binære kategoriene mann og kvinne. Jeg har også skrevet fram ulike subjektposisjoner som jeg har identifisert, som skal brukes for å diskutere aktørskap i det kommende drøftingskapitlet.



## **7. DRØFTING**

I de tre foregående analysekapitlene har jeg tatt for meg forskningsspørsmålene som rettes mot endringen av diagnosen, hvordan NBTS anser sin egen posisjon innenfor fenomenet kjønnsbekreftende behandling, og perspektivet leger, sexologer og transpersoner har på NBTS sin praksis og holdninger. I dette drøftingskapittelet vil jeg bruke funnene fra analysen for å diskutere fenomenet kjønnsbekreftende behandling som en helhet, og for å svare på hovedproblemstillingen om hvordan makt og motmakt utfolder seg i medisinsk kunnskap om trans\*. Med andre ord vil jeg bruke resonnementene fra de ulike kapitlene til å drøfte på et mer overordnet nivå. Jeg reflekterer også over endringer og forhandlinger av makt og motmakt i lys av den nye diagnosen, og hvem som kan kalle seg transkompetente.

### **7.1 Standarder for behandling**

I kapittelet om aktører utenfor NBTS kom det fram fra sexologen jeg intervjuet en mistanke om at enkelte leger oppfatter det å være trans som noe patologisk, og dermed ikke ønsker å ta stilling til å eventuelt gi kjønnsbekreftende behandling. Denne mistanken blir bekreftet i følgende utsagn av Lukas Andersen som ønsket å få behandling:

«Legene snakker til deg som om det at du er trans, er en patologisk tilstand. Man er opptatt av å presse kjønn ned i en liten, firkantet boks som kanskje passer noen få utvalgte. Det er verre med resten av oss» (Andersen 2018).

Ifølge SOC skal kjønnsidentiteter som strider mot normaliteten «ikke vurderes som iboende patologisk eller negativt» (Coleman m.fl. 2012: 4). Et steg i retningen mot god helsehjelp for transpersoner kan dermed være at alle helsearbeidere, velger å forholde seg til retningslinjene fra WPATH. Det har flere sexologer og noen fastleger, som fastlege A, sexologen jeg intervjuet, og Ingun Wik for å nevne noen, vist at allerede gjør. Det kan diskuteres om behandlingsopplegget til NBTS virkelig er lagd i tråd med SOC. Ettersom SOC blir nevnt på Oslo universitetssykehus sine nettsider om behandlingsopplegget til NBTS kan det tyde på at de selv mener at de følger retningslinjene fra WPATH. Men på bakgrunn av de strenge rammene NBTS forholder seg til med diagnosen F64.0, og den binære oppfatningen av kjønn, blir flere transpersoner stengt ute og regnet som uverdige for behandling.

I SOC står det også at:

«Oppstart av hormonbehandling kan skje etter at en kvalifisert helsearbeider, som beskrevet i SOC's kapittel VII, har gjennomført en psykososial vurdering og innhentet informert samtykke. Det kreves

henvisning fra den psykiske helsearbeider som utførte vurderingen, med mindre vurderingen ble gjort av en helsearbeider med utskrivingsrett for hormoner som også er kvalifisert innen trans-helse» (Coleman m.fl. 2012: 36).

Å være kvalifisert innen trans-helse tolker jeg som å være transkompetent. Det vil si at dersom leger blir transkompetente, handler de i tråd med SOC. Ifølge psykologspesialt Silje-Håvard Bolstad, innebærer også det å være transkompetent å kjenne til minoritetsstress, og å bli utfordret på det som ligger utenfor normalitetens grenser (Bolstad 2019). Basert på den kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom dette prosjektet velger jeg å støtte meg til denne definisjonen av transkompetanse. Transkompetanse for helsepersonell kan dermed sies å bestå av kunnskap om muligheter innenfor kjønnsbekreftende behandling, evne til å se utenfor normalitetens grenser og anse trans\* som noe ikke-patologisk, å følge retningslinjene i SOC, og å kjenne til utfordringer som pasientene kan stå ovenfor slik som minoritetsstress.

## 7.2 Ny diagnose

Selv om det kan være flere år til ICD-11 vil bli innført i Norge, vet vi at den kommer og vil bli tatt i bruk på lik linje som ICD-10 brukes i dag. Under redegjørelsen av diagnoseendringen la jeg fram hvordan denne endringen er et resultat av noe, av aktivisme, kultur og endring av kjønnsforståelse. Men hva kommer den nye diagnosen til å resultere i framover? Hvordan påvirker den aktørene og maktforholdet innenfor kjønnsbekreftende behandling? Hva skjer med kjønnsforståelsen, og er diagnoseendringen kun positiv?

Et mulig utfall av den nye diagnosen HA60 kjønnsinkongruens er at flere ønsker å bli henvist til NBTS. Det trange nåløyet som mange transpersoner frykter blir nå utvidet, og et bredere spekter av kjønnsidentiteter får plass. Bekymringen til NBTS om at trans\* potensielt har blitt en «trend» vil sannsynligvis øke når den nye diagnosen trer i kraft, ettersom flere får muligheten til å benytte seg av behandlingstilbudet. Som Esben Esther Pirelli Benestad poengterte med utsagnet «i juni 2018 ble alle som ikke er kjønnet i samsvar med tissen, friskmeldt» (Berg 2019), er diagnoseendringen positiv for de ikke-binære som ikke oppfyller kravene til dagens diagnose. Men for diagnoseforvalterne NBTS kan det tenkes at bekymringene for feilbehandling, og eventuelt overbehandling, kan komme til å øke.

