

Martine Sletten

## Når kjønn blir et problem

En analyse av kjønnsforståelser i Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens

Masteroppgave i Likestilling og mangfold

Veileder: Siri Øyslebø Sørensen

Medveileder: Agnes Bolsø

August 2021



Martine Sletten

## **Når kjønn blir et problem**

En analyse av kjønnsforståelser i Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens

Masteroppgave i Likestilling og mangfold

Veileder: Siri Øyslebø Sørensen

Medveileder: Agnes Bolsø

August 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Det humanistiske fakultet

Institutt for tverrfaglige kulturstudier



Kunnskap for en bedre verden



# Likestilling og mangfold

## Læringsutbytte

En student som har fullført programmet, forventes å ha oppnådd følgende læringsutbytte, definert i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse:

### Kunnskap

Kandidaten 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 fenomen er.

### Generell kompetanse

Kandidaten 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 og samarbeid med andre eksperter
- formidle resultater av eget faglig arbeid muntlig og skriftlig på en selvstendig måte både til eksperter og allmennhet

### Ferdigheter

Kandidaten 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

# Sammendrag

I denne oppgaven foretar jeg en kritisk diskursanalyse av Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for kjønnsinkongruens, heretter referer til som retningslinjen. Målet er å undersøke hvilke kjønnsforståelser som er i spill i norske helsemyndigheter. Jeg tar utgangspunkt i Carol Lee Bacchis «What's the problem represented to be?»-tilnærming, og bruker denne for å identifisere hvordan problemer med kjønn blir representert i retningslinjen, underliggende idéer om kjønn, og hva som forblir uproblematiskert og taust.

De siste årene har det vært flere endringer som har påvirket transpersoners rettigheter og helsetilbud, eksempelvis lovendringen om juridisk kjønn fra 2016, og Verdens helseorganisasjons overgang til en ny diagnosemanual og introduksjonen av diagnosen kjønnsinkongruens. Det har allerede blitt gjort forskning i Norge på kjønnsbekreftende behandling og hvilke virkelighetsforståelser som rører seg på transfeltet. Min oppgave bidrar med et øyeblikksbilde av situasjonen i dag, og en grundig undersøkelse av en av kjønnsforståelsene som er i spill hos Norges helsemyndigheter.

Gjennom analysen som gjøres i oppgaven viser jeg hvordan retningslinjen representerer et brudd med tidligere dominerende forståelser av kjønn og trans i helsetilbudet. Kjønn blir implisitt representert som noe fragmentert, sammensatt av ulike komponenter som individer selv setter sammen til sitt ideelle hele, istedenfor et binært tokjønnsystem. Problemet oppstår når personer ikke finner aksept for sin konstellasjon av kjønnskomponenter, og dersom et eventuelt manglende samsvar mellom ønske og situasjon utgjør en for stor belastning. Identiteten får en viss autoritet som rettesnor i behandlingen, og fremstår dermed som noe iboende og essensielt i oss – så lenge den oppfattes som stabil utenfra.

Jeg finner også en individualistisk forståelse av kjønn i retningslinjen, hvor kjønn blir et individuelt anliggende. Samfunnets rolle forblir taust, og samfunnet blir dermed heller ikke ilagt noe ansvar for hvordan kjønn blir et problem.

Retningslinjen har også et uløst dilemma med sykeliggjøring. De forsøker å unngå det, men kommer ikke unna potensialet for negative symptomer som ligger i diagnosen kjønnsinkongruens. Jeg drøfter sammenhengen mellom sykeliggjøring og et sterkt skille mellom normative og ikke-normative kropp. Istedenfor foreslår jeg et alternativt perspektiv, hvor transpersoner ikke blir konstruert som grunnleggende forskjellig fra cispersoner på basis av kjønnstrøbbel.

# Abstract

In this thesis I conduct a critical discourse analysis of the Norwegian Directorate of Health's national guideline for gender incongruence, from now on referred to as the guideline. The goal is to examine which understandings of gender are in play in Norwegian health authorities. I use Carol Lee Bacchi's "What's the problem represented to be?"-approach to identify how problems with gender are represented in the guideline, underlying ideas about gender, and what remains unproblematized and silenced.

During the last years there has been several changes affecting trans people's rights and healthcare in Norway, for example Norway's 2016 law on gender recognition, and the World Health Organization's (WHO) transition to a new edition of the International Classification of Diseases (ICD) and introduction of gender incongruence as a diagnosis. Research has already been conducted in Norway about gender-affirming healthcare and which perceptions of reality that exist in the field. My thesis offers a snapshot of today's situation, and a thorough analysis of one of the understandings of gender that are in play in Norway's health authorities.

Through the analysis conducted in this thesis I show how the guideline represents a change from earlier dominating understandings of gender and trans in healthcare. Gender is implicitly represented as something fragmented, constructed from different components that individuals put together on their own to create their ideal whole, instead of a binary two-gender system. The problem arises when people do not find acceptance for their constellation of gender components, and if a potential lack of coherence between one's wish and situation make out too great of a burden. Identity gets a certain authority as the guiding star in gender-affirming healthcare, and thus appears as something inherent and essential in us – as long as it is perceived as stable from the outside.

I also find an individualistic understanding of gender in the guideline, where gender remains an individual concern. The role of society remains silent, and hence the guideline's ability to discuss society's role in gender becoming a problem is limited.

The guidelines also have an unsolved dilemma when it comes to pathologizing gender incongruence. Attempts are made to avoid it, but they cannot get away from the potential development of negative symptoms inherent in gender incongruence as a diagnosis. I discuss connections between pathologizing and a strong divide between normative and non-normative bodies. I present an alternate perspective, where trans people are not constructed as inherently different from cis people on the basis of gender trouble.

# Forord

Det er mange som har hjulpet meg i prosessen med å skrive denne oppgaven og fortjener å bli takket, men først og fremst vil jeg si takk til mine fantastiske veiledere, Siri Øyslebø Sørensen og Agnes Bolsø, for deres genuine entusiasme og interesse for temaet og oppgaven. Dere har prestert å lage orden når tanker og tekst følte mest som kaos, og har gitt meg støttende ord og konstruktive tilbakemeldinger, alt etter hva jeg hadde behov for. Deres faglige innsikt, humor, tillit og vilje til å diskutere detaljer og de store linjene har gjort at jeg alltid har kommet ut fra veiledningstimene med godt mot og tro på meg selv.

Det å skrive masteroppgave under en pandemi kommer med en del utfordringer, men takket være gode klassekamerater har det gått bedre enn forventet. Jeg er evig takknemlig for å ha studert med en så fantastisk gjeng! Dere har bidratt med avbrekk, humor og motivasjon, og jeg tar med meg mange gode minner videre.

Jeg må også takke alle de ansatte på Institutt for tverrfaglige kulturstudier, for spennende forelesninger og alt jeg har fått gleden av å lære, i tillegg til alt jeg har fått vært med på som instituttillitsvalgt. Takk til Studentrådet HF og Utvalg for likestilling og mangfold for at jeg har fått bidra i deres arbeid det siste året. Jeg har hatt det fint på NTNU, og det er med blandede følelser at jeg sier meg ferdig med tiden som student.

Jeg vil også takke alle som har lest og gitt tilbakemelding på oppgaven min: mamma, Ole Kristen Solbjørg, og Theodor Olaussen. Innspillene har vært til stor hjelp! Takk til familie og venner, for pauser og moro, og for å alltid støtte meg i det jeg gjør.

Til sist, men ikke minst, vil jeg takke samboeren min, Rikke. For tålmodigheten, støtten, diskusjonene og tilbakemeldingene på alle mine skriblerier gjennom masterløpet, selv om hun har hatt sin egen masteroppgave å jobbe med.

Martine Sletten  
Trondheim, august 2021



# Innhold

1	Innledning .....	1
1.1	Begrepsavklaring .....	2
1.2	Bakgrunn for dagens behandlingstilbud .....	3
1.3	Tidligere forskning .....	5
1.4	Problemstilling .....	6
1.5	Oppgavens oppbygning .....	7
2	Teori .....	8
2.1	Makt, diskurs og disiplin .....	8
2.2	Politikk og kjønn som problem .....	12
3	Metode .....	15
3.1	Dokumentanalyse.....	16
3.2	Nasjonal faglig retningslinje.....	17
3.3	Prosessene.....	20
3.4	Hva er problemet representert som?.....	22
3.5	Posisjonering og etikk.....	24
4	Kjønnets byggeklosser.....	26
4.1	Helsedirektoratets tiltak .....	26
4.1.1	Kunnskap .....	27
4.1.2	Sosialt liv .....	29
4.1.3	Psyke og identitet .....	30
4.1.4	Kropp .....	31
4.2	Kjønn til besvær.....	33
4.3	Et fragmentert kjønn .....	35
4.4	Oppsummering .....	37
5	Tausheten rundt identitet og samfunn .....	39
5.1	Rangering av behandlingsmetoder.....	39
5.1.1	Behandling for barn med kjønnsinkongruens .....	41
5.1.2	Behandling for voksne med kjønnsinkongruens .....	42
5.2	Identitetens autoritet.....	44
5.3	Behandle individet eller samfunnet?.....	46
5.4	Oppsummering .....	47
6	Drøfting .....	49
6.1	Forskningstradisjoner og diskurs .....	50
6.1.1	Diskursiv plassering av datamaterialet .....	51
6.2	Kjønnede symboler.....	54

6.3	Subjektposisjoner.....	56
6.4	Skillet mellom cis og trans.....	59
7	Avslutning.....	63
	Referanser.....	67

# 1 Innledning

11. juni 2019 fulgte jeg konferansen «Hvorfor støtte barn og unge med kjønnsbekreftende helsehjelp?», arrangert av Helsestasjon for kjønn og seksualitet og Pasientorganisasjonen for Kjønnssinkongruens i samarbeid med OsloMet. Nasjonale og internasjonale forskere og klinikere hadde presentasjoner om kjønnsbekreftende helsehjelp for barn og unge. Det siste innslaget før en paneldebatt var Brit Roland, seniorrådgiver i Helsedirektoratet. Hun fortalte om Helsedirektoratets arbeid med å utforme en nasjonal faglig retningslinje for kjønnssinkongruens, som hun var prosjektleder for. Denne skulle komme med anbefalinger til organiseringen av helsetilbudet for transpersoner og publiseres høsten neste år. Roland snakket om pasientrettigheter, desentralisering og Verdens helseorganisasjons (WHO) diagnose-system (ICD). Jeg visste det ikke da, men dette skulle bli grunnlaget for masteroppgaven min.

Jeg hadde nylig levert en bachelor i sosialantropologi om kroppsliggjøring av kjønn, og var interessert i den kjønnsteoretiske dimensjonen. Om ikke viktigere hadde jeg også fulgt med på mediedebatten om kjønnsbekreftende behandling i Norge. De siste årene hadde samfunnets interesse for kjønnsidentitet økt, og transpersoner ble omtalt og representert i media oftere. Artikler fikk 700-800 kommentarer når de ble delt på Facebook (Dagbladet Meninger, 2018; NRK Nyheter, 2019), og i 2014 hadde Amnesty anklaget Norge for brudd på menneskerettighetene på grunn av kravet om sterilisering for å endre juridisk kjønn (NRK, 2014). Fra 2015 til 2020 har Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnssinkongruens (NBTK, tidligere NBTS) ved Rikshospitalet, som eneste offentlige instans som tilbyr kjønnsbekreftende behandling, sett en økning i antall nyhenviste pasienter fra 253 til 566, og i 2018 var tallet 648 (Haraldsen & Tønseth, u.å.). Ledelsen uttrykte bekymring for dette og for at personer fikk privat behandling (Wæhre & Tønseth, 2018), mens andre kritiserte tilbudet for lange ventelister og høy andel avslag (Endestad, 2018; Høie, 2018; Sørli, 2018). Dette er tydelig et tema som engasjerer mange, og mye.

Diskusjoner i aktivisme og media har påvirket politikken, og ført til endringer i helsepolitikken for transpersoner. Utredninger gjøres, rapporter publiseres, lover endres og diagnoser erstattes. Endringer i praksis kommer ofte av endringer i forståelser. Dette betyr ikke at alle har kommet til enighet. Det er fortsatt ulike meninger i omløp om hva som er best praksis for kjønnsbekreftende behandling. Det er derfor ikke gitt hva som skal være diagnosekrav, hvilken behandling man skal få, og ikke minst hvor og av hvem. Det som har skjedd, er at noen perspektiver, noen meninger og forståelser, har vunnet frem og oppnådd dominans hos institusjoner som sitter med makten til å gjøre endringer. Disse forståelsene kommer til uttrykk i datamaterialet mitt, Nasjonal faglig retningslinje for kjønnssinkongruens (2020b), som ble publisert av Helsedirektoratet i et forsøk på å sette tydeligere rammer for behandlingstilbudet. I denne oppgaven utforsker jeg det politiske i kjønnsbekreftende behandling, og analyserer frem hvordan norske helsemyndigheter forstår problemet med kjønnssinkongruens. Hva kan dette fortelle oss om kjønnsforståelsene? Hvordan påvirker disse oss alle, uavhengig av kjønnsidentitet? Analysen min viser at institusjoner, som Helsedirektoratet, sin forståelse av kjønn konstruerer noen spesifikke kjønnede subjektposisjoner som vi kan innta.

## 1.1 Begrepsavklaring

Før jeg setter ordentlig i gang med å presentere prosjektet ønsker jeg å foreta en kort begrepsavklaring. Jeg har allerede innledningsvis benyttet meg av ord som transperson, kjønnsinkongruens og kjønnsbekreftende behandling. Begrepene vi bruker er på ingen måte nøytrale, og i prosjektet mitt forsøker jeg å finne hvilke meninger og forståelser som ligger under dagens helsepolitikk. Jeg risikerer å reprodusere nettopp de meningssystemene jeg forsøker å analysere gjennom begrepsbruken min, men jeg vil i alle fall avklare hva jeg mener med de begrepene jeg bruker. Om ikke annet ønsker jeg å bidra til tydelighet i oppgaven. Begreper, spesielt for identiteter, er også historisk betingede og faller inn og ut av bruk. Noen har lang levetid, andre kort, og noen blir tatt opp igjen og får nytt liv.

*Trans(person)*: FRI definerer transpersoner som «Personer med kjønnsidentitet(er) eller kjønnsuttrykk som bryter med det samfunnet forventer av dem på grunnlag av hvilket kjønn de fikk tildelt ved fødselen» (FRI, u.å.), og sier at det som oftest er en kategori heller enn en kjønnsidentitet. I denne oppgaven vil jeg bruke trans og transperson som et samlebegrep. Dette betyr at jeg inkluderer personer som identifiserer seg som kvinne, mann, transkvinne, transmann, transvestitt, ikke-binære og andre kjønnsidentiteter og -uttrykk som bryter med samfunnets forventninger, uavhengig av ønske om behandling eller ikke. De jeg har listet opp er ikke en utfyllende liste, men eksempler.

*Ikke-binær*: Jeg nevnte ikke-binære som en identitet inkludert under trans-begrepet, men jeg vil også eksplisitt definere begrepet siden det vil dukke opp flere ganger i løpet av oppgaven. Blant annet har ikke-binære tidligere vært ekskludert fra diagnosen som har gitt tilgang til offentlig behandling. Ikke-binære identiteter er de som befinner seg utenfor de binære kategoriene mann og kvinne (Skeiv Ungdom, u.å.). Disse kan i ulik grad befinne seg i begge kategorier, fullstendig utenfor, eller ha en dynamisk og varierende identitet.

*Cis(person)*: Dette er en samlebetegnelse, for personer som identifiserer seg med det kjønn de fikk tildelt ved fødsel (Skeiv Ungdom, u.å.). I likhet med transpersoner uttrykker cispersoner sitt kjønn på ulike måter. Senere i oppgaven kommer jeg tilbake til skillet mellom cis og trans og forklarer hvorfor jeg er kritisk til en rigid oppdeling.

*Kjønnsidentitet*: Senere vil jeg redegjøre for tidligere forskning og teori som tematiserer identitet. I oppgaven min undersøker jeg ikke identitet, og jeg bruker dermed en generell definisjon. Kjønnsidentitet er, slik som identitet, noe vi alle har, og defineres som «hvilket eller hvilke kjønn en selv kjenner at man er. [...] Man trenger heller ikke oppleve [sic] seg selv som et bestemt kjønn» (Skeiv Ungdom, u.å.). Det finnes et flertall av kjønnsidentiteter, og disse er ikke direkte avledet av den materielle kroppen.