Det blir også spennende å se hvordan den nye diagnosen HA60 kjønnsinkongruens skal vurderes. Skjema som blir brukt av NBTS med spørsmål om blant annet lekepreferanser i ung alder og antall sexpartnere blir nok utdatert, Disse spørsmålene legger til rette for en fasit for hvordan å være og gjøre trans\*, som har ført til at noen føler de må lyve for å passe inn i de trange kjønnsrammene:



«Når du får spørsmål om du lekte med dukker eller biler da du var liten, svarer du biler hvis du vil ha mannlige kjønns hormoner» (Miljeteig 2011). Hvilke krav skal HA60 stille for å eksaminere og skille de verdige og uverdige? Dersom det blir åpent for de ikke-binære og de som beveger som imellom kjønn, blir mest sannsynlig spørsmål om du har lekt med dukker eller brannbiler irrelevant for om du skal få behandling eller ikke.

Per i dag står transseksualisme fortsatt oppført under kapittel for «Personlighets- og atferdsforstyrrelser» og blir definert som en psykisk lidelse. Det kreves derfor psykiatrisk oppfølging fra enten BUP eller DPS. Men som Bolstad (2019) påpeker:

«Kravet om psykiatrisk oppfølging er en praksis som har oppstått under et paradigme der kjønnsinkongruens har vært definert som en psykisk lidelse. Det disse klientene ber om, er somatisk behandling for å justere kroppen. Psykiatrisk utredning og behandling er frivillig i Norge, og ingen andre grupper blir påkrevd psykiatrisk helsehjelp for å få tilgang til somatisk helsehjelp. Obligatorisk psykiatrisk oppfølging medfører en risiko for overbehandling og feil prioritering av ressurser i psykisk helsevern» (Bolstad 2019).

Bolstad (2019) påpeker med andre ord at transpersoner ønsker å endre fysiske faktorer ved kroppen og dens kjønns karakteristika, som ikke krever psykiatrisk helsehjelp. I den nye utgaven av ICD havner den nye diagnosen om kjønnsinkongruens under kapittelet om seksuell helse. Bolstad (2019) forsetter med å skrive at helsehjelpen derfor må komme fra helsearbeidere med kompetanse på kjønns mangfold, ikke på psykiatri. Makten overføres dermed vekk fra psykiatrien, og over til individene. Fra å bli vurdert ut ifra avsky for eget kjønn og et ønske om å leve som det motsatte kjønn, er det ikke lenger medisinske grenser som avgjør, men heller egen oppfattelse av kjønnsidentitet. Transpersonene blir trans nok, og slipper å lyve for å passe inn i noen andres rammer for hvordan kjønn skal se ut og gjøres. Det stilles fortsatt krav for å bli diagnostisert med HA60 som utløser retten til behandling, men vilkårene for å få denne diagnosen blir nok ikke like strenge.

Hva gjør så den nye diagnosen med kjønnsforståelsen? Som tidligere diskutert kan kjønn bli oppfattet som mer flytende enn før, og har blitt en bredere kategori i den nye diagnosemanualen. Utviklingen av kjønnsforståelse og paradigmeskifte vi nå står overfor reiser et spennende spørsmål om vi, etter innføringen av den nye diagnosen, har kommet dit vi burde være. Mest sannsynlig blir flere vurdert som verdige til å motta behandling. Og kjønn kommer nok til ha en stor rolle i fremtidige samfunn, til tross for at enkelte kanskje ønsker en utopisk verden der kjønn ikke er en sentral kategori, og ingen forventer at man er verken cis eller trans, hetero eller homo. Men innenfor transfeltet er kjønnskategoriene viktige for

mange, for å ha noe å identifisere seg med. Spørsmålet vi da kan stille er om det kommer til å bli innført et tredje kjønn i Norge, og når vi kommer til å få et fullverdig trans\* statsborgerskap. Vi er på god vei mot likestilling for homofile, som fram til 1990 ble ansett som psykisk syke. Til tross for at det fortsatt er en vei å gå for å minske diskriminering mot homofile i Norge, er terskelen for å komme ut som homofil mye lavere i dag enn den var før. Terskelen for å komme ut som trans kan også bli lavere ved innføringen av den nye diagnosen, dersom den fører til at behovet for å ty til løgn om egen oppvekst og identitet blir mindre og muligens eliminert.

Som jeg diskuterte i diagnosekapittelet kan kulturen ha hatt en påvirkning på den medisinske kunnskapen om trans\* ved å skape et større rom for å identifisere seg utenfor eller imellom det binære. Likt som makt og kunnskap eksisterer i et sirkulært forhold der de påvirker hverandre (Foucault 1999a), kan det tenkes at kultur og medisin også har et lignende forhold. Hvis det er tilfelle, vil det kanskje bety at den nye diagnosen vil kunne redusere opplevelsen av minoritetsstress. Mange sier at de opplever minoritetsstress, som kan innebære uønskede blikk når man sitter på bussen, kommentarer som hviskes, eller et ekskluderende språk. Dersom den nye diagnosen blir gjenspeilet i det kulturelle bildet kan den bidra til å øke kunnskapen om trans\* i den generelle befolkningen. Da TV 2 sendte første episode av serien «Født i feil kropp» var det 600.000 mennesker som satt og så på (TV 2 2014). Kanskje blir det laget et lignende program etter den nye diagnosen trer i kraft, som inkluderer hvordan transpersoner opplever helsevesenet som nå må forholde seg til en endret oppfatning av trans\*.

I et utopisk samfunn der kjønnsnormer og det binære og heteronormative ikke lenger er en sentral faktor kunne det vært mer realistisk å se for seg et transsubjekt som er uavhengig av medisinske rammer for å bli oppfattet slik det ønsket. Men slik samfunnet er i dag blir det nødvendig å opprettholde visse rammer for å kunne definere retten til behandling, og hva det vil si å være trans\*. Dersom trans\* skal forbli et synonym med overskridende, må kjønnsdikotomien mann og kvinne opprettholdes. Transkampen kan derfor ikke handle om å avskaffe kjønn, men heller å invitere cis-personer til å utvide rommet for hva det vil si å være menn og kvinner.

Som jeg var inne på i kapittel 4 er det noen transaktivister som ønsker trans\* ut av medisinen, slik homofili ble fjernet som en psykiatrisk diagnose i 1990 (Lie & Slagstad 2018). Homofili og trans skiller seg sterk fra hverandre ettersom trans ikke blir et spørsmål om legning og seksuell orientering, men om kroppens overenstemmelse med identitet. For å kunne bli den de føler at de allerede, er det nødvendig for enkelte transpersoner å endre på kropp og kjønnskaraktistika. Denne endringen kreves ikke i andre deler av kjønns- og seksualitetsverdenen. Det er også stor forskjell på å komme ut som homofil, og å komme ut som trans.

Ved å komme ut som trans ønsker man kanskje å endre pronomen, kropp og navn, og kan anses som en større påkjenning og utfordring for mange.

En ting homofili og trans\* har til felles er å bli utfordret. På samme måte som skeiv teori utfordret den «gammeldagse homokampen», kommer noe nå til å utfordre transkampen og transgenderbevegelsen. På lik linje som alle kategorier, mann, kvinne, homo, hetero, finnes det enorme forskjeller innad i kategorien trans\*. Et eksempel på dette er de mange begrepene som benyttes for å beskrive trans\*, slik som transmenn/transkvinner, ikke-binære, kjønnsflytere eller født i feil kropp. Noen mener man skal fortsette å holde seg innenfor det binære, mens andre har en forståelse av kjønn som flytende med muligheten for å definere seg imellom det binære. Med den nye diagnosen kan det være at aktører som NBTS og HBRS ser seg nødt til å endre sin forståelse av kjønn, og bygge et nytt fortolkningsrepertoar med en annerledes kjønnsforståelse som er mer i tråd med HA60.

### **7.3 NBTS undermineres og kritiseres**

Kjønnsforståelsen til NBTS kan, som illustrert i de tidligere kapitlene, forstås som heteronormativ. Som jeg vist gjennom sitater fra pasienter i kapittel 6 kan denne heteronormativen være skadelig ved at de blir fortalt at de ikke er trans nok, og for deres prosess med å identifisere seg selv:

«De årene jeg var pasient der, opplevde jeg at Rikshospitalet sådde tvil om min kjønnsidentitet som mann, blant annet fordi jeg har ligget med andre menn. Eller fordi jeg har hatt sex i det hele tatt, for det har jeg fått beskjed om at transpersoner ikke har» (Andersen 2018).

Det er tydelig at makten til NBTS møter motstand, og at den motstanden kommer fra flere aktører med ulike strategier. Å hevde at transpersoner ikke har sex, noe Andersen (2018) sier NBTS gjør overfor sine pasienter, blir også en del av den heteronormative tendensen vi har sett tidligere. Ved å si at Rikshospitalet fikk han til å tvile på sin egen identitet som mann fordi han hadde hatt sex med andre menn, blir det et tydelig krav om heterofili. At transpersoner ikke har sex tilsier også at seksuell aktivitet bare er mulig for de med en kjønnsidentitet som mann eller kvinne. Utsagnet fra Andersen (2018) tyder med andre ord på at NBTS ikke utfordrer seg selv på hva som ligger innenfor normalitetens grenser, slik Bolstad (2019) mener skal være en del av transkompetanse.

Oppfatningen av at NBTS ikke er transkompetente deles av flere. Som et svar på artikkelen til Kim Tønseth og Anne Wæhre, skrev sexologen Thomas Mørk Tønseth en kronikk med tittelen «Jeg er en av de «behandlingsivrige sexologene som spanderer hårvekst og mørk stemme på nasjonens døtre»» (Mørk Tønseth 2018). Her skriver han:

«I alle disse årene har jeg sett ansatte på Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) komme og gå. Det har tidvis vært høy turnover og indre stridigheter som har gått ut over pasientene. Jeg er helt uenig i at de ansatte på NBTS er de eneste ekspertene på feltet. Jeg har møtt svært mange mennesker med mye psykisk smerte etter et liv hvor kropp og sjel ikke stemmer og som har fått avslag på behandling på NBTS. Det ikke å behandle er også et aktivt valg, med uante konsekvenser» (Mørk Tønseth 2018).

Mørk Tønseth bekrefter utsagnet til Almås (2018) i kapittel 6.1.1 om at det er hyppig utskiftning av personalet ved NBTS, og at dette kan ha en negativ effekt for pasientene. Han får også fram at NBTS ikke er de eneste med kompetanse innenfor trans-feltet, og til tross for at han kaller dem eksperter kan det tolkes som at denne ekspertisen ikke sammenfaller med transkompetanse.