*Kjønnsbekreftende behandling*: Definert av Skeiv Ungdom som «alle typer medisinsk behandling som bidrar til at en person skal oppleve at kroppen stemmer bedre overens med kjønnsidentiteten» (Skeiv Ungdom, u.å.). Dette inkluderer et mangfold av tiltak, for eksempel hormonell behandling, kirurgi på sekundære og primære kjønnskarakteristikker og mindre kosmetiske inngrep. Andre tiltak kan være kjønnsbekreftende uten å være medisinske i samme forstand, som terapi, hårfjerning, stemmetrening og proteser og klær som endrer på kroppen rent estetisk. I datamaterialet mitt beskrives kjønnsbekreftende behandling spesifikk typer behandling, og jeg vil tydeliggjøre når dette gjelder.

*Kjønnsinkongruens:* I mitt prosjekt behandler jeg kjønnsinkongruens som en diagnose, karakterisert av en følelse av manglende samsvar mellom en kjønnsidentitet og tildelte kjønn. Noen søker kjønnsbekreftende behandling på grunn av dette, men det er ikke et krav. De som blir diagnostisert er transpersoner, men ikke alle transpersoner opplever eller får diagnosen kjønnsinkongruens. Begrepet stiller heller ikke krav til negative følelser eller symptomer. Ettersom prosjektet mitt handler om forståelser av kjønn og kjønnsinkongruens er det disse begrepene jeg bruker i analysen.

*Transseksualisme:* Dette begrepet referer vanligvis til en diagnose, men det er også noen som identifiserer seg med det. Dette betyr at man kan være transseksuell uten å ha blitt diagnostisert. I denne oppgaven vil jeg bruke begrepet eksklusivt som en diagnose, for å gjøre diskusjonene tydeligere. Jeg ønsker å presisere at jeg ikke sier at det er feil å identifisere seg med begrepet, og at jeg ikke ønsker å legge føringer på folks identiteter. Transseksualisme som diagnose har lenge vært brukt i norsk helsevesen, og har vært et krav for å få kjønnsbekreftende behandling og, frem til 2016, for å kunne endre juridisk kjønn.

*Kjønnsdysfori:* Dette begrepet referer til sterke negative følelser knyttet til kjønnsinkongruens, og kan ha stor påvirkning på personers livskvalitet. På grunn av effekten det har på folks liv søker mange behandling for disse plagene. I min oppgave er disse opplevelsene et symptom, og noe som transpersoner *kan* ha. Det er *ikke* et krav for å bli inkludert under samlebetegnelsen transperson, eller for å få diagnosen kjønnsinkongruens. Kjønnsdysfori som symptom har vært ett av kravene for å få diagnosen transseksualisme, og dermed tilgang til offentlig kjønnsbekreftende behandling.

## 1.2 Bakgrunn for dagens behandlingstilbud

Den nasjonale faglige retningslinjen for kjønnsinkongruens er bare en del av historien til kjønnsbekreftende behandling i Norge. Sigrid Sandals masteroppgave i historie (2017) viser at behandlingen i Norge siden begynnelsen har vært sentralisert i Oslo, og tidfester starten til når Christine Jørgensen på 50-tallet ble en mediesensasjon etter feminiserende hormonell behandling i Danmark. Etter dette fikk legene i Danmark flere henvendelser, blant annet fra norske borgere. Arbeidet med å etablere et behandlingstilbud i Norge startet, men ble først formalisert i 1979, når pasienttrykket økte og folk søkte hjelp andre steder enn Oslo (Lilleslått, 2018). I dag er det fortsatt NBTK som har hovedansvaret for offentlig behandling i Norge, men det finnes også noen private tilbydere.

Noen praksiser fra denne tiden har hengt igjen lenge, blant annet kravet om sterilisering for å endre juridisk kjønn. Brukerorganisasjoner var misfornøyde med dette kravet, og som allerede nevnt ble Norge anklaget for brudd på menneskerettighetene i 2014. Kravet ble først endret gjennom en lovendring 1. juli 2016, som gjorde at personer over 16 år kunne endre juridisk kjønn uten krav om diagnose, medisinsk behandling eller sterilisering (Lov om endring av juridisk kjønn, 2016). Dette hadde blitt diskutert i Stortinget i over 16 år, og mange omtalte lovendringen som et stort skritt fremover (Engesbak, 2016). Litt mindre enn to år etter at loven trådte i kraft, hadde Skatteetaten avgjort 923 søknader om endring av juridisk kjønn. Selv om tallene ikke viser hvor mange av disse som er godkjent, er det tydelig at det var flere som ønsket å benytte seg av en slik lovendring (Letvik, 2019).

Lovendringen var delvis et resultat av Helsedirektoratets arbeid med å gjennomgå og vurdere behandlingstilbudet, inkludert vilkår om endring av juridisk kjønn. En ekspertgruppe ble utnevnt i 2013, og publiserte april 2015 rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn». De to viktigste anbefalingene var at endring av juridisk kjønn burde separeres fra medisinsk behandling og være selverklært, og at det burde utarbeides en nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet, 2015). Disse anbefalingene var blant annet på grunn av kritikken rettet mot det offentlige tilbudet til NBTK, hvor det hadde vært diskusjon om angrere, barn og unge, kvalitetssikring og pasienthensyn (Decaen, 2020; Hansen et al., 2020; Sørli, 2018; Wæhre & Tønseth, 2018). Det er ulike meninger om hvordan behandlingstilbudet burde være, men både brukergruppen og behandlere ønsket tydeligere rammer for helsetilbudet.

I tillegg har det vært internasjonale faktorer som har påvirket kjønnsbekreftende behandling i Norge. I lang tid har den norske versjonen av WHOs internasjonale diagnosemanual, International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10), blitt brukt i helsevesenet<sup>1</sup>. Diagnosen *F64.0 Transseksualisme* har vært grunnlaget for kjønnsbekreftende behandling, og dermed også tilgang på behandling, i det offentlige helsevesenet i Norge. I diagnosemanualen defineres den på følgende måte:

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. (Direktoratet for e-helse, 2019, s. 182)

Mai 2019 ble en ny versjon av kodeverket, ICD-11, godkjent av WHO (World Health Organization, u.å.). Denne medførte endringer for diagnosene som var relevante for kjønnsbekreftende behandling. ICD-11 innebærer såpass omfattende endringer at en fullstendig implementering i Norge vil ta tid, men Norges oppdatering av ICD-10 i 2020 tok i bruk noen. Alle tidligere diagnoser er erstattet med kjønnsinkongruens<sup>2</sup>, som befinner seg under kapittelet *Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten* (Direktoratet for e-helse, u.å.). De største endringene i diagnosene er at en følelse av avsky ikke lengre er inkludert, og teksten åpner for større variasjoner i pasientgruppen. For kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder er definisjonen som følger:

Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder karakteriseres av en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn og tildelte kjønn, som ofte leder til et ønske om endring, for å leve og bli akseptert som en person av det opplevde kjønn, gjennom hormonbehandling, kirurgi eller annen helsehjelp for å få kroppen til å samsvare, så mye som ønskelig og i den utstrekning det er mulig, med det opplevde kjønn. (Direktoratet for e-helse, 2020, s. 6)

Jeg har nå vist noen sentrale historiske trekk for kjønnsbekreftende behandling i Norge<sup>3</sup>, som utgjør bakgrunnen til datamaterialet mitt. Det var nettopp på grunn av alle disse hendelsene at norske helsemyndigheter følte et behov for å forsøke å etablere en

---

<sup>1</sup> Kodene som ble brukt var gyldige fra 1. januar 1999, og bestod av *F64.0 Transseksualisme*, *F64.1 Transvestittisme* (denne ble ugyldig i 2010), *F64.2 Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen*, *F64.8 Andre spesifiserte kjønnsforstyrrelser* og *F64.9 Uspesifisert kjønnsforstyrrelse* (Direktoratet for e-helse, u.å.).

<sup>2</sup> De gyldige norske diagnosekodene er nå *Z76.80 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder*, *Z76.81 Kjønnsinkongruens i barndom*, og *Z76.89 Uspesifisert kjønnsinkongruens* (Direktoratet for e-helse, 2020).

<sup>3</sup> For en mer inngående redegjørelse for kjønnsbekreftende behandling i Norge anbefaler jeg Sigrd Sandals masteroppgave i historie fra 2017, ««En særlig trang til å ville forandre sitt kjønn»: Kjønnskiftebehandling i Norge 1952-1982».

standard og komme med normerende anbefalinger. Aktivisme og forskning har ført til utredninger, bestemmelser og anbefalinger – hvor den nyeste hendelsen er Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens, som utgjør datamaterialet i denne oppgaven. Det er flere hendelser og diskusjoner som jeg ikke har nevnt her, men jeg har forsøkt å få med de største og mest relevante for datamaterialet mitt.

### 1.3 Tidligere forskning

Masterprosjektet mitt dreier seg om politikk, og om meninger og forståelser som ligger til grunn for politikk. Her skal jeg gi en oversikt over tidligere forskning som er relevant for å utforske problemforståelser av kjønnsinkongruens hos norske helsemyndigheter. Relevant tidligere forskning vil for det meste befinne seg innenfor queer og transgender studies, hvor kliniske og medisinske studier ikke vil være relevante for mitt prosjekt. Til slutt diskuterer jeg relevansen av mitt prosjekt i lys av tidligere forskning.

Transforskning er et relativt lite felt, og utvalget blir mer snevert om man avgrenser det til en norsk kontekst, men er i rask utvikling. Susan Stryker, Aren Z. Aizura og Stephen Whittle har samlet forskning fra feltet i *The Transgender Studies Reader* (2006) og *The Transgender Studies Reader 2* (2013), og sier at artiklene er «part of the flood of new work that has appeared in print since 2005» (Stryker & Aizura, 2013, s. 4). Forordene og introduksjonskapitlene i bøkene gir en oversikt over historien til og utviklinger i feltet.

france rose hartlines artikkel «(Trans)gender outlaws? A critical analysis of Norway's 2016 gender self-determination law» (2019b) er publisert som en del av hans doktoravhandling og bruker en queeranalytisk tilnærming for å se nærmere på lovendringen om juridisk kjønn fra 2016, hvor det ble mulig å endre juridisk kjønn uten krav om sterilisering. Som jeg nevnte i redegjørelsen for bakgrunnen til prosjektet, er denne lovendringen en viktig hendelse. Artikkelen ser på en nordisk og spesifikt norsk kontekst, som gjør den spesielt nyttig for meg. hartline ser på hvordan loven er begrenset i sin kapasitet til å tilfredsstille transpersoners medisinske behov og utfordre etablerte kjønnsnormer, samtidig som den hylles som en enorm seier for transpersoners rettigheter i Norge. Loven er, argumenterer hartline, grunnlagt på en binær tokjønnsmodell og et ontologisk skille mellom kropp og sinn. Dette er virkelighetsforståelser som former loven, men loven reproducerer også tokjønnsmodellen og den dualistiske forståelsen av kropp og sinn. Loven har likevel noe transformativt potensiale, finner hartline, ettersom den gir rom for å problematisere kjønnsforståelser som blir tatt for gitt i Norge. På samme måte som hartline vil jeg i mitt prosjekt se etter virkelighetsforståelser, men jeg undersøker behandling og holdninger i norske helsemyndigheter istedenfor lovverket.

Kjønnsforskeren Janneke van der Ros har gjort studier av transpersoners levekår, og i en artikkel diskuterer hun forholdet mellom staten og transpersoner (2016). Hun diskuterer blant annet forskjellen i meningsinnhold i begrepene transperson og transseksuell, hvor førstnevnte åpner for en ikke-normativ kjønnsforståelse, og den andre reflekterer en binær tokjønnsmodell. Denne diskusjonen er nyttig for meg, siden det nå er et *nytt* begrep som introduseres, nemlig kjønnsinkongruens. Hvilke meninger bærer dette begrepet med seg? I tillegg kritiserer hun pasientgruppen Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS) for å reproducere og bekrefte den heteronormative tokjønnsmodellen som NBTK legger til grunn for sin diagnostisering, og kontrasterer deres kjønnsforståelse med den mer ikke-normative kjønnsforståelsen som ligger i begrepet transperson. Van der Ros identifiserer altså noen forståelser bak posisjonene i debatten om kjønnsbekreftende behandling, blant annet hos noen i brukergruppen og blant helsepersonell. Van der Ros'

artikkel er nyttig for meg for å kunne gjenkjenne og identifisere spesifikke kjønnsforståelser om de dukker opp i materialet mitt.

De siste årene har det også blitt skrevet flere masteroppgaver som tar for seg transtematikk. Jeg har allerede nevnt Sigrid Sandals masteroppgave om historien til kjønnsbekreftende behandling, men jeg vil også nevne noen andre. Noen masteroppgaver har undersøkt hvordan transpersoner gjør og opplever kjønnsidentitet (Drage, 2017; Flatnes, 2018; Rasmussen, 2005) og seksualitet (Lerfaldet, 2019). Prosjektet mitt skiller seg fra disse siden jeg ikke undersøker transpersoners opplevelser, men heller institusjonene i samfunnet som påvirker disse opplevelsene. Mitt prosjekt minner mer om masteroppgavene til Marit Bolsø Brodersen, Luca Dalen Espseth og Martine Kvarstein.

Brodersens masteroppgave handler ikke eksplisitt om transpersoner, men hun undersøker kjønnsforståelser i queerdebatten ved å analysere debattinnlegg, intervju og kronikker om skeiv teori (Brodersen, 2019, s. 38). Hun identifiserer noen kjønnsforståelser og hvordan disse forvaltes politisk.

Espseth gjør en diskursanalyse av ulike tekster for å undersøke kjønnsforståelser i norsk offentlighet, og identifiserer tre diskurser. Disse navngir han som biologi/medisin/juss-diskurs, identitetsdiskurs og kjønns mangfoldsdiskurs (Espseth, 2017, s. 40). Han undersøker også effektene de ulike diskursene har på livene til personer som bryter med samfunnets kjønnsnormer.

Kvarstein benytter seg av intervjuer og medietekster for å undersøke funksjonen diagnoser har i kjønnsbekreftende behandling, og hvordan aktivisme har innvirket på kjønnsforståelsen innenfor det medisinske feltet. Oppgaven hennes er skrevet etter annonseringen av ICD-11, men før den norske versjonen ble oppdatert og diagnosen transseksualisme ble erstattet med kjønnsinkongruens. Hun diskuterer endringer i kjønnsforståelser som ligger bak disse endringene fra transseksualisme til kjønnsinkongruens, og argumenterer for at disse endringene kommer fra aktivisme, økt representasjon av transpersoner i media og fra teknologi som lar oss justere kroppen (Kvarstein, 2019, s. 32).

Rent kronologisk plukker prosjektet mitt opp tråden der Kvarsteins prosjekt ender. ICD-11 har delvis blitt implementert i Norge gjennom oppdateringen av den norske versjonen av ICD-10, og Helsedirektoratet har kommet med et normerende dokument som skal være en rettesnor for fremtidig utvikling av behandlingstilbudet. Tematisk fortsetter jeg arbeidet til Brodersen og Espseth med å undersøke kjønnsforståelser, bare at jeg spesifikt vil undersøke norske helsemyndigheter. I mitt prosjekt undersøker jeg politikk fra norske helsemyndigheter som legger føringer på kjønnsbekreftende behandling, ved å analysere nylig publiserte dokumenter som ikke har blitt brukt som datamateriale i annen forskning ennå. Jeg håper at mitt prosjekt kan være et bidrag til utviklingen av transforskning som felt i Norge ved å gi et øyeblikksbilde av dagens situasjon, samt innsyn i kjønnsforståelser i behandlingstilbudet.