I beskrivelsen av kapittelet i ICD-10 om personlighets- og atferdsforstyrrelser der vi finner F64.0 står det at tilstander og atferdsmønstre som befinner seg innenfor dette kapittelet som regel er stabile (Direktorat for e-helse 2019a). Man skulle tro at det da er lite sannsynlig at noen som har gjennomgått operasjon eller annen kjønnsbekreftende behandling kommer til å angre seg. Men det har skjedd. Til tross for at tallene på personer som har angret seg i etterkant av behandling er lave (Eide 2017; Jakobsen 2018), er det dette NBTS frykter. Dette potensialet for å angre seg er grunnen til at de mener lang utredningstid er nødvendig for ikke å overbehandle, eller gjøre feil. Men i frykt for å gjøre noe galt, mener enkelte sexologer at de gjør noe galt likevel (Jakobsen 2018). Mange av de som ønsker behandling har depresjoner på grunn av manglende samsvar mellom kropp og identitet, og de lange ventetidene hjelper ikke på psyken, og eventuelle selvmordstanker disse menneskene har (Ibid.).

I media kommer det fram, som jeg har vist, mye kritikk og et generelt negativt syn på NBTS sin praksis og kompetanse. Men jeg stiller spørsmål om alt de gjør er utelukkende negativt, og om de får skylda for en smal kjønnsforståelse på grunn av at de er forvaltere av diagnosen F64.0. NBTS sier at de baserer sine meninger og behandlingsopplegg på forskning. Når da det ennå ikke er blitt forsket nok på det NBTS mener er en ny gruppe pasienter som blir henvist til NBTS, altså tenåringsjenter som etter pubertetens oppstart opplever kjønnsdysfori (Tønseth & Wæhre 2018), kan det vel tenkes at NBTS har «rett» til å være forsiktige og ta ting sakte for å forsikre seg om at de ikke gjør noe feil?

Ut ifra tekstene av og om NBTS, og perspektivene fra utsiden, vil jeg si at NBTS sitter på toppen av et vaklende jengatårn, der brikkene blir fjernet under dem. De prøver å gripe seg fast i alt de får tak i, inkludert nasjonen og helseminister Bent Høie for å holde seg oppreist. Brikkene som har blitt dratt vekk under dem, og som truer deres evne til å holde seg oppreist er tillitt fra både pasienter og annet

helsepersonell, et godt rykte, støtte rundt sine perspektiver på kjønn, og et godt samarbeid med andre helseinstanser. Andre diskurser kan også være en brikke som bidrar til at tårnet står ustøtt. Kanskje blir den nye diagnosemanualen brikken som får tårnet til rase?

#### **7.4 Aktørene og motmakten**

Makt ligger i kunnskap (Foucault 1999a), så de som har formelt og offentlig anerkjent kunnskap innenfor transfeltet sitter da med makten innenfor kjønnsbekreftende behandling. Basert på denne logikken skulle man kanskje trodd at det ikke finnes noen «transmakt» for de som ikke er transkompetente. Men som jeg skriver fram i denne oppgaven gjør det altså det. Transmakten til helsepersonell utenfor NBTS ligger i den kollegiale tilliten, nysgjerrigheten og utprøvingen som ligger i subjektposisjonen den pragmatiske motstanderen. Aktører som kan befinne seg i denne posisjonen, som de behandlingsivrige sexologene, private klinikker, og fastleger som er villig til å gi behandling får kanskje en større plass innenfor fenomenet kjønnsbekreftende behandling etter HA60 kjønnsinkongruens har blitt innført i Norge. Dersom det blir større plass for transtematikk i undervisning på studier, kommer også posisjonen til å endre seg fra å være «den pragmatiske motstanderen» til «den transkompetente» der man ikke lenger trenger å rådføre seg med eksperter om hvordan å gi ut behandling, for man vil være ekspert selv.

Makt er også knyttet til språk. Ved å bruke andre begreper og benytte seg av andre diskurser enn det makten gjør, bidrar man til å underminere denne makten. NBTS kan sies å bruke et ekskluderende språk som ikke gir rom for alle, med et skille mellom de lydige og ulydige kroppene. Motstand kan dermed sies å eksistere i et inkluderende språk. Et godt eksempel på en inkluderende talemåte er å erstatte uttrykket «de av dere», med «de av oss» når man snakker til en gruppe. Det eliminerer følelsen av at et «vi» og et «dem» når man snakker. Så istedenfor å si «de av dere som er trans\*», der du selv tar avstand fra den kategorien, kan man si «de av oss som er trans\*».

#### **7.5 Desentralisering og avvikling av behandlingsmonopolet**

Desentralisering av behandlingsmonopolet til NBTS er ikke en ny ide. Nevnt innledningsvis finnes det en rapport fra 2015 der det står at kompetanseheving hos andre helseforetak er ønsket og nødvendig (Helsedirektoratet 2015), og som det kom tydelig fram i kapittel 6 er det flere aktører i dag som ønsker kompetanseheving i flere instanser slik at flere kan få hjelp. En start for å få til dette er å få inn mer om transtematikk i helseutdanningen.

Når man skal diskutere hvorvidt det er hensiktsmessig å avvikle monopolet NBTS har for pasienter med transdiagnosen, blir man nødt til å stille seg spørsmålet om hvorfor det er uheldig at NBTS har monopol. På hvilken måte fungerer det ikke? Ettersom NBTS er lokalisert i Oslo, er det kun i Oslo transpersoner kan få behandling. For de som bor i Oslo er det kanskje ikke et problem, men for de som bor et stykke unna kan det føre til både logistiske og økonomiske utfordringer. For de som starter opp hormonell behandling ved NBTS, og skal ha regelmessig konsultasjon, kommer det mest sannsynlig til å koste en del å reise fra sitt bosted til Oslo jevnlig. Det er altså en av grunnene til å monopolet kan være vanskelig å forholde seg til for pasientene. Et av argumentene som kommer fra helsepersonell utenfor NBTS, er som vi har sett mangel på riktig kompetanse innenfor transfeltet (Almås 2018; Mørk Tønseth 2018).

Med desentralisering og avvikling av monopolet menes at andre helseinstanser ikke lenger behøver å sende sine pasienter til NBTS, dersom det er snakk om hormonell behandling. Ønsket mange uttrykker er tilbud flere steder i landet, med transkompetente leger og sexologer som ikke trenger å rådføre seg med NBTS om å gi behandling. NBTS kommer mest sannsynlig til å fortsette å ha monopol på kirurgisk behandling, men å klage på sexologer som «spanderer hårvekst og mørk stemme på nasjonens døtre» blir ikke lenger aktuelt. Et konkret forslag som har kommet fram er å se til Sverige som har fem behandlingssteder med liten ventetid (Almås m.fl. 2018).

Dersom kjønnsbekreftende behandling blir desentralisert, og monopolet avvikles, vil det fortsatt være motstand og motmakt? Kanskje blir fenomenet kjønnsbekreftende behandling preget av en annen type form for makt og motmakt? Kommer NBTS til å være den nye motstanderen? Som selvoppnevnte voktere av diagnosen og monopolet kan det tenkes at NBTS vil fortsette å være i opposisjon til de som velger å trosse dem. Ettersom NBTS lener seg tungt på forskning, er det mulig at det er nettopp forskning som kommer til å avgjøre hvilket standpunkt NBTS kommer til å ta framover, og hvorvidt det kommer til å endre deres fortolkningsrepertoar «rigget for total kontroll». Ifølge Foucault (1999a) eksisterer makt overalt, så det nok ikke å unngå at et maktforhold kommer til å fortsette å eksistere innenfor kjønnsbekreftende behandling. Men hvordan denne makten og motstanden vil utfolde seg framover og bli påvirket av den nye diagnosen gjenstår å se.

## **8. ETTERORD**

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan makt og motmakt utfolder seg innenfor fenomenet kjønnsbekreftende behandling, og endringen av dette maktforholdet i lys av den kommende diagnosen. For å kunne undersøke dette har jeg formulert tre forskningsspørsmål: «Hvilken makt har diagnosen, og hvordan forstår den kjønn?», «Hvordan forstår NBTS sin egen posisjon i kjønnsbekreftende behandling?», og «Hvordan blir NBTS sine holdninger og praksis vurdert av fastleger, sexologer, og transpersoner?».

Metoden jeg har brukt for å svare på disse spørsmålene er kvalitative intervjuer og dokumentstudier. Empirien som da ble frembrakt har blitt analysert med strategiene kritisk diskurspsykologi og sine konkrete begreper fortolkningsrepertoar og subjektposisjon, samt symbolanalyse.

Hvert av de tre forskningsspørsmålene har vært utgangspunktet for de tre analysekapitlene. I det første analysekapittelet tok jeg for meg diagnosens makt, og hvordan endringen av den nåværende diagnosen F64.0 transseksualisme til fremtidens diagnose HA60 kjønnsinkongruens kan ha blitt påvirket av aktivisme og kultur. Jeg diskuterte også hvor de ulike diagnosene forstår kjønn. I neste analysekapittel så jeg på forvalterne av diagnosen og hovedaktøren innen kjønnsbekreftende behandling, NBTS. De plasserer seg selv på toppen av behandlingshierarkiet, og kritiserer sexologer som gir lavterskeltilbud til pasienter som søker hjelp til å få behandling. Det siste kapittelet får fram stemmen til de utenfor NBTS, inkludert helsearbeidere og pasienter som har erfaringer med NBST. Her kommer det fram en sterk kritikk av NBTS sine holdninger og kompetanse, og et ønske om å avvikle det nasjonale behandlingsmonopolet de besitter.

Posisjonen til NBTS som diagnoseforvaltere, behandlingseierne og ekspertene kommer mest sannsynlig til å endre seg etter den nye diagnosen HA60 kjønnsinkongruens blir innført i det norske helsevesenet. Hvis det blir slik mange uttrykker at de ønsker, kommer monopolet til å bli avviklet, og vi vil få flere aktører som tilbyr blant annet hormonbehandling i ulike steder i landet. Makten kommer da til å forskyves til de som blir ansett som transkompetente.

### **8.1 Avsluttende refleksjoner og veien videre**

Ettersom endringen av diagnosemanualen ble gjort mens jeg arbeidet med prosjektet har det vært ekstra interessant å skrive denne oppgaven. Denne endringen la grunnlaget for at jeg kunne diskutere både hvordan maktbalansen innenfor kjønnsbekreftende behandling har potensiale til å forskyve seg, og hvordan den påvirker aktørskap innenfor feltet. Det hadde vært spennende å forske videre på maktperspektivet innenfor kjønnsbekreftende behandling etter

den nye diagnosen blir tatt i bruk for å se om det faktisk har ført til de endringene mange tror og håper på. Spørsmål man da kan stille er: Blir behandlingsmonopolet til NBTS avvirket? Er det mulig å opprette et behandlingstilbud som alle kan si seg fornøyd med? Kommer transtematikk til å bli en større del av helseutdanningen? Er det sannsynlig at trans\* blir tatt ut av medisinen på samme måte som homofili? Det hadde også vært interessant å undersøke andre aspekter ved kjønnsbekreftende behandling, som forholdet mellom kjønnsidentitet og seksualitet og om det eventuelt blir påvirket i forbindelse med behandling, hvorfor det nå er en økning av tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn, eller hvorfor det er flere som er tildelt kjønnnet jente ved fødsel som ønsker behandling enn de som ble tildelt kjønnnet gutt.