## 1.4 Problemstilling

Prosjektet har foregått til dels parallelt med publiseringen av dokumentene som inngår i datamaterialet, og dette har også påvirket utviklingen av problemstillingen. I begynnelsen rettet jeg meg inn mot kjønnsforståelser i dokumentene, og jeg var alltid interessert i å finne meningene som var innbakt i tekstene. I lys av mediedebatten om



kjønnsbekreftende behandling i Norge var jeg også nysgjerrig på hvilke perspektiver som er i spill hos norske helsemyndigheter. Etter å ha arbeidet med empirien ved bruk av teori, tok problemstillingen etter hvert form og utviklet seg til dette:

*Hvordan forstår norske helsemyndigheter kjønnsinkongruens som problem, og hvilke kjønnsforståelser ligger i problemforståelsen(e)?*

For å svare på problemstillingen ble det nødvendig å først identifisere problemer slik de fremstilles i datamaterialet. Jeg anser forståelsene av kjønn og kjønnsinkongruens som tett sammenvevd, og kjønnsinkongruens er dermed min inngang til å finne problemforståelser av kjønn. Hva sier helsemyndighetene om kjønnsinkongruens, hvem skal behandles, og hvordan? Hvordan blir kjønn noe som må behandles? Jeg startet med å lete etter fremstillinger av problemer i materialet. Jeg fant flere måter å behandle kjønnsinkongruens (og dermed kjønn) på, og dette ble min rettesnor i letingen. Disse tiltakene måtte dekonstrueres for å avdekke forståelsen av problematisk kjønn som lå under dem. Forskningsspørsmålet for det første analysekapittelet ble som følger:

*Hvordan blir kjønn problematisk, og når blir individer i behov for helsehjelp?*

Etter å ha funnet problemforståelser av kjønn var det på tide å se på disse med et kritisk blikk. Jeg hadde funnet de tingene som skulle behandles, og dermed endres. Nå ville jeg utforske problemforståelsen gjennom det som ikke skulle endres, altså det som ikke var et problem. Hva med kjønn er det som *ikke* blir problematisert, og hva sier det om kjønnsforståelsen? Forskningsspørsmålet i det andre analysekapittelet blir derfor: *Hva blir tatt for gitt i retningslinjen, og forblir dermed uproblematisert og taust?*

Utformingen av forskningsspørsmålene mine har vært påvirket av tilnærmingen min. Jeg redegjør for det teoretiske grunnlaget for analysen i teorikapittelet, og redegjør for hvordan jeg systematiserer og organiserer empirien min i metodekapittelet. Der forklarer jeg nærmere om utformingen av forskningsspørsmålene, og det teoretiske rammeverket de er bygget på.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er bygd opp av syv kapitler. Innledningen er det første, hvor jeg nå har redegjort for den historiske konteksten og bakgrunnen for prosjektet, tidligere forskning og min oppgaves relevans, og til slutt presentert problemstillingen min. Kapittel 2 består av en redegjørelse av det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for analysen min. I kapittel 3 beskriver jeg datamaterialet mitt, den innledende sorteringen, fremgangsmåten i analysen og struktureringen av empirien. Jeg reflekterer også over etiske vurderinger jeg har tatt underveis. Kapittel 4 og 5 er analysekapitler. I kapittel 4 undersøker jeg problemer slik de legges frem i retningslinjen og studerer dem nærmere for å finne underliggende forståelser. Kapittel 5 er en analyse av det som blir tatt for gitt i problemforståelsene. I kapittel 6 drøfter jeg funnene fra analysekapitlene. Jeg plasserer retningslinjen i en diskurs, og ser dette i kontekst av tidligere forskning. Jeg utforsker kjønn gjennom teorier om symboler, subjektposisjoner, performativitet og kroppsliggjøring. Dette gjør jeg for å stille spørsmål ved retningslinjens forståelse av identitet, skillet mellom normative og ikke-normative kropp og ved skillet mellom kjønns kategorier. Helt til slutt, i kapittel 7, gir jeg en oppsummering av oppgaven og noen avsluttende refleksjoner.

## 2 Teori

I dette kapittelet skal jeg presentere det teoretiske rammeverket jeg bruker i de kommende analysekapitlene, samt grunnleggende teorier som former mitt blikk på datamaterialet. Problemstillingen jeg skal svare på i denne oppgaven er: *Hvordan forstår norske helsemyndigheter kjønnsinkongruens som problem, og hvilke kjønnsforståelser ligger i problemforståelse(n)e?* Som nevnt i innledningskapittelet har jeg valgt å bruke Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for kjønnsinkongruens for å utforske forståelser av kjønn og problemene med kjønn.

For denne problemstillingen er Michel Foucault en tenker som er nyttig å ha med seg. Spesifikt gjelder dette hans teorier om makt som prosesser som former vår verdensoppfatning, og institusjoners rolle i å etablere en «normal», og dermed også det unormale. En nasjonal faglig retningslinje er resultatet av en prosess hvor makt er involvert. Et slikt dokument er et uttrykk for hva som burde være standarden når det kommer til behandling, og brukes gjerne på områder hvor det er variasjoner i tilbudet eller stor faglig uenighet. Helsedirektoratet er den eneste institusjonen som har myndighet til å lage en nasjonal faglig retningslinje, og sitter dermed med definisjonsmakt for hva som er bra medisinsk praksis og ikke. Med andre ord, de kan definere hva som er, eller burde være, normalen.

I tillegg til teori som lar meg se på datamaterialet i en større kontekst og med en annen forståelse, er det nyttig med teori som gjør det mulig å gå systematisk til verks. Carol Lee Bacchi har utviklet en fremgangsmåte for å analysere politikk, og gir meg da en konkret fremgangsmåte egnet for mitt materiale. Fremgangsmåten kaller hun en «What's the problem represented to be?»-tilnærming, eller en WPR-tilnærming. Denne bygger blant annet på Foucaults teorier om makt og diskurs, hvor Bacchi så har konkretisert disse og gitt meg et nyttig verktøy.

I de to analysekapitlene gjennomfører jeg en empirisk analyse, og holder meg trofast til WPR-tilnærmingens fremgangsmåte og repertoar. I kapittel 6 løfter jeg blikket fra empirien og WPR-tilnærmingen og drøfter funnene mine i lys av annen teori. I drøftingen retter jeg et kritisk blikk på det kategoriske skillet mellom de av oss med kjønnsinkongruens og de uten, og utforsker retningslinjens rolle i å etablere og opprettholde dette. For å gjøre dette benytter jeg meg av teorier om identitet, subjektdannelse og forståelser av kjønn som symbolsk og performativitet. Til slutt diskuterer jeg forholdet mellom kroppens materialitet og subjektet.

Jeg skal ikke foreta en lengre redegjørelse av teorien jeg bruker i kapittel 6 her, ettersom den blir relevant først i drøftingen, men velger å gjøre dette når jeg aktivt tar den i bruk. Istedenfor vil jeg legge frem Foucault og Bacchis teorier, som har formet min analyse av og generelle forståelse av datamaterialet.

### 2.1 Makt, diskurs og disiplin

En vanlig forståelse av makt innenfor sosiologi er som en undertrykkende kraft, noe som tillater noen personer, grupper og institusjoner å undertrykke andre. Den samme forståelsen finner vi i marxisme og noen feministiske teorier. Makt er begrensende og undertrykkende, og utøves med mål og hensikt. Foucaults forståelse av makt er

annerledes, og vi kan si at det komplimenterer den sosiologiske forståelsen av makt som noe stedfestet. I *Seksualitetens historie I* bruker Foucault begrepet makt som et sluttresultat av maktprosesser (1999, s. 103). Istedenfor å være lokalisert på et sted eller punkt kommer makten fra alle retninger, og den eksisterer i interaksjoner og dynamikker, som gjør maktrelasjoner volatile. For Foucault er motstand innebygd i maktbegrepet, og er dermed aldri en kritikk som kan separeres fra makten og plasseres på utsiden, nettopp på grunn av at makt oppstår i relasjoner. Foucault forsøker ikke å si at utøvende og lokalisert makt ikke eksisterer, men at man trenger en annen forståelse av makt for å undersøke hvordan makten fordeles, flytter seg, oppsamles og brytes opp. Ingen personer eller grupper kan forvalte all den samlede makten som eksisterer i et samfunn. Sagt på et annet vis, vi finner ikke bare makt hos spesifikke personer, grupper eller institusjoner, fordi makt eksisterer *også* i alle forhold og alle samfunnets kroker og kroker.

Ingen makt utøves uten en rekke hensikter og mål. Men dette betyr ikke at den er resultatet av et individuelt subjekts valg eller beslutning. La oss ikke lete etter den generalstaben som leder dens rasjonalitet. Verken den klassen som regjerer, de gruppene som kontrollerer statsapparatet eller de personene som tar de viktigste økonomiske avgjørelsene, styrer hele det samlede nettverket av makt som fungerer i et samfunn (og som får det til å fungere). (Foucault, 1999, s. 106)

Maktbegrepet leder meg til et annet sentralt begrep, *diskurs*, som makten virker gjennom. For Foucault er makt produktivt og skapende, og produserer subjektposisjoner og måter å snakke om ting. Det er gjennom subjektposisjoner vi begriper verden gjennom diskurs, ved å innta enkelte posisjoner som samfunnet presenterer som mulig for oss. Subjektposisjoner produseres gjennom diskurser. En definisjon av diskurser er «praksiser som systematisk former de objektene som de tilsynelatende omtaler eller dreier seg om» (Mortensen et al., 2008, s. 70). Diskurser er, som makt, alltid produktivt. Objekter som omtales og konsepter som blir brukt kommer til eksistens gjennom benevnelsen. Selve objektforståelsen etableres gjennom konseptualisering, gjennom å bli omtalt. Det er gjennom diskurs at objekter og konsepter blir etablert og begripelige for oss, og disse er derfor ikke prediskursive.

I mitt tilfelle eksisterer ikke konseptene kjønn og kjønnsinkongruens *før* de blir omtalt, det er gjennom diskurs at de blir etablert og begripelige for oss. Diskursen bestemmer hvem vi kan være, ved å opprette subjektposisjoner. Dette gjelder også kjønn og seksualitet (Foucault, 1999; Mortensen et al., 2008). Diskurser er alltid historisk og kulturelt betingende – vi vet at kjønn har hatt, og har, ulike betydninger. Likevel er det vanlig å tenke om kjønn som noe naturlig, som noe som eksisterte forut for vår begripelse av fenomenet, forut for språket. Variasjonen i kjønnsforståelsen over tid og rom, og den kontrasterende forståelsen av kjønn som noe naturlig, har oppstått gjennom ulike kjønnsdiskurser. Det er gjennom diskurs at kjønn og seksualitet blir etablert som noe som alltid allerede eksisterte, og som naturlige og iboende sannheter festet i våre kropper.

Foucaults bruk av begrepene makt og diskurs gjør det mulig å stille spørsmål ved fenomener som blir tatt for gitt, som kjønn og seksualitet. Istedenfor å utforske et fenomen i seg selv og forsøke å finne en sannhet, for eksempel om seksualitet, er teoriene et verktøy som lar oss studere de underliggende mekanismene. Gjennom å studere diskurs leter man ikke etter ubestridte, grunnleggende sannheter, fordi for Foucault er sannhet et produkt av makt. I alle fall er vår felles forståelse av hva som gjelder som sannhet et resultat av diskurser. Et kjønnsystem med flere tilgjengelige posisjoner enn mann og kvinne er ikke nødvendigvis nærmere en objektiv sannhet, fordi

sannhet eksisterer også alltid innenfor en diskurs. «Vi kommer ikke utenom, bak eller under diskursene om seksualitet. Sannheten om kjønnen og seksualiteten må forstås som et regime som gjennomføres av makt» (Mortensen et al., 2008, s. 72). En utforskning av kjønnsforståelser må dermed nødvendigvis inkludere et kritisk blikk på de objekter og subjekter som er tilgjengelige, ettersom de nettopp ikke er prediskursive. Måten objekter og subjekter forstås er heller ikke nøytrale, siden dominansen av én diskurs alltid er et resultat av makt. Makten er til stede i relasjoner og dynamikker, og dermed i de mekanismene hvor diskurser slipes mot hverandre.

I *Seksualitetens historie I* (1999) skriver Foucault om hvordan diskurser om seksualitet har utviklet seg siden 1700-tallet. Han sier at antall diskurser har økt og fått mer tyngde, og forsøker å utforske hvordan dette skjedde. Starten på utviklingen var i den katolske tradisjonen med skriftemål, hvor det ble forventet å fortelle mer, og mer inngående, om sine nytelser, følelser og tanker. Fra dette trekker Foucault linjer til økt oppmerksomhet på seksualitet gjennom befolkningsstudier, hvor alt fra fødselshyppighet til seksuelle forhold til effektiviteten av prevensjon, skulle telles og analyseres. Kjønnen var blitt «et offentlig anliggende, et anliggende mellom staten og individet; et helt nettverk av diskurser, vitensformer, analyser og påbud har beleiret det» (Foucault, 1999, s. 36). I tillegg kan diskurser om kjønn og seksualitet spores tilbake til tre distinkte felt: medisinen, psykiatrien og strafferetten. Diskurser om seksualitet ble festet til disipliner og institusjoner, og ble dermed institusjonalisert. Gjennom denne prosessen ble ikke bare noen handlingsmønstre patologisert, men *seksualitet* som et konsept ble også diskursivt etablert som noe vi kunne snakke om. Ved å underlegge disse tidligere uklassifiserte handlingsmønstrene vitenskapens metoder og regime ble de gitt en annen mening, og det ble etablert *flere* seksualiteter som kunne kategoriseres og studeres videre. I mitt prosjekt forstår jeg kjønnsinkongruens som et konsept som har blitt diskursivt etablert gjennom disse prosessene.

I dag er diskurser om seksualitet og kjønn fremdeles institusjonalisert i medisin, psykiatri og strafferett. Riktignok er det homofile, lesbiske og bifile man oftest tenker på når ordet seksualitet brukes på folkemunne, og disse er ikke lengre diagnoser. Andre seksuelle handlingsmønstre har vi derimot fortsatt diagnoser for, som mangel på seksuell glede, blotting, kinking, pedofili, annen spesifisert forstyrrelse i seksuelt objektvalg, seksuell utviklingsforstyrrelse, forstyrrelse av seksuelle forhold og spesifisert og uspesifisert psykoseksuell forstyrrelse (Direktoratet for e-helse, u.å.). Interessant nok har de fire siste diagnosene underkategoriene «heteroseksualitet», «homoseksualitet» og «biseksualitet», så hvorvidt seksualitet egentlig er ute av medisinen kan fortsatt diskuteres. Som nevnt i det første kapittelet i denne oppgaven har det vært endringer i hvilke kjønnsrelaterte diagnoser som finnes i kodeverket, og hvorvidt disse har vært under *Kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser* eller *Kapittel XXI Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten* (Direktoratet for e-helse, 2021). I tillegg til et historisk bakteppe gir Foucault en teoretisering om hvordan disse historiske endringene har skjedd, ved bruk av begrepene diskurs og makt.

I boken *Discipline and Punish* (1977) redegjør Foucault for historien bak det moderne straffesystemet, fra offentlig fysisk avstraffelse til dagens moderne fengsel. Han argumenterer for at straffen ikke lengre retter seg mot kroppen, men mot en persons sjel. Samtidig er ikke sjelen bare relevant for straff, men også for dommen. I retten er det ikke bare et individs handlinger som skal vurderes som kriminelle eller ikke, en persons karakter skal også vurderes. Motiver, livshistorie, mental stabilitet og relasjoner blir gjennomgått i retten. Psykologer gir vurderinger av tilregnelighet, og personer blir

kalt inn som vitner, ikke fordi de var vitne til hendelsen, men som for å vitne om en persons karakter.

The criminal's soul is not referred to in the trial merely to explain his crime and as a factor in the juridical apportioning of responsibility; if it is brought before the court, with such pomp and circumstance, such concern to understand and such 'scientific' application, it is because it too, as well as the crime itself, is to be judged and to share in the punishment. (Foucault, 1977, s. 18)

Hvordan kan vi gjøre lovlidige borgere utav sjelen? Svaret er, ifølge Foucault, disiplin. Etableringen av fengsel som praksis har vært avhengig av flere faktorer, blant annet forståelsen av disiplin. Disiplin er et sentralt begrep for Foucault, og danner grunnlaget vi trenger for at fengsling som straff skal gi mening, men er også viktig for det moderne samfunnet. For Foucault er ikke disiplin bare militærdriller, det er også en produktiv kraft som produserer individer gjennom trening, analysering og differensiering.

Disiplinering gjøres gjennom tre teknikker; hierarkisk observasjon, normaliserende vurdering og undersøkelse<sup>4</sup>. Hierarkisk observasjon er en form for overvåkning som er hierarkisk, kontinuerlig og funksjonell (Foucault, 1977, s. 172), og foregår på steder som militærleirer, sykehus, fengsler og skoler. På disse stedene tilrettelegger selve arkitekturen for at personer i autoritetsposisjoner kan observere de som befinner seg i bygget, og som i en pyramide vil disse observatører igjen ha observatører over seg. Kjønnsinkongruens er riktignok ikke institusjonalisert gjennom egne bygg, det er istedenfor institusjonalisert gjennom å bli skrevet inn i helsevesenet som en diagnose.

Normaliserende vurdering består av å etablere noen handlinger og kvaliteter som en norm, og definere alle avvik fra denne normen som straffbare og i behov for korrigerende. «The perpetual penalty that traverses all points and supervises every instant in the disciplinary institutions compares, differentiates, hierarchizes, homogenizes, excludes. In short, it *normalizes*» (Foucault, 1977, s. 183). Normalisering er et maktvektøy som oppfordrer mennesker til å tilpasse seg en standard, samtidig som vi skiller fra hverandre basert på vår evne til å oppfylle standarden. Her er kjønn et eksempel, hvor de av oss som ikke oppfyller standarden kan skiller som kjønnsinkongruente. Undersøkelsen er en kombinasjon av de to andre teknikkene som ender i en praksis. Foucault sier at undersøkelsen er et «normaliserende blikk» som ritualiseres i institusjoner, gjennom legeundersøkelser og pedagogiske prøver for elever.