## LITTERATUR

- Aase, T. H. & Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsopplaget.
- Almás, E. (2018). Anki Gerhardsen misforstår sexologers rolle i behandling av transkjønnede. *Aftenposten*. Hentet 29.04.19 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/110WL7/Anki-Gerhardsen-misforstar-sexologers-rolle-i-behandling-av-transkjonnede--Elsa-Almas>
- Almás, E., Benestad, E. E. P., Bolstad, S-H. & Karlsen, T-I. (2018). Født i feil kropp i feil land. Ny undersøkelse om kjønnsinkongruens i Norge gir alarmerende resultater. *Aftenposten*. Hentet 12.02.19 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/A2nJOr/Fodt-i-feil-kropp-i-feil-land-Ny-undersokelse-om-kjonnsinkongruens-i-Norge-gir-alarmerende-resultater--Pirelli-Benestad -Almas -Bolstad-og-Karlsen>.
- Andersen, L. (2018). Rikshospitalet har all makt over oss transpersoner. Derfor er vi livredde for å snakke. *Aftenposten*. Hentet 29.04.19 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/1kBeBM/Rikshospitalet-har-all-makt-over-oss-transpersoner-Derfor-er-vi-livredde-for-a-snakke--Lukas-Andersen>.
- Benner, K., Green, E. L. & Pear, R. (2018) «Transgender» Could be Defined Out of Existence Under Trump Administration. *New York Times*. Hentet 31.10.2018 fra <https://www.nytimes.com/2018/10/21/us/politics/transgender-trump-administration-sex-definition.html>.
- Berg, G. A. (2019). *Det er mye gøyere å være et fenomen enn et syndrom*. Hentet 06.02.19 fra <https://www.gat.no/nyheter/det-er-mye-goyere-a-vere-et-fenomen-enn-et-syndrom-1.2572901>.
- Berg, O. T. (2018). *Nasjon*. Hentet 06.11.18 fra <https://snl.no/nasjon>.
- Berger, I., Ekins, R., Ettner, R., Harima, K., King, D., Landén, M., Nodin, N., Pirelli Benestad, E. E., P'yatokha, V., Sharpe, A. N., & Witten, T. M. (2004). Transgender and Transsexuality. *Encyclopedia of Sex and Gender*. (216-229). DOI: 10.1007/0-387-29907-6\_22.
- Bjark, T., Diseth, T. H., Gross, A., Haraldsen, I., Kirschner R., Kratz, G., Schreiner, T., & Tønseth, K. A. (2010). Kjønnskorrigerende kirurgi ved transseksualisme. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 4 (376-379). Doi: 10.4045/tidssk.08.0670.

- BLIKK. (2006). *LLH må bli skeivere*. Hentet 08.04.19 fra <https://blikk.no/llh-m-bli-skeivere/>.
- Bolstad, S-H. (2019). ICD-11: Helse til alle kjønn. *Psykologtidsskriftet*. Hentet 02.05.19 fra <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2019/02/helse-til-alle-kjonn>.
- Bufdir. (2018). *Åpenhet – et daglig valg*. Hentet 01.05.19 fra [https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT\\_og\\_levekar\\_Hva\\_sier\\_forskningen/Apenhet\\_et\\_daglig\\_valg/](https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_og_levekar_Hva_sier_forskningen/Apenhet_et_daglig_valg/).
- Butler, J. (1991). Imitation and gender insubordination. I Fuss, D. (Red.): *Inside/Out: lesbian theories, gay theories*. New York: Routledge. (13-31).
- Butler, J. (1999). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Istar Lev, A., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Paxton Hall, B., Pfäfflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R. & Zucker, K. (2012). *Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative*. Hentet 08.03.19 fra [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_Norwegian.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Norwegian.pdf).
- Davy, Z., Schwend, A. S., & Sørli, A. (2018). Democratizing Diagnoses? The Role of the Depathologisation Perspective in Constructing Corporeal Trans Citizenship. *Critical Social Policy*, Vol. 38(1): 13-35. <https://doi.org/10.1177/0261018317731716>
- Direktorat for e-helse. (u.å.). *ICD utvikling og innføring*. Hentet 06.03.19 fra [https://sh.ehelse.no/hkode/arkiv/Delte%20dokumenter/KITH/templates/kith\\_WebPage\\_1368.html](https://sh.ehelse.no/hkode/arkiv/Delte%20dokumenter/KITH/templates/kith_WebPage_1368.html).
- Direktorat for e-helse. (2019a). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2019*. Hentet 06.02.19 fra <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Tekstdokument%20ICD-10%20Den%20internasjonale%20statistiske%20klassifikasjonen%20av%20sykdommer%20og%20beslektede%20helseproblemer%202019.pdf>.

- Direktorat for e-helse. (2019b). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. Hentet 14.02.19 fra <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11#utvikling-av-icd-10-og-icd-11>.
- Drage, C. (2017). *Kjønn i endring*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Edley, N. (2001). Analyzing Masculinity: Interpretative Repertoires, Ideological Dilemmas and Subject Positions. I Wetherell, M. m.fl.: *Discourse as Data: A Guide for Analysis*. London: Sage.
- Espseth, L. D. (2017). *Kjønn og «andre» kjønn*. Oslo: Blindern.
- Folgerød, T. & Hellesund, T. (2009). Transseksualitet på norsk. I Mühleisen, W. & Røthing, Å. (Red.) *Norske seksualiteter: 99-119*. Cappelen Damm.
- Foucault, M. (1972). *The Archeology of Knowledge and the Discourse on Language*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972- 1977*. Gordon, C. (Red.). New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1999a). *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten*. Valdres: Pax Forlag.
- Foucault, M. (1999b). *Overvåkning og straff: Det moderne fengselets historie*. [3. utg.]. Trondheim: Gyldendal.
- FRI. (2018). *Begreper*. Hentet 07.03.19 fra <https://foreningenfri.no/informasjon/begreper/>.
- FRI. (u.å.). *Velkommen til FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold*. Hentet 08.04.19 fra <https://foreningenfri.no/>.
- Gjorgievska, A. & Rothman; L. (2014). Laverne Cox is the First Transgender Person Nominated for an Emmy – She Explain Why that Matters. *Time*. Hentet 25.04.19 fra <http://time.com/2973497/laverne-cox-emmy/>
- Glorvigen, M. (2018). Han ble født som Tuva. Nå vil 16 år gamle Thomas bli kjønnsoperert for å bli gutt. *Aftenposten*. Hentet 31.01.19 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/qnlJq0/Jeg-mistet-mye-av-ungdomstiden-mens-jeg-ventet-pa-Rikshospitalet--Noah-Skullestad>.
- HBRS. (u.å.). *Harry Benjamin ressursenters historie*. Hentet 26.04.19 fra <http://www.hbrs.no/harry-benjamin-ressussenters-historie/>.
- Helsedirektoratet. (2017). *Endring av juridisk kjønn*. Hentet 04.03.19 fra <https://helsenorge.no/rettigheter/endring-av-juridisk-kjonn>.

- Helsedirektoratet. (2015). Rett til rett kjønn –helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. *Regjeringen.no*. Hentet 04.06.2018 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a312624f8e88e63120bf886e1a/rapport\\_juridisk\\_kjonn\\_100415.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a312624f8e88e63120bf886e1a/rapport_juridisk_kjonn_100415.pdf).
- Jacobsen, J. K. (2018a). *Kjønns mangfold og diagnosens makt*. Hentet 25.04.19 fra <https://blikk.no/kjonns mangfold-og-diagnosenes-makt/>.
- Jacobsen, J. K. (2018b). *Pasientorganisasjon styrker tilbudet til transpersoner*. Hentet 10.11.18 <https://blikk.no/pasientorganisasjonen-for-kjonnsinkongruens/>.
- Jakobsen, S. E. (2018). *WHO: Transpersoner er ikke psykisk syke*. Hentet 26.03.19 fra <https://forskning.no/sex/who-transpersoner-er-ikke-psykisk-syke/1193973>.
- Jørgensen, L. & Phillips, M. W. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde universitetsforlag.
- Kjeldstadli, K. (2007). *Fortida er ikke hva den engang var*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristensen, G. K. & Ravn, M. N. (2015). The Voices Heard and the Voices Silenced: Recruitment Processes in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Research*, Vol. 15(6): 722-737. <https://doi.org/10.1177/1468794114567496>.
- Lie, A. K. & Slagstad, K. (2018). Diagnosens makt. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 11. Doi: 10.4045/tidsskr.18.0438.
- Miljeteig, M. (2011). *Transpersoner må lyve for å få behandling*. Hentet 01.05.19 fra [https://www.nrk.no/norge/\\_ma-lyve-for-a-fa-skifte-kjonn-1.7861415](https://www.nrk.no/norge/_ma-lyve-for-a-fa-skifte-kjonn-1.7861415).
- Monro, S. & van der Ros, J. (2018). Trans\* and Other Gender Variant Citizenships in Norway. *Critical Social Policy*, Vol. 38(1): 57-78. <https://doi.org/10.1177/0261018317733084>.
- NAOB. (u.å.). *Inkongruens*. Det norske akademis ordbok. Hentet 11.02.19 fra <https://www.naob.no/ordbok/inkongruens>.
- Norheim, D. G. (2018). Når er jeg trans nok for dere, Rikshospitalet? *Aftenposten*. Hentet 31.01.19 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/qnIJq0/Jeg-mistet-mye-av-ungdomstiden-mens-jeg-ventet-pa-Rikshospitalet--Noah-Skullestad>.

- NRK. (2016). *Visste du at det finnes sju kjønn?* [Videoklipp]. Hentet 04.03.19 fra [https://www.nrk.no/norge/visste-du-at-det-finnes-sju-kjonn\\_-1.13057760](https://www.nrk.no/norge/visste-du-at-det-finnes-sju-kjonn_-1.13057760).
- NRK. (2018). Esben Esther Pirelli Benestad. *Torp*. [Videoklipp]. Hentet 25.04.19 fra <https://tv.nrk.no/serie/torp/2018/NNFA52090518/avspiller>.
- NSD. (2018). *Slik vurderer vi ditt meldeskjema*. Hentet 18.02.19 fra [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/slik\\_vurderer\\_vi.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/slik_vurderer_vi.html).
- Oslo Universitetssykehus. (2018a). *Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme*. Hentet 18.10.18 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-behandlingstjeneste-for-transseksualisme>.
- Oslo Universitetssykehus. (2018b). *Transseksualisme, voksen*. Hentet 19.10.18 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/transseksualisme-voksne>.
- Oslo Universitetssykehus. (2018c). *Transseksualisme, kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens. Utredning og behandling av barn og unge under 18 år*. Hentet 20.11.18 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/transseksualisme-kjonnsdysfori-og-kjonnsinkongruens-utredning-og-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar>.
- PKI. (u.å.). *Begreper*. Hentet 19.03.19 fra [https://kjonnsinkongruens.no/?page\\_id=163](https://kjonnsinkongruens.no/?page_id=163).
- Radish, C. (2015). Sense8: Jamie Clayton Talks Working with the Wachowskis, her Character, and More. *Collider*. Hentet 25.04.19 fra <http://collider.com/sense8-jamie-clayton-talks-wachowskis-her-character-and-more/>.
- Sandal, S. (2017). *En særlig trang til å ville forandre sitt kjønn. Kjønnsskiftebehandling i Norge 1952-1982*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Skeivt arkiv. (2018). *Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH)*. Hentet 08.04.19 fra <https://skeivtarkiv.no/skeivopedia/landsforeningen-lesbiske-homofile-bifile-og-transpersoner-llh>.
- Skjema 1a. (u.å.) Fått tilgang til i uformelt forskernettverk.
- Skullestad, N. (2018). Jeg mistet mye av ungdomstiden mens jeg ventet på Rikshospitalet. *Aftenposten*. Hentet 31.01.19 fra