Disiplinering er institusjonalisert i samfunnet vårt, og mennesket har blitt et objekt for vitenskapen. Vitenskapene med mennesker som sitt studieobjekt, som psykiatri, kriminologi, sosiologi, psykologi og medisin, får gjennom sin rolle som eksperter makt til å definere «normalen», og da nødvendigvis også det utenfor, gjennom sin rolle. Standarden eksisterer i uunngåelig kontrast til det unormale, og som et resultat vil alltid noen bli kategorisert som atypiske, unormale, avvikende eller annerledes. Rollen som dommer, som tidligere var reservert rettssystemet, er nå fragmentert og fordelt utover. Nå er leger, sosialarbeidere, lærere og flere også blitt dommere, som skal måle, registrere og vurdere individer. «The judges of normality are present everywhere. We are in the society of the teacher-judge, the doctor-judge, the educator-judge, the 'social worker'-judge; it is on them that the universal reign of the normative is based; and each individual, wherever he may find himself, subjects to it his body, his gestures, his behaviour, his aptitudes, his achievements» (Foucault, 1977, s. 304). Det er gjennom

---

<sup>4</sup> Den engelske oversettelsen bruker *hierarchical observation, normalizing judgement* og *examination* som begreper.

disiplinering av hele vår kropp og sinn at vi etableres som individer, og blir oppfordret til å streve etter spesifikke normaliteter.

Foucaults teorier om diskurs, makt og disiplin danner det teoretiske bakteppet for tilnærmingen min til datamaterialet mitt. Retningslinjen er utgitt av Helsedirektoratet, som er knyttet til den medisinske institusjonen Foucault snakker om. I forordet til *Seksualitetens historie I* sier Espen Schaaning at diskurser er mer enn bare tale, siden «diskurser også, og kanskje framfor alt, består av dokumenter som samles i arkiver» (1999, s. 8). Retningslinjen kan, og burde, sees i sammenheng med medisin som en større institusjon, som inneholder dynamikker som etablerer normer og disiplinerer atferd. Gjennom denne prosessen vil noen kategoriseres og defineres innenfor normen, mens andre vil falle utenfor, og dermed bli produsert som avvik. Jeg forsøker ikke å si at Helsedirektoratets hensikt med retningslinjen er å sile ut noen som avvik. Det jeg forsøker å argumentere for er at disiplinering krever en standard, og at kategoriseringen av de som kan nå opp til standarden og ikke er en uunngåelig del av prosessen. Datamaterialet mitt må derfor sees i den større sammenheng med medisin som institusjon, samt institusjonens makt og historie.

## 2.2 Politikk og kjønn som problem

Carol Bacchis bok *Analysing policy* (2009) presenterer en poststrukturell tilnærming til kritisk analyse av politikk, kalt WPR-tilnærming. Dette er en diskursanalyse i den forstand at den forsøker å få tak i de underliggende forestillingene i forslagene som legges frem. Istedenfor å finne problemer og løsninger, går Bacchis metode ut på å identifisere implisitte problemforståelser og gjøre dem eksplisitt, for så å dekonstruere dem.

Bacchis WPR-tilnærming er utarbeidet med tanke på politikk slik den finnes i partiprogram, statlige handlingsplaner og liknende. Disse planene og vedtakene er antatt å skulle fikse problemer, og WPR-tilnærmingen skal avdekke og dekonstruere hva disse problemene egentlig er. Helse er et politisk tema, og datamaterialet mitt er utarbeidet av Helsedirektoratet, et organ som skal «iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk innenfor helsesektoren» (Helsedirektoratet, 2017). Dette i sammenheng med den normerende funksjonen til en nasjonal faglig retningslinje, gjør at en WPR-tilnærming blir et nyttig redskap for å utforske forskningsspørsmålet i oppgaven. Ved å dekonstruere problemet kan forskeren avdekke underliggende forståelser, og i mitt tilfelle vil dette være underliggende forståelser av kjønn.

Bacchi formulerer seks spørsmål som inngår i en WPR-tilnærming. Det første spørsmålet er «hva er problemet representert som?», og består av å finne løsningen og identifisere det implisitte problemet i det. I mitt tilfelle ville dette blitt løsningene i Helsedirektoratets retningslinje, for eksempel kjønnsbekreftende behandling. Ifølge WPR-tilnærmingens logikk vil dette produsere et problem med at personers kjønn er i behov for å behandles, og dermed at noe med kjønn kan være galt. Bacchi bruker eksemplet med politikk som vil tilby kompetanseheving for kvinner som et tiltak for å få dem inn i høyere betalte stillinger, og viser til at dette produserer et problem med at kvinner har for lav kompetanse (Bacchi, 2009, s. x). De resterende spørsmålene gjør det så mulig å utforske hva som ligger til grunn for denne problemet, finne alternative måter å forstå problemet på, og se effektene problemene har på folk liv. I metodekapittelet kommer jeg tilbake til disse spørsmålene og hvordan jeg benytter meg av dem. Poenget er at WPR-tilnærmingen lar meg se på det som tas for gitt i retningslinjen og dekonstruere det.

Boken inkluderer også en redegjørelse for teorien som ligger til grunn for tilnærmingen. Dette grunnlaget kommer jeg tilbake til, men først vil jeg gi en kort begrepsavklaring av tre begreper som er grunnleggende for WPR-tilnærmingen og det teoretiske rammeverket rundt. Den spesifikke forståelsen av *politikk*, *problem* og *problematisering* utgjør noen grunnleggende antakelser ved tilnærmingen.

*Politikk*, oversatt fra *policy*, innebærer alltid forslag til endring, men disse forslagene er ikke et resultat av forhold i samfunnet så mye som de skaper dem. I endringsforslagene ligger det et antatt problem, som ofte forblir implisitt istedenfor eksplisitt. Altså, «by their nature policies make changes, implying that something *needs* to change. Hence, there are *implied* 'problems'» (Bacchi, 2009, s. ix–x). Politikk er produktiv i den forstand at den skaper problemforståelser av problemene den sier den løser.

Når det kommer til begrepet *problem*, skiller Bacchi mellom problem og 'problem'. Sistnevnte er et spesifikt analytisk begrep som referer til den implisitte forståelsen av hva som burde endres, som man finner i politikk (Bacchi, 2009, s. xi). Dette betyr ikke at Bacchi forsøker å avskrive det faktum at det finnes reelle og ødeleggende problemer i verden. Hun sier selv at «this position does not deny that there are troubling conditions that require redress. However, the emphasis is *not* on the nature of those conditions but rather on the shape of the implied 'problems' in specific proposals» (Bacchi, 2009, s. 31). Målet er ikke å finne den «rette» forståelsen av problemet, men å denaturalisere våre oppfattelser og forståelser av ulike problemer, og avdekke prosessene bak.

Begrepet *problematisering* brukes på to måter. Den første er som måten enkelte forhold og saker blir forstått som et 'problem'. Dette henger sammen med definisjonen av politikk som bestående av forslag til endring. Problematisering i denne betydningen er en prosess som inngår i formuleringen av politikk, og det er nettopp gjennom denne prosessen at 'problemer' blir etablert. Dette er i kontrast til tanken på problemer som noe som allerede eksisterte i verden, og som kan bli funnet og identifisert. Bacchi sier at problemer, gjennom politikk, også er sosialt konstruert. Den andre måten å bruke begrepet *problematisering* på er som en aktivitet, strategi og et verktøy forskeren kan bruke for å dekonstruere nettopp prosessene som produserer forståelsen av enkelte forhold som spesifikke typer problemer.

I kapittel 2 av *Analysing policy* (2009) gir Bacchi en introduksjon til WPR-tilnærmingens teoretiske grunnlag. Hun presenterer dette gjennom tre proposisjoner som hun utdyper. Den første er at vi styres gjennom *problematiseringer*. Hun er altså interessert i «how society is managed, and with what repercussions for different groups of people, including 'citizens' and those positioned outside 'citizenship'» (Bacchi, 2009, s. 25). Bacchi henviser mye til Foucault når hun argumenterer for denne proposisjonen, spesifikt til hans teorier om disiplin, hvor makt til å normalisere er fordelt på leger, psykologer, lærere og andre grupper i samfunnet. Denne normaliseringen siler noen typer personer ut som avvik, som fører til at noen grupper i samfunnet blir ekskludert. Når noe blir etablert som et problem, blir også ansvaret for problemet plassert hos enkelte grupper. Proposisjonen lar forskere se kritisk på 'problemer' og kategorier, ettersom de etableres gjennom *problematisering* og ikke eksisterte forut for måten vi snakker om dem.

Bacchis andre proposisjon er at vi må undersøke *problematiseringer* istedenfor å lete etter den riktige definisjonen av et problem. Dette gjøres gjennom å analysere problemrepresentasjonene i *problematiseringene*. Her henter Bacchi igjen inspirasjon fra Foucault, denne gangen med begrepene diskurs og makt. For Bacchi har noen diskurser høyere status enn andre gjennom at de blir bekreftet gjennom praksisen i institusjoner,

og er dermed institusjonalisert. Diskurser med høy status er allment akseptert som sannhet, og reproducerer autoriteten til institusjonene. Det er et samspill mellom diskurser og institusjoner. Noen diskurser følger med seg ulike kunnskaper, her som måter å forstå ting på. I et samfunn vil noen diskurser ha høyere status enn andre, og disse diskursenes type kunnskaper vil oppnå dominans og underlegge seg andre typer kunnskap. En type sik underrepresentert kunnskap ser vi i form av avvikende forståelser, og en annen type er kunnskap som ansees som ukvalifisert eller ikke troverdig nok. Eksempler på dette kan være kunnskap som ikke er utledet fra vestlig vitenskap, og dermed ikke anses som troverdig. Det er fra disse kunnskapene vi finner muligheter for motstand mot dominerende diskurser, og det er gjennom å finne og studere disse at man kan utføre en foucauldisk genealogi av diskurser, eller problemrepresentasjoner.

Bacchi fastslår at 'problemer' kan bli konstruert på forskjellige måter. Spesielt må man være klar over myndighetenes rolle i denne konstruksjonen. Problemforståelser innenfor myndighetene blir forsterket og har reelle effekter på folks liv gjennom lovgivning, undersøkelser og rapporter, og det er derfor viktig å stille spørsmål ved 'problemene' slik de fremstilles i politikk. I tillegg til myndigheter har eksperter en rolle å spille i utviklingen av problemrepresentasjoner, og er dermed med på å utforme problematiseringene samfunn styres gjennom. Bacchi har samme forståelse av makt som Foucault, i den forstand at den er skapende og ikke noe man er i besittelse av. Vårt selvbilde og forståelse av verden er en effekt av makt, og hun ønsker å studere hvordan makt fungerer og hva effektene er. I en WPR-tilnærming anses alt å være på innsiden av diskurs, og formet av makt. Det er ingen nøytral posisjon på 'utsiden' forskeren kan ta, noe som gjør at forskere, siden deres rolle som eksperter påvirker problemrepresentasjoner, må vurdere deres egne problemforståelser.

Den tredje, og siste, proposisjonen sier at vi må undersøke hvordan noen forhold blir forstått som 'problemer' ved å granske grunnlaget og effektene til problemrepresentasjonene i dem. Kort forklart må vi spørre *hvordan* problematiseringer styrer måten vi forstår fenomener på, og dermed også effekten de har på livene våre. Bacchi sier at «a WPR approach works from the premise that the discursive elaboration of problem representations constitutes political subjects of particular types, and that how this occurs has political ramifications – stigmatising some, exonerating others, and keeping change within limits” (Bacchi, 2009, s. 42). Problemrepresentasjoner gjør spesifikke subjektposisjoner tilgjengelig, og disse subjektposisjonene har implikasjoner for hvordan folk lever livene sine. Selvet er dermed ikke etablert i et vakuum, men alltid formet innenfor diskurs. Hun spesifiserer at, i motsetning til noen former for diskursanalyse, har en WPR-tilnærming også et uttrykt mål om å undersøke de materielle effektene av politikk.



### 3 Metode

Når man gjennomfører et forskningsprosjekt står man ovenfor mange valg. Noen er store og vanskelige, andre er så små at man nesten ikke registrerer dem. Ingen av disse valgene er nøytrale eller objektive, siden forskeren alltid gjør sine metodiske valg innenfor en kulturell, vitenskapelig og personlig kontekst. Dette vil uunngåelig påvirke valgene vi tar som forskere, og som et resultat, det vi ser etter og finner i vårt valgte materiale. Dette gjelder også mine valg i løpet av dette prosjektet, og jeg vil i dette kapitlet bidra til transparens i prosjektet med å vise frem valgene jeg har tatt, og mine refleksjoner rundt disse.

For å undersøke kjønnsforståelser hos norske helsemyndigheter har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode. I *Systematikk og innlevelse* sier Tove Thagaard at kvalitativ metode er spesielt egnet når man ønsker å fordype seg i sosiale fenomener og forstå dem, og til å belyse tema som det ikke er forsket mye på (2018, s. 12). Transfeltet er lite, men i rask vekst, og jeg anser derfor kvalitativ metode som godt egnet til å studere dette. En av karakteristikkene til kvalitative metoder er at de er fleksible. Dette gjør at forskeren kan justere fremgangsmåten i løpet av prosjektet for å tilpasse seg materialet (Thagaard, 2018).

I analysen har jeg valgt å gjennomføre en dokumentanalyse av offentlige politiske dokumenter fra norske helsemyndigheter. Jeg har en sosialkonstruktivistisk tilnærming til analysen, som betyr at jeg legger til grunn at «vi forstår omverdenen gjennom kategorier i kulturen» (Thagaard, 2018, s. 40). Tekstene jeg analyserer i dokumentanalysen forstår jeg derfor som meningsproduserende, i den forstand at de formulerer og produserer spesifikke virkelighetsforståelser. Analysen min forsøker å finne *hvilke* meninger som produseres.

Målet med dette metodekapitlet er å styrke reliabiliteten og validiteten til prosjektet. På grunn av prosjektets konstruktivistiske og fortolkende tilnærming er det vanskelig å tilrettelegge for etterprøvbarehet, slik at andre kan benytte seg av samme metode og få samme resultater. Det betyr at jeg istedenfor må gjøre prosessen min så gjennomsiktig som mulig, ved å redegjøre for fremgangsmåten min. Dette gjør jeg i dette kapitlet ved å vise frem metodene og hvordan jeg bruker disse i analysen, og ved å reflektere over min posisjonering som forsker og hvordan dette har påvirket prosjektet. Spørsmålet om validitet dreier seg om gyldigheten av mine tolkninger av datamaterialet, og krever at jeg begrunner disse (Thagaard, 2018, s. 189). For å øke oppgavens teoretiske gjennomsiktighet har jeg redegjort for min teoretiske inngang i teorikapitlet. I løpet av analysen vil jeg begrunne min tolkning ved å vise utdrag fra datamaterialet. I kapittel 6 drøfter jeg disse funnene ved å benytte meg av teori.

I dette kapitlet vil jeg først redegjøre for dokumentanalyse som metode, og diskutere kjennetegn, muligheter og utfordringer, og koble dette til mitt datamateriale. Deretter vil jeg beskrive dokumentene som inngår i datamaterialet mitt og plassere dem i deres samfunnsmessige kontekst. Etter dette vil jeg redegjøre for min analytiske prosess, som jeg har delt opp i datainnsamling, innledende analyse, og meningsanalyse. Her viser jeg frem fremgangsmåten min, valg og refleksjoner jeg har gjort underveis, og de konkrete

analysegrepene jeg benytter meg av i analysen. Til slutt reflekterer jeg over min posisjonering som forsker og etiske vurderinger jeg har gjort i løpet av prosjektet.

### 3.1 Dokumentanalyse

Kvalitativ dokumentanalyse som metode innebærer en fortolkende tilnærming til ulike former for dokumenter. Dokumenter må finnes, velges og analyseres, og analysen går gjennom ulike stadier av lesing – overfladisk, nærlesing og fortolkning (Bowen, 2009, s. 32). Dokumentene kan være formelle eller uformelle, offentlige eller private, og analysemetoden kan brukes på tekstlige, verbale, auditive og visuelle data. Dagbøker, reklame, brev, avisartikler og politiske dokumenter av ulike slag er eksempler på ulike typer dokumenter som kan brukes i en dokumentanalyse. Mitt datamateriale består av Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for kjønnsinkongruens (heretter kalt retningslinjen), høringsutkastet til denne og de tilhørende høringsinnspillene. Ved å analysere tekst kan forskeren få tilgang til oppfatninger og idéer hos grupper eller personer, og hvilke verdier de orienterer seg etter (Bratberg, 2017; Thagaard, 2018).

Et sentralt trekk med dokumenter er at de typisk er utviklet uavhengig av forskeren, og uten forskning som hensikt (Thagaard, 2018, s. 117). I motsetning til observasjon og intervju som metoder, betyr dette at fremgangsmåten ikke stiller samme krav til refleksivitet, ettersom spørsmål om forskerens påvirkning på selve materialet ikke er like relevant. På en måte er det lettere å etterprøve dokumentstudier siden forskeren ikke har påvirket utformingen av dokumentene, og i tilfellet med offentlige dokumenter vil disse være tilgjengelig for etterprøving (Bowen, 2009, s. 31). I de tilfellene hvor dokumentene er vanskeligere å få tak i vil etterprøvbareheten til dokumentstudier vise seg vanskeligere. Samtidig er forskeren med på å skape datamaterialet ved å *tolke* det, på lik linje med andre kvalitative metoder.

Noen metodiske utfordringer med dokumentstudier kan være at dokumenter ofte ikke inneholder nok detaljer til å utfyllende kunne svare på et forskningsspørsmål (Bowen, 2009, s. 32). I en intervjusammenheng vil forskeren kunne stille oppfølgingsspørsmål for å få flere detaljer og mer utdypende svar, men dette er ikke mulig når forskeren ikke har innvirkning på dokumentene. En annen mulig utfordring er utvalg. I motsetning til intervjuopulasjoner, som kan være uoversiktlige, er ofte dokumentutvalget mer avgrenset og derfor lettere å få oversikt over. Man er avhengig av tilgjengelighet istedenfor rekruttering. Samtidig vil det ofte være flere dokumenter som kan være relevante for å svare på et forskningsspørsmål, og en transparent avgrensning vil være viktig, spesielt i en masteroppgave med begrenset omfang.

Glenn A. Bowen sier at forskere burde vurdere flere elementer når det kommer til dokumentene de analyserer. Dette inkluderer hvorfor de ble produsert, for hvem, hvem som er forfattere og hvilke kilder de har benyttet seg av (2009, s. 33). Dokumentanalyse innebærer altså at forskeren må vurdere konteksten til dokumentet, istedenfor å studere det som en isolert hendelse. Spesifikke dokumenter fra en organisasjon vil sannsynligvis stemme overens med organisasjonens visjon (Bowen, 2009, s. 32). Dersom man vil gjøre en studie mer representativ for generelle holdninger betyr dette at man ikke bare kan støtte seg på dokumenter fra én organisasjon, men ettersom jeg er ute etter perspektiver og forståelser i norske helsemyndigheter vil ikke dette være en begrensning i like stor grad.

Dokumentstudier hvor datamaterialet består av offentlig tilgjengelige dokumenter har mindre etiske utfordringer enn kvalitative metoder som innebærer kontakt mellom

forsker og informant, spesielt sårbare informanter (Thagaard, 2018, s. 154). Alle dokumentene jeg har sett på har, på ulike tidspunkt, vært offentlig tilgjengelig på nett. Krav til anonymitet og konfidensialitet er dermed ikke like sterke. Jeg skal senere snakke mer om de spesifikke dokumentene jeg har benyttet meg av og de etiske vurderingene jeg har gjort underveis, men jeg har blant annet brukt høringsinnspill. Det var mulig å sende inn anonyme høringsinnspill, så de som er representert i mitt datamateriale er fra personer eller organisasjoner som har samtykket til publisering. Jeg bestemte meg tidlig for at dersom det ble relevant, skulle jeg anonymisere navn på enkeltpersoner og utelukke eventuelle høringsinnspill som delte intime personlige erfaringer. Dette var fordi, selv om materialet mitt ikke inneholder sensitiv informasjon, jeg fortsatt har et ansvar for hvordan jeg formidler mine data og funn (Ingierd, 2018). I løpet av prosessen viste det seg at høringsinnspill fra større organisasjoner var mer relevante, og jeg har derfor ikke gjengitt utdrag fra enkeltpersoners innspill, selv om de er en del av datamaterialet mitt og har formet min forståelse av prosessen.

Selv om krav til anonymitet og konfidensialitet ikke er like sterke med et datamateriale bestående av offentlige dokumenter må forskeren alltid utvise hensyn når dokumenter og tekster tas ut av sin opprinnelige kontekst og tolkes fra et forskningsperspektiv. Dette kan oppleves fremmedgjørende og provoserende for forfatterne (Thagaard, 2018, s. 27), ettersom det kan bryte med deres egne forståelser. Forskeren må altså være klar over sitt ansvar for tolkningene de fremstiller i prosjektet, og hvilke påvirkninger disse kan ha på de som er involverte, enten som intervjuinformanter eller forfattere av dokumenter. Ofte vil resultatene kunne bli lest av de involverte (Aase & Fossåskaret, 2014, s. 27).

## 3.2 Nasjonal faglig retningslinje

I tråd med Bowens artikkel om dokumentanalyse som kvalitativ metode (2009) ønsker jeg å redegjøre for konteksten til dokumentene jeg benytter meg av: høringsutkastet, høringsinnspillene og den ferdige retningslinjen. Jeg skal først gi en kort beskrivelse av de ulike dokumentene, før jeg gir en oversikt over prosessen med å utforme retningslinjen. Til slutt forteller jeg om historien bak retningslinjen, ved å redegjøre for noen sentrale hendelser som førte til at den ble laget.

Formålet med en høring er å få tilbakemelding fra høringsinstanser, som kan uttale seg og gi tilbakemelding på et utkast eller et forslag (SNL, 2017). Høringsutkastet til retningslinjen består av 47 sider fordelt på 6 kapitler, og tar for seg 1) pasientrettigheter, 2) organisering og ansvarsfordeling, 3) behandlingsløp, 4) oppsummering av kunnskapsgrunnlaget, 5) endringer i kodeverket og 6) informasjon om retningslinjen generelt. I slutten av hvert kapittel gis en begrunnelse for anbefalingen og referanser. Utkastet anbefaler generelt at helsehjelp skal flyttes til lavest mulig nivå og være individuelt tilpasset, at psykiatrisk utredning ikke skal være et krav for tilgang på kjønnsbekreftende behandling, og at kjønnsdysfori ikke er et krav for diagnose. Det blir lagt vekt på å unngå sykeliggjøring. «Personer med kjønnsinkongruens» brukes konsekvent om pasientgruppen, hvor kjønnsinkongruens er definert som «et manglende samsvar mellom det juridiske og sosiale kjønn» (Helsedirektoratet, 2019, s. 41). Diagnosen inkluderer «ikke-binære, transpersoner, ikke-kjønnsnormative og de som definerer seg som enten mann eller kvinne/gutt eller jente» (Helsedirektoratet, 2019, s. 30).

En nasjonal faglig retningslinje skal gi «systematisk utviklede råd og anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for forebygging, diagnostisering, behandling og/eller oppfølging» (Helsedirektoratet, 2012, s. 13), og Helsedirektoratet er de eneste med

myndighet til å utforme disse. Innholdet i en nasjonal faglig retningslinje er ikke juridisk bindende, men vil være normerende (Nylenna, 2018). Dette gjør retningslinjen spesielt godt egnet til å undersøke hvilke oppfatninger av transproblematikk og kjønn som finnes hos norske helsemyndigheter, siden retningslinjen uttrykker hva Helsedirektoratet anser som ideell behandlingspraksis.

Retningslinjen består av 53 sider fordelt på de samme seks kapitlene som utkastet, bortsett fra to kapitler som kommer i en annen rekkefølge. Innholdsmessig er retningslinjen lik utkastet, bortsett fra mindre strukturelle endringer, utdypninger og presiseringer. Jeg kommer tilbake til noen mer konkrete forskjeller senere, når jeg forteller om fremgangsmåten min for analysen. Målgruppen er først og fremst «ledere og helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre som tilbyr tjenester til personer med kjønnsinkongruens» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 48), og inkluderer private tilbydere. I tillegg gir retningslinjen eksempler på andre målgrupper, for eksempel interesseorganisasjoner, utdanningsinstitusjoner, barnevern, barnehager og skoler.

Høringsutkastet og retningslinjen er begge utarbeidet av Helsedirektoratets prosjektgruppe, i samarbeid med en styringsgruppe og en referansegruppe. Referansegruppen har representanter fra interesseorganisasjoner, pasientorganisasjoner, og helsetjenesten. Innholdet er basert på samarbeid med tidligere nevnte referansegruppe, samt vitenskapelig forskning. Spesielt blir rapportene «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» (Helsedirektoratet, 2015) og «Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori; rapport fra arbeidsgruppen» (OUS Stab fag, 2018) trukket frem som viktige. Referanselisten på slutten av retningslinjen lister opp totalt 25 kilder, som hovedsakelig er medisinske, juridiske og statlige.

Høringsinnspill er tilbakemeldinger på høringsutkast, og blir brukt for å revidere utkastet videre til en ferdig retningslinje. I dette tilfellet var høringen offentlig, og det var dermed åpent for alle å gi høringsinnspill, inkludert privatpersoner. Til sammen ble det publisert 85 høringsinnspill på totalt 504 sider på Helsedirektoratets nettsider, hvor 61 av dem var i form av et utfylt elektronisk spørreskjema utformet av Helsedirektoratet. Dessverre er noen av svarene kuttet av på grunn av det jeg antar er begrensninger på antall tegn i svarboksen. Spørreskjemaet ga mulighet til å komme med generelle kommentarer, men det var også spørsmål til hvert enkelt kapittel om tydelighet, nytteverdi og forslag til forbedringer. Seks av bidragsyterne leverte mer enn ett dokument. Noen få av høringsinnspillene er skrevet på dansk, engelsk eller svensk. Innspillene inneholder dokumenter fra ulike avsendere, fra privatpersoner til offentlig etater, med ulike perspektiver. Noen kommenterer for eksempel på den praktiske organiseringen, og andre kommenterer på holdninger eller pasienthensyn.

I forkant av publiseringen av utkastet gjorde Helsedirektoratet et forarbeid med å samle inn perspektiver fra brukergruppen og fagpersoner. I 2017 ble det holdt et rådslag, og i 2019 ble det holdt to heldagsmøter med referansegruppen (Helsedirektoratet, 2020b, s. 48). Høringsutkastet ble publisert på Helsedirektoratets nettsider 27. november 2019, som markerte starten på høringsprosessen. Noen fikk direkte invitasjon til å komme med innspill, og var av Helsedirektoratet fordelt inn i følgende fem kategorier: 1) stat og kommune, 2) likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner, 3) fag- og interesseforeninger, 4) høgskoler, universitet og kompetansemiljø og 5) private

(Helsedirektoratet, 2020a)<sup>5</sup>. En kort periode etter høringsfristen ble 85 høringsinnspill publisert på samme nettside, ekskludert eventuelle anonyme bidrag. Frem til den ferdige retningslinjen ble publisert 23. juni 2020 på Helsedirektoratets nettsider gikk prosjektgruppen gjennom innspillene, vurderte tilbakemeldingene og reviderte utkastet.

I etterkant av publiseringen kom det et kritisk debattinnlegg i Aftenposten fra Folkehelseinstituttet og andre representanter fra fagmiljøet som satte i gang en mediedebatt (Surén et al., 2020a). Diskusjonen handlet hovedsakelig om kunnskapsgrunnlaget, forsvarlighet og bortfall om krav til psykiatrisk utredning (Gausen, 2020; Guldvog, Roland, Græsli, et al., 2020; Guldvog, Roland, Janbu, et al., 2020; Hansen & Bjerkeli, 2020; Surén et al., 2020b).

Nå ønsker jeg å redegjøre for konteksten til dokumentene ved å fortelle om det som skjedde i forkant. I 2012 kom det en rapport fra Helsedirektoratet om behandlingstilbudet for transpersoner, som resultat av et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget kom etter mye kritikk, blant annet på grunn av steriliseringskravet for å skifte juridisk kjønn (NRK, 2014). For å oppfylle dette kravet var det nødvendig med diagnosen *F64.0 Transseksualisme*, som på den tiden bare kunne fås ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS)<sup>6</sup> ved Rikshospitalet. I tillegg fikk den generelle kvaliteten på behandlingstilbudet kritikk. Rapporten anbefaler «å gjennomgå steriliseringskravet, samt tiltak for å styrke kompetansen om kjønnsidentitetstematikk i helsetjenestene» (Utenriksdepartementet, u.å.). Etter dette ga Helse- og omsorgsdepartementet et oppdrag til Helsedirektoratet i oktober 2013, og i desember samme år ble en ekspertgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet. Denne gruppa hadde to oppgaver, den første å vurdere vilkårene for endring av juridisk kjønn, og den andre å vurdere behandlingstilbudet til transpersoner.

Gruppen leverte i 2015 rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn», og jeg ønsker å ta opp tre sentrale anbefalinger. Den første anbefalingen var å fjerne steriliseringskravet for endring av juridisk kjønn, da dette var ansett som i strid med menneskerettighetene. Istedenfor anbefalte rapporten å benytte seg av *erklæringsmodellen*, som «tar utgangspunkt i at personer som opplever manglende samsvar mellom egen kjønnsidentitet og sitt registrerte juridiske kjønn, selv kan begjære endring av juridisk kjønn» (Helsedirektoratet, 2015, s. III). Den andre anbefalingen gjaldt det fremtidige helsetilbudet. Her anbefalte rapporten at flere skulle tilbys behandling og oppfølging, og økt kompetanse i alle deler av helsetjenesten. Meningene til gruppa var delt om desentralisering, men flertallet var for dette. Den tredje og siste anbefalingen jeg vil ta opp handler om å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje. Argumentet for dette var et behov for å tydeliggjøre hva behandlingen til transpersoner skal innebære, og ansvarsfordelingen av denne (Helsedirektoratet, 2015, s. 141).

Som et resultat av rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» (Helsedirektoratet, 2015) ble kravet til diagnose og sterilisering fjernet i 2016 (Lov om endring av juridisk kjønn, 2016), og Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens. Retningslinjen som kom ut i 2020 er dermed resultatet av mange år med evaluering innenfor norske

---

<sup>5</sup> Denne informasjonen er hentet fra nettsiden før retningslinjen ble publisert, og er derfor ikke tilgjengelig lengre. Den gamle siden er arkivert her:

<https://web.archive.org/web/20200527211716/https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-helsehjelp-til-personer-med-kjønnsinkongruens>

<sup>6</sup> Nå Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK).

helsemyndigheter, og har også vært påvirket av aktivisme og levekårsundersøkelser som har foregått på samme tidspunkt.

Retningslinjen befinner seg i en posisjon som er gunstig for å undersøke problemforståelser av kjønnsinkongruens, og gjennom dette også kjønn. Den befinner seg i en krysning mellom normativ og instruerende når det kommer til behandling, og normative tekster er godt egnet til å belyse hvilke perspektiver som får dominans i spesifikke institusjoner. Datamaterialet lar meg ikke si noe om hvordan helsetilbudet faktisk oppleves av de involverte eller vil endres, men det lar meg utforske noen idéer innenfor norske helsemyndigheter om hvordan ting *burde* være. Dokumentene fra Helsedirektoratet består av anbefalinger for praksis, og innspillene gir tilbakemelding på disse, og viser dermed oppfatninger av hvordan ting burde være og blir i fremtiden (Kjeldstadli, 1999, s. 172). Ved å analysere tekst kan man som forsker få tilgang til oppfatninger og idéer hos grupper eller personer (Bratberg, 2017, s. 13–14), og hvilke verdier de orienterer seg etter (Thagaard, 2018, s. 53), som nettopp er målet med denne oppgaven.

### 3.3 Prosessen

Tidlig i prosjektet hadde jeg en interesse for kjønn og transtematikk, spesielt helsetilbudet for transpersoner i Norge, ettersom det hadde fått mye medieoppmerksomhet de siste årene. Når jeg kom over Helsedirektoratets utkast til Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens bestemte jeg meg relativt raskt for at den skulle bli en del av datamaterialet mitt. Det var to grunner til dette. For det første utgjorde utkastet og retningslinjen for meg *ferskt* materiale, ettersom det var nylig publiserte dokumenter som ingen hadde forsket på før. Muligheten til å kunne bidra med noe nytt på feltet var fristende. For det andre representerte retningslinjen for meg perspektivet til en institusjon i samfunnet med mye makt. «Minoritetsstudier» har lang tradisjon innenfor kvalitativ forskning når det kommer til tema som marginalisering og avmakt, hvor datamaterialet ofte vil være produsert sammen med grupper som befinner seg lavere i det hierarkiske systemet (Thagaard, 2018, s. 17). Dette gjelder også forskning på transfeltet. Ved å benytte meg av statlige dokumenter så jeg en mulighet til å forsøke å «forske oppover», som Thagaard formulerer det. Jeg forsker på systemer istedenfor minoritetsgrupper.