- <https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/qlnJq0/Jeg-mistet-mye-av-ungdomstiden-mens-jeg-ventet-pa-Rikshospitalet--Noah-Skullestad>.
- Solberg, E. (2019). Statsministerens nyttårstale 2019. *Regjeringen.no*. Hentet 11.03.19 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsministerens-nyttarstale-2019/id2623249/>.
- Solberg, J. (2018). Det er sykt å bli sammenlignet med Kendall Jenner. *Dagbladet*. Hentet 25.04.19 fra <https://www.dagbladet.no/kjendis/det-er-sykt-a-bli-sammenlignet-med-kendall-jenner/70227971>.
- Stoller, R. & Rubin, G. (1998). Biologisk og sosialt kjønn på 1960- og 1970-tallet. I Moi, T. *Hva er en kvinne? Kjønn og kropp i feministisk teori*. Oslo: Gyldendal.
- Storvik, B. S. (2007). *Transseksualisme og psykisk helse*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Stryker, S. (2017). *Transgender History. The Roots of Today's Revolution*. [2. utg.]. New York: Seal Press.
- TV 2. (2014). *Knallsterk start på premiereuka for TV 2*. Hentet 29.04.19 fra <https://www.tv2.no/a/5924592/>.
- Mørk Tønseth, T. (2018). Jeg er en av de «behandlingsivrige sexologene som spanderer hårvekst og mørk stemme på nasjonens døtre». *Aftenposten*. Hentet 29.04.19 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/vmP2vj/Jeg-er-en-av-de-behandlingsivrige-sexologene-som-spanderer-harvekst-og-morkere-stemme-pa-nasjonens-dotre--Thomas-Mork-Tonseth>.
- Tønseth, K. (2018). *Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme*. Årsrapport 2018. Hentet 30.04.19 fra <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2018>.
- Tønseth, K. & Wæhre, A. (2018). Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å bytte kjønn. Tar du ansvaret Bent Høie? *Aftenposten*. Hentet 18.10.18 fra [https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/BJvg49/Vi-har-fatt-en-eksplosiv-okning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret\\_-Bent-Hoie--Anne-Wahre-og-Kim-Alexander-Tonseth](https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/BJvg49/Vi-har-fatt-en-eksplosiv-okning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret_-Bent-Hoie--Anne-Wahre-og-Kim-Alexander-Tonseth).
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Hentet 06.02.19 fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>.
- WPATH. (u.å.). *Mission and Vision*. Hentet 20.03.19 fra <https://www.wpath.org/about/mission-and-vision>.

# **VEDLEGG: INTERVJUGUIDE**

## **Tematisk intervjuguide.**

Oppfølgingsspørsmål tas under intervju basert på hvordan intervjuet går.

### **Før intervjuet:**

Er det greit at jeg bruker lydopptaker til å ta opp intervjuet? Jeg vil slette lydfilen umiddelbart etter transkribering, og du vil forbli anonym.

Som jeg beskrev litt i informasjonsskrivet så ønsker jeg å undersøke hvordan helsepersonell tar for seg transkjønntematikk. I den sammenheng vil jeg finne informasjon om Nasjonal Behandlingstjeneste for Transseksualisme, og om det det er mulighet for transpersoner å få hjelp andre steder. Jeg har begynt litt å lese dokumenter som ligger ute på nett, og skal fordype meg enda mer senere. Grunnen til at jeg vil snakke med deg er for å bli et innblikk i hvordan fastleger gjør ting i praksis, og dine holdninger og erfaringer.

### **Innledningsspørsmål:**

- Kan du begynne med å fortelle litt om hva slags oppgaver du har som fastlege?

### **Hovedspørsmål:**

#### Erfaring med pasienter

- Har du erfaring med pasienter som ønsker kjønnsbekreftende behandling? Hva sier de når de kommer til deg?
- Hva sier pasienter om sitt møte med NBTS?
- Hvordan bistår du pasienten din i møte med NBTS?
- Har du pasienter som har blitt avvist fra NBTS?

#### Henvisning

- Har du henvist pasienter til NBTS?
- Hva skjedde?
- Hvordan lager dere henvisning?
- Følger dere noen retningslinjer?
- Henvisning til andre? Psykolog, BUP, DPS?

#### Erfaringer med NBTS

- Har du vært i kontakt med NBTS?

- Hvordan opplevde du kontakten med dem? Var de villige til å dele sine metoder?
- Er du enig med de faglige vurderingene NBTS gjør/gjorde?

### Din rolle

- Hva gjør du for de som har blitt avvist? Hormonell behandling?
- Er det noen offisielle retningslinjer for fastleger?
- Hva slags oppfølging får pasientene fra deg?

### **Avslutningsspørsmål:**

- Er du noe annet du tenker jeg burde spurt deg om? Er det noe du vil utdype eller si mer om?

Takk for at du ville stille til intervju!