Ettersom datamaterialet mitt består av offentlige tilgjengelige dokumenter har jeg, for å sitere Bowen, gjort «*data selection, instead of data collection*» (2009, s. 31). Av hensyn til det begrensede omfanget av en masteroppgave valgte jeg å avgrense empirien til retningslinjen og den tilhørende høringsprosessen, som resulterte i et materiale på totalt 604 sider. Dette ga meg mulighet til å grundig utforske en case, og jeg satt igjen med et ganske uttømmende materiale om dette<sup>7</sup>. Innsamlingen bestod av å laste dokumentene ned fra Helsedirektoratets nettsider etter hvert som de ble tilgjengelige, i tillegg til å ta skjermdumper av nettsiden og spørreskjemaet som ble brukt til høringsinnspillene. Deler av masterprosjektet har foregått parallelt med utarbeidingen av retningslinjen. En konsekvens av dette, som jeg synes var spennende, var at jeg leste igjennom og vurderte høringsinnspillene samtidig som Helsedirektoratets prosjektgruppe gjorde det samme, riktignok med ulike mål i sikte. Det å lese dokumentene kronologisk og arbeide

---

<sup>7</sup> Ideelt sett skulle jeg ha hatt tilgang til referatene fra rådslaget i 2017 og de to heldagsmøtene med referansegruppen i 2019. Dessverre var disse ikke revidert for annet enn internt bruk. Empirien min omfatter dermed alle *offentlig* tilgjengelige dokumenter, ettersom det potensielt var anonyme høringsinnspill jeg heller ikke har hatt tilgang til.

parallelt med deler av Helsedirektoratets prosess har gitt meg nyttig innsikt i endringer og god kunnskap om prosessen.

Dokumentene som inngår i datamaterialet mitt ble publisert mellom november 2019 og juni 2020, og jeg har arbeidet med dem kronologisk etter hvert som de ble publisert. På det tidlige stadiet i analysen hadde jeg en induktiv tilnærming, og tok da utgangspunkt i datamaterialet for å utvikle begreper og analytiske perspektiver. Etter å ha foretatt en overfladisk lesing av dokumentene noterte jeg mine førsteinntrykk etter hvert kapittel og til slutt om dokumentet som helhet. På grunn av det totale sideomfanget til høringsinnspillene registrerte jeg kun stikkord om temaene som de tok opp, eller noterte perspektiver som var spesielt i konflikt med perspektivene og forståelsene i utkastet, som jeg på det punktet allerede hadde lest.

Tidlig i analysearbeidet gjennomførte jeg en kvantitativ innholdsanalyse av utkastet og retningslinjen, og sammenliknet disse. Målet var å ha et konkret sted å starte ved å få tallfestet noen elementer og slik kondensere innholdet i materialet mitt (Bratberg, 2017, s. 123), slik at jeg kunne sammenlikne dokumentene. Det å ha en tidligere og en ferdig versjon av samme dokument ga meg muligheten til å finne endringer, som jeg deretter kunne undersøke nærmere for å se om det var noen interessante grunner til disse (Bowen, 2009, s. 30). Etter å ha lest tekstene var mitt førsteinntrykk at hovedidéene og prinsippene i høringsutkastet og retningslinjen var relativt like, og at fokuset på at helsetilbudet skal være «desentralisert, differensiert, koordinert, helhetlig og i tråd med prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 18) stod fast. Endringer bestod i hovedsak av presiseringer og utdypninger om temaer som tilgang på hjelpemidler og det juridiske grunnlaget, men også i ordbruk om pasientgruppen, diagnosen og symptomer.

For å gjennomføre en komparativ kvantitativ innholdsanalyse benyttet jeg meg av NVivo, en programvare for kvalitativ forskning som tillater koding av ulike medier, til å foreta en ordhyppighetsanalyse med programmets innebygde verktøy. Jeg fikk en liste over de 150 mest brukte ordene, men hadde som tidligere nevnt observert en endring i ordbruk. Derfor sorterte jeg ut kjønnsrelaterte ord og samlet disse i en tabell, gjengitt under, for å sammenlikne høringsutkastet og retningslinjen.

<b>ORD</b>	<b>HØRINGSUTKAST</b>	<b>RETNINGSLINJE</b>	<b>ENDRING (%)</b>	<b>ENDRING (ANTALL)</b>
KJØNNSKONGRUENS	117	188	+60,7 %	+71
KJØNNSDYSFORI	60	12	-80 %	-48
KJØNNSIDENTITET	31	45	+45,2 %	+14
KJØNNSUTTRYKK	20	33	+65 %	+13
KJØNNSIDENTITETS-FORSTYRRELSE	12	2	-83,3 %	-10
TRANSSSEKSUALISME	11	8	-27,3 %	-3

**Tabell 1:** Kjønnsrelaterte ord fra ordhyppighetsanalyse på Helsedirektoratets utkast og retningslinje. Tabellen viser også forskjellen i hyppighet i antall og prosent.

Tabellen over viser ordene fra ordhyppighetsanalysen, antall ganger de ble brukt i hvert dokument, og til slutt endring i bruk fra høringsutkast til retningslinje representert i

prosent og antall. Ordet «kjønnsidentitetsforstyrrelse» har nesten helt falt ut i overgangen fra utkast til retningslinje. I retningslinjen brukes ordet to ganger, og da for å referere til diagnosemanualen ICD-10. Transseksualisme brukes i begge dokumentene mye til å referere til diagnosen *F64.0 Transseksualisme*. I retningslinjen omtales «kjønnsidentitet» og «kjønnsuttrykk» oftere enn i høringsutkastet, noe som viser til nyanserte endringer i fokus og fremstillingen av pasienter.

En interessant endring ligger i en markant økning i bruk av ordet «kjønnsinkongruens» og en redusert bruk av «kjønnsdysfori», ord som knyttes til diagnostisering av pasienter. Den faktiske bruken av kjønnsdysfori i retningslinjen er enda mindre, ettersom 7 av treffene er referanser til rapporten «Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori» fra 2018. Ved å gå inn og undersøke stedene i teksten ordene dukker opp, observerte jeg at kjønnsinkongruens har erstattet kjønnsdysfori som begrep. I høringsutkastet blir kjønnsdysfori karakterisert med sterk psykisk smerte, dypt ubehag eller plager (Helsedirektoratet, 2019, s. 41), og de samme symptomene blir i retningslinjen beskrevet som noe personer med kjønnsinkongruens kan utvikle (Helsedirektoratet, 2020b, s. 3). Selve pasientgruppen omtales også annerledes, med en endring fra «pasienter med kjønnsdysfori» til «pasienter med kjønnsinkongruens». Kjønnsinkongruens er det «nye» ordet i retningslinjen, og er hentet fra diagnosen i diagnosemanualen ICD-11. Inkongruens i seg selv betyr uoverensstemmelse, og henger sammen med diagnosens definisjon som et manglende samsvar mellom en persons kjønnsidentitet og det kjønn de fikk tildelt ved fødselen.

Etter den innledende kvantitative innholdsanalysen hadde jeg et tydeligere bilde av endringene fra utkast til retningslinje, og var da ferdig med det Thagaard identifiserer som det første trinnet i analysen – å bli fortrolig med materialet (2018, s. 151). Jeg følte på dette tidspunktet behov for å strukturere dataene mine, og få en bedre oversikt over innholdet. Hva bestod anbefalingene av, utover generelle anbefalinger om desentralisering? Hvilke ting tas opp i retningslinjen? Jeg bestemte meg for å grovkode innholdet i retningslinjen for å svare på disse spørsmålene. Jeg fortsatte å benytte meg av NVivo som verktøy, og holdt meg til en induktiv metode. Det vil si at jeg tok utgangspunkt i det som stod i retningslinjen når jeg utviklet koder (Thagaard, 2018, s. 153). Det jeg endte opp med å kode mest var beskrivelser av behandling og steder hvor kjønnsidentitet ble tatt opp, som utviklet seg til kategoriene jeg bruker i kapittel 4.

### 3.4 Hva er problemet representert som?

Diskursanalyse er et nyttig grep for å undersøke problemstillingen min, ettersom jeg er ute etter problemforståelser som ligger i utformingen av helsetilbudet til transpersoner i Norge. I teorikapittelet redegjorde jeg for Michel Foucaults definisjon av diskurs og det teoretiske rammeverket til en WPR-tilnærming, men jeg vil gi en kort repetisjon her. Fokuset vil riktignok være på analysestrategien jeg vil benytte meg av i analysekapitlene.

En diskursanalyse gjør det mulig å «analysere hvordan vi konstruerer, opprettholder og utfordrer dominerende tankesett og institusjonene vi omgir oss med» (Bratberg, 2017, s. 58). Diskurs er «et kognitivt og normativt fellesskap som kommer til uttrykk i språk» (Bratberg, 2017, s. 35), og former vår forståelse av verden. Det er gjennom diskurs at vi innskriver verden rundt oss med mening, men gjennom denne prosessen etableres også diskursen som noe naturlig og forhånds-gitt. Dette til tross for at meningssystemer alltid må reproduseres, som resulterer i at det alltid vil være diskurser i kamp om dominans i samfunnet. Diskursbegrepet bærer med seg en mulighet til å diskutere endringer i



samfunnet i lys av makt (Bratberg, 2017). Diskurs som verktøy gjør det mulig for meg å grave i hvilke forståelser som ligger til grunn for anbefalingene i retningslinjen.

Carol Bacchis «What's the problem represented to be?»-tilnærming, heretter kalt WPR-tilnærming, er en type diskursanalyse. Den forsøker å få tak i underliggende forståelser og dekonstruere disse, og er dermed mer interessert i hva problemet blir representert som, hvordan, og med hvilke effekter, i motsetning til hva problemet er. Dette målet stemmer godt overens med målet til prosjektet mitt, som er å finne forståelser av kjønn og hvordan det blir et problem. Spørsmålene til Bacchi har også vært inspirasjon for forskningsspørsmålene mine, samtidig som jeg har forsøkt å formulere forskningsspørsmål som bidrar til å svare på problemstillingen.

WPR-tilnærmingen innebærer seks spørsmål. Jeg har, på grunn av omfanget av oppgaven, valgt å ikke gjennomføre alle. I analysen min tar jeg utgangspunkt i tre spørsmål fra tilnærmingen, nummer en, to og fire, og vil jobbe meg systematisk gjennom disse. Jeg skal forklare min tilnærming til disse om litt, men vil først nevne at grunnen til at disse spørsmålene ble valgt er på grunn av hensyn til hva datamaterialet mitt kan svare på, og også i hvilken grad de kunne bidra til å svare på oppgavens overordnede problemstilling. De resterende spørsmålene bruker jeg som inspirasjon for å drøfte funnene mine i kapittel 6.

Det første spørsmålet jeg vil stille er: hva er problemet representert som i en spesifikk politikk? Målet med dette spørsmålet er å identifisere impliserte problemrepresentasjoner i politiske forslag, som ligger i løsningene som blir foreslått (Bacchi, 2009, s. 4). I analysen starter jeg med å identifisere løsningene. Jeg benytter meg av grovkodingen som allerede er gjort av retningslinjen, og sorterer ut delene som beskriver behandlingsmetoder. Disse kategoriseres så inn i fire kategorier basert på hva behandlingen virket på. Dette gjorde jeg for å gjøre materialet mer oversiktlig og lettere å håndtere.

Det andre spørsmålet jeg vil stille er: hvilke forutsetninger og antakelser ligger under denne problemrepresentasjonen? Målet med dette spørsmålet er å finne grunnleggende forståelser av konsepter som gjør at problemrepresentasjonene gir mening og fremstår som logiske (Bacchi, 2009, s. 5). Med dette spørsmålet starter jeg arbeidet med å dekonstruere problemforståelsene i retningslinjen. Jeg bruker en induktiv metode og utleder en forståelse basert på kategoriseringen og arbeidet med det første spørsmålet.

Det tredje og siste spørsmålet jeg stiller i analysen er det fjerde spørsmålet i WPR-tilnærmingen, og lyder som følger: hva forblir uproblematisert i denne problemrepresentasjonen? Hva er taushetene? Er det alternative måter å forstå problemet på? Her drar jeg nytte av min tidligere lesing av høringsinnspillene, hvor det nettopp var mange som allerede hadde tenkt annerledes. Istedenfor å bare stole på min egen evne til å kritisk analysere det som forblir uproblematisert, blir analysen hevet av de kritiske innspillene, som gjør det lettere for meg å ikke ta innholdet i retningslinjen for gitt. Bacchi sier at «cross-cultural comparisons can also help us to realise that certain ways of thinking about 'problems' reflect specific institutional and cultural contexts and, hence, that problem representations are contingent» (2009, s. 14). Høringsinnspillene bidrar ikke akkurat til en krysskulturell sammenlikning, men jeg tolker dette sitatet som at tilgang til alternative perspektiver uansett er nyttig for å innse at enkelte problemforståelser ikke er så naturlige som de virker.

Jeg ønsker å nevne de resterende spørsmålene i WPR-tilnærmingen her, selv om jeg vil komme tilbake til disse i kapittel 6 når jeg drøfter funnene mine. Spørsmål nummer tre innebærer en foucauldisk genealogi av problemrepresentasjonen, og undersøker hvordan problemrepresentasjonen har oppstått. Spørsmål nummer fem spør om hvilke effekter problemrepresentasjonene produserer. Analysen ber forskeren undersøke tre typer effekter: diskursive, subjektifiserende og levde. Det sjette og siste spørsmålet spør om hvor problemrepresentasjonen er produsert og forsvart, og hvordan den kan bli utfordret og erstattet. Dette spørsmålet dreier seg om forståelsen av diskurser i flertall, som konkurrerer om dominans og kan skifte plassering i hierarkiet.

De tre spørsmålene fra WPR-tilnærmingen som jeg vil bruke i analysen gjør det mulig for meg å dekonstruere problemet med kjønnsinkongruens slik det legges frem i retningslinjen, gjennom å studere tiltakene som anbefales. Spørsmålene lar meg identifisere problemrepresentasjoner, for så å dekonstruere det konseptuelle grunnlaget og forståelsens logikk, og så utfordre problemrepresentasjonens status som absolutt sannhet. Bacchis analysegrep er dermed svært gunstig for å svare på problemstillingen i denne oppgaven.

### 3.5 Posisjonering og etikk

Temaet jeg har valgt er helsetilbudet for transpersoner i Norge, og dette valget er i stor grad påvirket av mine personlige og faglige interesser. Denne interessen introduserte meg til arbeidet med Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens, gjennom å delta på en konferanse om kjønnsbekreftende helsehjelp til barn og unge. Jeg har en privilegert distanse til temaet. Retningslinjen, og effektene av den, vil ikke påvirke meg direkte, og min tilnærming til og oppfatning av datamaterialet vil nok være annerledes enn de av oss som vurderer, ønsker, eller har fått kjønnsbekreftende behandling. Samtidig har jeg tanker og forhåpninger om helsetilbudet for transpersoner, og støtter meg til perspektivene i media som uttrykker ønsker for et bedre tilbud. Jeg har fulgt med på den offentlige debatten om helsetilbudet og transpersoners rettigheter i media, og er utvilsomt påvirket av denne. Jeg kjenner til mange av argumentene og perspektivene som er representert i denne, og støtter meg til enkelte mer enn andre. For å håndtere dette har jeg tatt et metodisk valg om å «forske oppover», ved å forske på en institusjon med makt. Jeg har systematisk fulgt WPR-tilnærmingen i analysen, slik at min fremgangsmåte har vært støttet av teori. I noen tilfeller har min kjennskap til feltet vært en styrke, og kjennskap til prosesser og aktører har latt meg se sammenhenger jeg kanskje hadde gått glipp av ellers.

Faglig har jeg interesse for teorier om kjønn og makt, som også spilte inn i mitt valg om å studere en institusjon. Jeg trekkes derfor i retning av teorier som poststrukturalisme, og innenfor kjønnsforskning er jeg spesielt interessert i skeiv teori. Denne faglige bakgrunnen påvirker og strukturerer inntrykkene mine av datamaterialet og hvordan jeg tolker det (Thagaard, 2018, s. 147). Jeg innrømmer at jeg ønsket å få glede av prosjektet og ikke bare oppleve at jeg konstant stanget i en selvpåført vegg (mer enn nødvendig i et prosjekt som dette), og dermed har valg av metode hengt sammen med mine oppfattelser av hva som er overkommelig og ikke. Dette, kombinert med ønsket om å knytte inn maktaspektet, var avgjørende når jeg stod ovenfor valget mellom intervju eller dokumentstudier som metode. Samtidig har jeg vært ivrig etter å bidra med forskning jeg oppfattet som nyttig. Dermed ble jeg dratt i retning av utformingen av den nasjonale faglige retningslinjen, en prosess som foregikk parallelt med starten av prosjektet mitt, og utgjorde ferskt materiale som ingen hadde forsket på før.

Når det kommer til etiske problemstillinger har jeg gått flere runder med meg selv og mine veiledere når det kommer til valg av begreper. Identitet er et tema de fleste har sterke følelser om, og jeg oppfatter kjønnsidentitet og transtematikk som et spesielt viktig og vanskelig felt å navigere på en hensynsfull måte. Pasientgruppen som beskrives i retningslinjen er mangfoldig, og tilskriver seg forskjellige identitetskategorier. Jeg har forsøkt å redegjøre for min bruk av begreper i innledningen. Transpersoner er en minoritetsgruppe i samfunnet, og har vært spesielt sårbar tidligere på grunn av mangel på spesifikt rettsvern – kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk var først inkludert i straffeloven fra og med 1. januar 2021 (Stortinget, u.å.). På samme måte som forskere som gjennomfører intervju og deltakende observasjon, tenker jeg at min dokumentanalyse av et fenomen som angår en sårbar gruppe også fører med seg et ansvar for å ikke bidra til skade (Thagaard, 2018, s. 114).

Jeg har vært bevisst på mitt ønske om å unngå en analyse som ignorerer og undergraver personers oppfatninger og levde liv, i dette tilfellet transpersoner. Jeg har heller ikke ønsket å sitte igjen med et resultat som minner mer om aktivisme separert fra teori, og jeg tror ikke at en slik oppgave hadde vært veldig nyttig for forskning eller aktivisme. Jeg har forsøkt å unngå å falle i den ene og den andre fallgruven ved å støtte meg på teori og forholde meg til hva empirien min og teorien faktisk kan si noe om. I utformingen av prosjektet har jeg lett etter en gylden middelvei for min egen interesse, nytte for samfunnet og etiske hensyn. Jeg er fornøyd med mitt metodevalg og gjennomførelsen av dette. Jeg har valgt en metode og et materiale jeg føler jeg kan gjøre ærlig og etisk forsvarlig forskningsarbeid med, samtidig som jeg bidrar med kunnskap på et spennende felt.

Jeg har i løpet av dette kapitlet forsøkt å redegjøre for datamaterialet jeg bruker i denne oppgaven, de ulike stadiene av prosjektet, mitt ståsted og noen etiske refleksjoner jeg har hatt underveis. I datamaterialet mitt finnes det grunnlag for å analysere andre tema med andre metoder, og å bruke materialet på andre måter. Valgene mine har vært påvirket av hva som er realistisk å gjennomføre innenfor rammene av en masteroppgave, og materialet mitt har vært omfattende, om ikke på grensen til avskrekkende når jeg inkluderer høringsinnspillene. Avgrensningen av prosjektet har vært vellykket – jeg har tross alt gjennomført det – selv om jeg skulle ønske jeg kunne ha undersøkt og diskutert noen ting nærmere. Slik tror jeg det er for de fleste.

## 4 Kjønnets byggeklosser

I dette kapitlet starter jeg arbeidet med å analysere Helsedirektoratets retningslinje for kjønnsinkongruens, som jeg forstår som et uttrykk for en diskurs som har oppnådd dominans (Bratberg, 2017, s. 50). Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for kjønnsinkongruens er en artikulering av en spesifikk forståelse av at individer kan få behov for helsehjelp som et resultat av kjønn, og en forståelse av når og hvordan kjønn blir problematisk nok til å måtte behandles. Når jeg bruker begrepet problem i analysekapitlene benytter jeg meg av Carol Bacchis definisjon, hvor et problem er den implisitte forståelsen av hva som burde endres, spesifikt lokalisert i problemrepresentasjonene man finner i politikk (Bacchi, 2009, s. xi). Utfra dette formuleres forskningsspørsmålet for dette kapitlet: *Hvordan blir kjønn problematisk, og når blir individer i behov for helsehjelp?*

Kapitlet er delt inn i tre hoveddeler, basert på Carol Bacchis WPR-tilnærming. Kapitlet starter med en utgreiing av tiltakene retningslinjen legger frem. Denne gjennomgangen utgjør grunnlaget for den videre analysen. Tiltakene i retningslinjen forstår jeg som løsninger, hvor en forståelse av hva som er problemet ligger implisitt i tiltakene. Jeg kategoriserer disse tiltakene inn i fire kategorier: kunnskap, sosialt liv, psyke og identitet, og til slutt kropp. I den andre delen analyserer jeg frem problemforståelser i retningslinjen med utgangspunkt i tiltakene, før jeg til slutt ser på hvilke grunnleggende forståelser om kjønn problemrepresentasjonene er bygget på.

Helsedirektoratets retningslinje for kjønnsinkongruens beskriver i de tre første kapitlene hva helsehjelpen til personer med kjønnsinkongruens skal innebære. Helsehjelpen inkluderer utredning, behandling og oppfølging. Retningslinjen beskriver også organiseringen og funksjonsfordeling av oppgaver. Ansvar fordeles mellom kommunale, regionale og høyspesialiserte nasjonale instanser. Hele retningslinjen har et uttalt mål om en desentralisering av helsetilbudet, og å «dempe eller å fjerne smerten, ubehaget og plagene, og fremme en trygg identitet» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 3) for pasienter. Noen prinsipper i dette arbeidet er å ivareta individuelle behov, livskvalitet og pasientmedvirkning. Samtidig skal indikasjoner, kontraindikasjoner og risikofaktorer avklares (Helsedirektoratet, 2020b, s. 24). I kapittel 4 og 6 presenterer retningslinjen det nåværende kunnskapsgrunnlaget, og oppgir noen grunnleggende tema helsepersonell skal ha kunnskap om. Retningslinjen legger også frem måter å styrke det generelle kunnskapsgrunnlaget fremover, og nevner spesifikke områder som kunnskap burde utvikles på.

### 4.1 Helsedirektoratets tiltak

I denne delen skal jeg gi en oversikt over tiltakene som er beskrevet i retningslinjen. God innsikt i innholdet i retningslinjen er grunnlaget for den videre analysen, og jeg vil derfor gi en systematisk gjennomgang av tiltakene og kategorisere disse. Retningslinjen beskriver to hovedområder for behandling for personer med kjønnsinkongruens. Disse er psykososiale tilbud og kjønnsbekreftende behandling. Kort oppsummert er psykososiale tiltak innrettet mot psyken og det som befinner seg utenfor kroppens grenser, mens kjønnsbekreftende behandling er tiltak som påvirker kroppen.

Psykososiale tiltak beskrives som lavterskeltilbud, og tilbys gjerne på kommunalt nivå. Tilbudet består i stor grad av samtaler mellom helsepersonell og pasienten, eller pårørende. Grupper for pårørende eller likepersoner er også et psykososialt tiltak. Samtalene er en arena for å diskutere utfordringer personer har knyttet til kjønnsinkongruens, og for helsepersonell å gi støtte og veiledning (Helsedirektoratet, 2020b, s. 38).

Kjønnsbekreftende behandling består av hjelpemidler og behandlingshjelpemidler. Disse er gjerne kosmetiske eller reversible tilbud som proteser, stemmetrening og hårfjerning. Medisinsk kjønnsbekreftende behandling er en underkategori, og omfatter hormonbehandling og kirurgi. Kroppslige tiltak for pasienter varierer i lokalisasjon på kroppen og grad av irreversibilitet. Det er også forskjell på tilbudet til barn og voksne.

Under disse hovedområdene finnes det flere spesifikke tiltak. Som en innledning til analysen presenterer jeg en kategorisering av tiltakene. Hensikten med dette er å kunne vise hvordan Helsedirektoratets problemrepresentasjon av kjønnsinkongruens er flersidig, og knyttes til ulike aspekter ved pasientens opplevelser. I tillegg bidrar en slik kategorisering til en oversikt over tiltakene, som danner fundamentet for resten av analysen. Jeg har identifisert fire kategorier på tvers av hovedområdene psykososiale tilbud og kjønnsbekreftende behandling. Kategoriene er *Kunnskap*, *Sosialt liv*, *Psyke og identitet*, og til slutt *Kropp*. Disse er basert på min kvalitative koding av datamaterialet i starten av analysen.

Jeg har gjort kategoriseringen med utgangspunkt i hva tiltakene virker på. Noen tiltak, slik som veiledning og støtte til pasientens familie, har som hensikt å forebygge psykisk uhelse hos personer med kjønnsinkongruens (Helsedirektoratet, 2020b, s. 9). Dette tiltaket kan i utgangspunktet havne både under kategorien Sosialt liv og Psyke og identitet, siden det jobbes med pasientens sosiale krets, mens effekten sees i positiv endring i sosiale relasjoner og personers psyke. Siden min kategorisering tar utgangspunkt i hva det arbeides på, og ikke hvor effekten er lokalisert, blir resultatet at veiledning og støtte til pårørende havner under «Sosialt liv».

Videre skal jeg presentere hver av de fire kategoriene enkeltvis: Kunnskap, Sosialt liv, Psyke og identitet, og til slutt Kropp. Jeg beskriver hvilke tiltak som befinner seg innenfor hver kategori, og presenterer min tolkning av disse.

#### 4.1.1 Kunnskap

Retningslinjen legger frem flere tiltak som skal bidra til å øke kunnskapsnivået om kjønnsinkongruens og relaterte tema. Helsepersonell driver med det jeg anser som informasjonsarbeid i pasienters sosiale nettverk. Spesielt hos barn skal helsepersonell stå for opplæring av sentrale personer på skolen og i barnehagen. Målet med dette informasjonsarbeidet er å forbedre det sosiale livet til personer med kjønnsinkongruens. I tillegg skal helsepersonell gi pasienter informasjon om behandlingsmuligheter, risikoer og forventede resultater. Retningslinjen sier også at alt helsepersonell burde få økt kompetanse om og opplæring i kjønnsbekreftende behandling, ikke bare de som skal være spesialister.

Det sier seg selv at helsepersonell må ha nødvendig kompetanse for å gjøre en tilfredsstillende jobb med informasjonsarbeid og videreformidling av kunnskap. Sitatet under viser noen tanker om helsepersonells rolle og påvirkningskraft. Ved å bruke Bacchis repertoar blir kravene som stilles til helsepersonell løsninger på implisitte problemer. Det implisitte problemet her er manglende kunnskap om kjønnsinkongruens

hos helsepersonell og nettverk. Dette antas å føre til negative holdninger mot personer med kjønnsinkongruens. Ved å løse problemet med manglende kunnskap vil retningslinjen unngå negative holdninger og heller skape positive holdninger.

Det aller viktigste for helsepersonell er en åpen holdning, anerkjennelse og vilje til å skaffe seg kunnskap. I yrkesutøvelsen kan helsepersonell bidra med å spre kunnskap og positive holdninger til kjønns mangfold i samfunnet og hjelpe voksne, barn og ungdom til å utvikle identitets stolthet. Det avgjørende er at helsepersonell som skal hjelpe har tilstrekkelig kompetanse på kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønns mangfold, og at hjelpen finnes i nærheten av hjem og skole. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 37)

Retningslinjen gir et innblikk i hva Helsedirektoratet mener helsepersonell burde ha kompetanse om. Et krav om kunnskap er et uttrykk for en oppfatning av hva som er relevant for løse et problem. Formulert i tråd med WPR-tilnærmingen kan man si at kunnskapskravet er en løsning på et implisitt problem. Så hva er det helsepersonell skal kunne noe om?

Retningslinjen sier at alle tjenestenivåer bør ha kunnskap om «ulike kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk, flerkulturell forståelse og minoritetsstress» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 36), i tillegg til tilbudene som er tilgjengelig for barn, unge og voksne med kjønnsinkongruens. Kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, binær og ikke-binær kjønnsidentitet, minoritetsstress, kjønnsbekreftende helsehjelp og sexologisk kompetanse og kunnskap er i retningslinjen definert som grunnleggende tema (Helsedirektoratet, 2020b, s. 37–38). Dette er omfattende og komplekse tema som blir definert som grunnleggende, med en forventning om at alt av helsepersonell skal ha kunnskap om disse. Hvorfor stiller retningslinjen såpass høye krav til helsepersonells kompetanse? Jeg identifiserer at retningslinjen setter opp en sammenheng mellom helsepersonells kunnskap og pasienters livskvalitet og levekår (Helsedirektoratet, 2020b, s. 37). Sitatet under viser hvordan et høyt kunnskapsnivå kobles direkte til en forsvarlig behandlingsprosess for pasienter, og dermed kvaliteten av behandlingen og pasienters livskvalitet. Dette forstår jeg som en viktig grunn bak forslaget om kompetanseheving som tiltak.

Det er nødvendig at helsepersonell har oppdatert kompetanse om kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnsbekreftende behandling. Med styrking av kunnskapsbasert kompetanse kan helsepersonell gi omsorgsfull og faglig forsvarlig utredning, behandling og oppfølging, fortrinnsvis i tverrfaglige team. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 36)

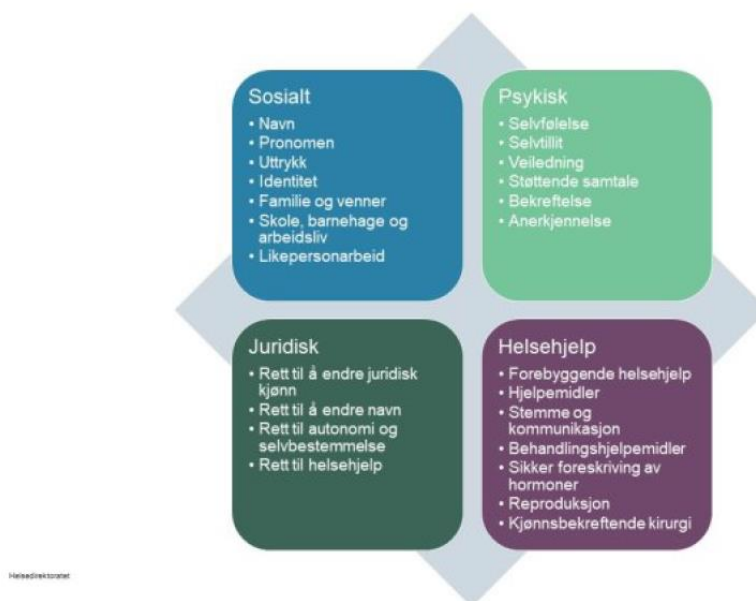
Helsedirektoratet anbefaler at forskning og kunnskapsgrunnlaget rundt kjønnsinkongruens generelt bør styrkes, og at helsepersonell burde få økt kompetanse for å kunne gi best mulig behandling til pasientene. Dette skal de få gjennom å delta i systematisk veiledning, faglige nettverk og kompetansehevende tiltak. Spesifikke kompetansehevende tiltak er opplæring, veiledning, fagnettverk, og utarbeiding av informasjon gjennom forskning og fagutvikling. Opplæringstilbudene skal utvikles i samarbeid med fagorganisasjoner, fagmedisinske foreninger og fagmiljøer (Helsedirektoratet, 2020b, s. 38).

Min tolkning basert på tiltakene i kategorien Kunnskap er at retningslinjen ser en sterk sammenheng mellom personers kunnskapsnivå og holdninger, hvor høyt kunnskapsnivå fører til positive holdninger, og omvendt. I og med at Helsedirektoratet ønsker å tilby forsvarlig behandling, er det naturlig at de ønsker å tilby kompetansehevende tiltak.

### 4.1.2 Sosialt liv

Tiltak innenfor kategorien Sosialt liv definerer jeg som de som gjør endringer i en persons sosiale nettverk eller måten de samhandler med andre. Dette vil si både hvordan omgivelsene møter personer med kjønnsinkongruens, men også hvordan de oppfører seg i møte med andre.

Kapittel 3 i retningslinjen, «Utredning, behandling og oppfølging», har en figur som viser områder i helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens. Under tittelen «Sosialt» er underpunkter som «Familie og venner» og «Skole, barnehage og arbeidsliv» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 25). For meg representerer disse punktene en forståelse av hva som er sentrale arenaer i en persons sosiale liv. I tillegg finner man punkter som navn, pronomen, uttrykk og identitet. Dette er faktorer som kommer til syne og brukes i sosiale situasjoner.



Områder som inngår i helhetlig tilbud til personer med kjønnsinkongruens

**Figur 1:** Oversikt over områder som inngår i helhetlig tilbud til personer med kjønnsinkongruens. Fra Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens, av Helsedirektoratet, 2020, s. 25.

I tiltakene for pasienters sosiale liv er det et tydelig skille mellom barn og voksne. De fleste tiltakene jeg finner er ment for barn og unges nettverk, i form av foreldre/foresatte, familie, venner, barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Helsedirektoratet er også tydelig om hvorfor disse tiltakene tilbys.

Kunnskapsgrunnlaget for å tilby barn/unge med kjønnsinkongruens og deres familier psykososial støtte og rådgivning viser at dette gir en bedring av mental helse og velvære (7). [...] Støttende omsorg er en viktig oppgave i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 30)

Sitatet ovenfor viser til forskning som grunnen til at ikke bare barnet selv, men også familien, skal få støtte og rådgivning. Dette er forebyggende og fører til redusert sjanse for mentale problemer senere i livet hos barnet. Når det kommer til hvordan støtte og rådgivning til familier og nettverk skal foregå, finner jeg mest informasjon i et delkapittel

om behandlingstilbudet til barn og unge. Sitatet under viser det første av fem punkter under «Praktiske og generelle råd til helsepersonell».

Helsepersonell med omsorgsfull, aksepterende og anerkjennende kommunikasjon støtter foreldre/foresatte. På denne måten bidrar helsepersonell til at foreldre/foresatte lettere aksepterer barnets utvikling. Helsepersonell bidrar også med hjelp og støtte til barnets nettverk: venner, barnehage/skole og fritidsaktiviteter med informasjon, kunnskap og positive holdninger til kjønns mangfold. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 10)

Dette sitatet sier meg at det ikke bare er barn med kjønnsinkongruens som trenger støtte og omsorg fra helsepersonell, men også deres pårørende. Som tidligere nevnt, er barns opplevelse av aksept fra familien viktig for forebyggingen av mentale problemer. Retningslinjen sier at helsepersonell kan gjøre det lettere for foreldre å akseptere barnets utvikling. Jeg tolker formuleringen som at aksept kan være vanskelig eller utfordrende for pårørende å gi. Kjønnsinkongruens og brytning med kjønnsnormer kan altså være en utfordring for omgivelsene. Samtidig har holdningene til omgivelsene stor påvirkningskraft på personers mentale helse og velvære. Informasjon, kunnskap og positive holdninger til kjønns mangfold er i sitatet presentert som løsningen på problemet med aksept. Jeg ser det slik at målet med tiltaket er å tilrettelegge for aksept av barn og unge med kjønnsinkongruens, gjennom helsepersonells informasjonsarbeid i barn og unges nettverk.

Når det kommer til voksnes nettverk, finner jeg mindre informasjon om tiltak. Det jeg finner er at retningslinjen forbigående nevner tiltak på arbeidsplassen. Da den ikke går nærmere inn på hvordan dette skal gjøres, er det heller ikke tydelig hvilket ansvar helsepersonell har. Slik jeg ser det havner voksnes sosiale arena utenfor helsepersonells ansvarsområde. Her finner jeg en kontrast til arbeidet med barns sosiale liv, hvor helsepersonell har ansvar for å tilrettelegge for at nettverket støtter barnets identitet og kjønnsuttrykk.

Dette er spesielt tydelig når retningslinjen sier at barn og deres pårørende skal få opplæring i sosiale normer, ved å lære «strategier for atferd og sosialt samspill ved behov» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 10). Voksne personer med kjønnsinkongruens må selv ta ansvar for denne sosiale opplæringen, og for å finne aksept i deres sosiale nettverk. Dette kan reflektere en antakelse om at omgivelsenes holdninger har mindre påvirkningskraft på voksnes mentale helse, eller at de er i stand til å velge sine omgivelser i større grad enn barn er.

#### 4.1.3 Psyke og identitet

Tiltakene i denne kategorien har som mål å forbedre pasienters psyke, gjerne ved å støtte deres identitet. Det finnes tiltak under Sosialt liv som har som *mål* å motvirke problemer med psyke og identitet, men som nevnt tidligere er forskjellen at disse forsøker å gjøre dette gjennom endringer i personers sosiale liv. Tiltakene i denne kategorien forsøker å arbeide direkte med psyke og identitet. Tiltakene i retningslinjen som vil gjøre noe med pasientens psyke eller identitet er beskrevet som lavterskeltilbud, og består for det meste av støtte og veiledning i form av samtaler. I Figur 1 inngår veiledning, støttende samtaler, bekreftelse og anerkjennelse i tiltak som bidrar til selvfølelse og selvtillit hos personer med kjønnsinkongruens. Dette reflekteres også i retningslinjens beskrivelse av behandling av barn:

Helsepersonell bidrar til et positivt selvbilde, en god selvfølelse og stolthet hos barnet/ungdommen ved å akseptere barnet/ungdommen slik det uttrykker seg og ønsker å være. Helsepersonell hjelper barn og ungdom til å utvikle stolthet over kjønnsidentiteten



sin, samt støtter beslutningen om å leve ut kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 10)

Sitatet ovenfor og *Figur 1* viser hvordan målet ikke bare er å unngå negative følelser, men å bringe frem følelser av stolthet og selvtillit hos personer med kjønnsinkongruens. En støttende og aksepterende holdning fra omgivelsene er tiltak som direkte bidrar til dette. Som beskrevet tidligere i kapittelet vil støtten fra omgivelsene i noen tilfeller være et resultat av helsepersonells informasjonsarbeid og støtte til pasienters pårørende og nettverk.

Retningslinjen gir konkrete anbefalinger til helsepersonell om hva de kan gjøre for å støtte personers kjønnsidentitet. Disse anbefalingene representerer en forståelse om hva anerkjennelse og bekreftelse er. Disse tiltakene består av å følge pasientens ønske om navn, pronomen og betegnelse på kroppsdeler, og til en viss grad journalføre disse. I tillegg blir de anbefalt å vise ekstra hensyn under kroppsundersøkelser, ettersom dette kan være vanskelig for pasienten. Jeg tolker disse spesifikke tiltakene som et uttrykk for at retningslinjen ønsker at pasienter skal ha positive møter med helsepersonell.

Til nå har jeg diskutert tiltak som tar utgangspunkt i støtte og forebygging. Hva skjer i tilfeller hvor personer har psykiske lidelser? I sitatet under er retningslinjen tydelig om at kjønnsinkongruens ikke er en grunn for henvisning til spesialisthelsetjenesten, siden det ikke er klassifisert som en psykisk lidelse. Psykiatrisk utredning skal heller ikke være en forutsetning for å få kjønnsbekreftende behandling. Det vil si at henvisning til instanser som behandler psykiske lidelser bare skal skje dersom det er aktuelt for den individuelle pasienten, og ikke som et automatisk ledd i behandling for kjønnsinkongruens.

Kjønnsinkongruens er ikke en psykisk lidelse, men en tilstand som kan medføre behov for helsehjelp av både medisinsk og psykologisk art. Ikke alle personer som opplever kjønnsinkongruens har behov for psykisk helsehjelp. Psykiatrisk/psykologisk utredning er ikke en betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 24)

For meg er dette en tydelig ansvarsfordeling. Helsepersonell i kontakt med personer med kjønnsinkongruens har ikke ansvaret for å behandle psykiske plager. Dette ansvaret ligger hos spesialisthelsetjenesten. Retningslinjens tiltak sier at helsepersonell skal støtte opp under pasientens kjønnsidentitet og bidra til en sunn mental helse. Dermed er deres ansvar å forebygge psykiske lidelser og promotere god mental helse, ikke å behandle.

#### 4.1.4 Kropp

Den siste kategorien består av tiltak som har til hensikt å påvirke den fysiske kroppen. Blant tiltakene identifiserer jeg en indirekte gradering etter hvor inngripende behandlingsmetodene oppfattes å være, samt grad av irreversibilitet. Tiltak som er lite inngripende og fullstendig reversible er definert som lavterskel i retningslinjen, og behandling som er inngripende og irreversibel må utføres av spesialister. Dette betyr at noen tiltak stiller høyere krav til kompetansen og ferdighetene til de som utfører behandlingen. Dette gjelder spesielt behandling som har varig effekt på kroppen. All behandling innebærer en risiko, og jo høyere risiko, jo større er kravet til forsiktighet.

Hjelpemidler er tiltaket i kategorien kropp som er ansett som minst inngripende. Karakteristikk ved hjelpemidler er at de er ikke-medikamentelle og definert som lavterskel, fordi de er reversible og assosieres med lav risiko for bivirkninger. Min tolkning av sitatet under er at målet med å tilby hjelpemidler er symptomlindring, og å gi pasienter muligheter til å prøve ut kjønnsuttrykk på en reversibel og dermed trygg måte.

For enkelte personer med kjønnsinkongruens kan ikke-medikamentelle tiltak som hjelpemidler og behandlingshjelpemidler være tilstrekkelig symptomlindring. God tilgang på hjelpemidler kan gi mulighet for å teste ønsket kjønnsuttrykk før eventuell kjønnsbekreftende medikamentell eller kirurgisk behandling. Hjelpemidler er lavterskeltilbud uten kjente negative effekter. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 15)

De spesifikke hjelpemidlene beskrevet i retningslinjen er parykk, erigert penisprotese, brystprotese, og stemmetrening hos logoped. Jeg forstår disse tiltakene som i stor grad kosmetiske, og ser at de ikke endrer den fysiske kroppen. Behandlingshjelpemidler er hakket mer inngripende, ettersom de i større grad skal forme eller være tettere på kroppen, men er også reversible. Disse er vaginalblokker/dilator, kompresjonsvest/binder, ikke-erigert penisprotese og hårfjerning<sup>8</sup> (Helsedirektoratet, 2020b, s. 16). Hjelpemidler og behandlingshjelpemidler er begge omtalt som kjønnsbekreftende behandling i retningslinjen.

Hormoner og kirurgi krever spesialistbehandling og er definert som medisinsk kjønnsbekreftende behandling. I retningslinjen omtales dette som kroppsjusterende behandling, med en implisitt betydning av at disse er mulig *varige* justeringer. Kjønnsbekreftende behandling som hårfjerning er, i mine øyne, rent definisjonsmessig også kroppsjusterende, men i retningslinjen blir denne betegnelsen reservert for justeringer av mer varig karakter. Av hormoner er pubertetsutsettende hormoner det eneste alternativet som er tilgjengelig for unge før pubertetsstart, mens feminiserende og maskuliniserende hormonbehandling kun er tilgjengelig tidligst etter fylte 16 år.

Kirurgi er oppdelt i det som gjøres på primære kjønnskarakteristikker på en side, og sekundære på den andre. Ifølge retningslinjen skal det på regionalt nivå utføres kirurgi på sekundære kjønnskarakteristika, herunder fjerning eller konstruksjon av bryster. Dette er annerledes for kirurgi på primære kjønnskarakteristikker, som fjerning og konstruksjon av penis og vagina. Denne typen kirurgi anses å være så inngripende og irreversibel som behandlingen kan bli – og må dermed utføres ved høyspesialisert instans. Retningslinjen «omfatter i liten grad detaljerte anbefalinger om den kliniske tilnærmingen i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging av medisinske og/eller kirurgiske intervensjoner eller tiltak» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 48). Det er altså ikke gitt instruksjoner om hvilke metoder eller teknikker som skal benyttes under inngrepene, men jeg vil nevne at det er flere metoder og teknikker som kan benyttes for inngrepene.

Jeg har presentert kirurgiske inngrep som er inkludert i retningslinjen, men disse er ikke uttømmende for kirurgi som kan være ønsket av personer med kjønnsinkongruens. World Professional Association for Transgender Health (WPATH)<sup>9</sup> publiserer Standards of Care for behandling av personer med kjønnsinkongruens. Standards of Care skal gi klinisk veiledning til helsepersonell, med mål om at pasienter skal få «trygge og effektive veier til å oppnå varig personlig komfort med deres kjønnede selv, for å maksimere generell helse, psykologisk velvære og selvrealisering» (Egen overs. WPATH, 2012, s. 1).

---

<sup>8</sup> Vaginalblokkere eller dilatorer brukes i etterkant av kirurgisk vaginalkonstruksjon for å sikre at vagina ikke lukker seg. Disse brukes også av personer født med vagina. Kompresjonsvester, også kalt bindere, er plagg som brukes for å gi inntrykk av flatere brystkasse. Ikke-erigerte penisproteser, «packers» på engelsk, gir et visuelt inntrykk av penis, og noen gir brukeren muligheten til å stå og urinere. Disse plasseres i spesiallaget undertøy med lommer til protesen, eller festes midlertidig til kroppen med for eksempel stropper.

<sup>9</sup> WPATH er en tverrfaglig ideell organisasjon med mål om å «promotere evidensbasert behandling, undervisning, forskning, offentlig politikk, og respekt innenfor transeksuell helse» (Egen overs. WPATH, 2021).

I den syvende, og nyeste, versjonen av Standards of Care er det nevnt flere typer kirurgi som ikke er inkludert i retningslinjen. Disse er feminiserende ansiktskirurgi, fettsuging, fettransplantasjon, skjoldbruskreduksjon, seteplastikk, hårtransplantasjon, stemmekirurgi, og «diverse estetiske inngrep» (Egen overs. WPATH, 2012, s. 57). Det at disse ikke finnes i retningslinjen viser at det på et tidspunkt har blitt foretatt en sortering av kjønnsbekreftende behandling, og noe har da blitt sortert ut. Dette betyr ikke at Helsedirektoratet er uvitende om at personer med kjønnsinkongruens kan være interesserte i disse inngrepene. Mine antakelser er at dette handler om forståelser om hva som er rent estetisk og kosmetisk og dermed skal dekkes av privatpersoner, og hva som forstås som helsehjelp og dermed delvis eller fullstendig kan dekkes av offentlige støtteordninger.

I tillegg til de ovennevnte er andre kroppslige tiltak tilgang på å lagre kjønnsceller for assistert befruktning og samtaler med fastlege om behov for screeningundersøkelser. Det første tiltaket begrunnes med at hormonbehandling medfører en sjanse for infertilitet. Det andre tiltaket nevnes fordi automatisk innkalling til screeningundersøkelser til for eksempel brystkreft er basert på juridisk kjønn. Personer som har endret juridisk kjønn vil da ikke få innkalling eller påminnelser om disse, selv om de kan ha organer med behov for medisinsk oppfølging og undersøkelse (Helsedirektoratet, 2020b, s. 6).

## 4.2 Kjønn til besvær

Jeg har til nå brukt kapittelet for å gi en gjennomgang av tiltakene i retningslinjen, og har presentert min firedelte kategorisering av tiltakene. I tråd med WPR-tilnærmingen har jeg funnet *løsningene* i politikken. Neste steg er å finne problemene som er implisitt i disse løsningene. Det neste spørsmålet jeg stiller i denne analysen er dermed: hvordan representeres problemet med kjønnsinkongruens? For å svare på dette tar jeg utgangspunkt i tiltakene jeg har presentert, og bruker WPR-tilnærmingen for å analysere frem hvordan retningslinjen representerer problemet gjennom disse. Jeg vil se på hvordan kjønnsinkongruens som problem ikke er entydig, men blir problematisk på forskjellige måter.

Helsedirektoratets uttalte mål med behandlingstilbudene er å motarbeide psykisk smerte og ubehag og fremme en trygg identitet (Helsedirektoratet, 2020b, s. 3). På overflaten blir problemet en *usunn* kjønnsinkongruens, karakterisert av negative symptomer. I denne delen av kapittelet tar jeg analysen av problemet til et dypere nivå ved å finne problemrepresentasjonen som ligger implisitt i løsningene.

Slik jeg ser det, er ikke hensikten med tiltak for pasients psyke og identitet å endre identiteten. Istedenfor forsøker behandlingen å styrke pasientens kjønnsidentitet, som noe som allerede er der. Pasienter skal ikke bare være komfortable, de skal oppleve stolthet. Løsningen, for å bruke Bacchis repertoar, er å støtte pasientens beslutning om å leve ut sin kjønnsidentitet. Det er flere måter dette kan gjøres på, for eksempel ved å tilrettelegge for aksept fra omgivelsene, og å respektere pasientens navn og pronomen. Det implisitte problemet er mangel på alt dette, og at personer med kjønnsinkongruens ikke finner bekreftelse av sin identitet i sine omgivelser. Dette reflekteres i sitatet under, hvor motpolen til aksept er ulike former for diskriminering. Merk at diskriminering i dette tilfellet er et ekstremt ytterpunkt av problemet, og at manglende forståelse også er et hinder for aksept, og derfor et problem.

Personer som av ulike grunner bryter med samfunnets normer for kjønn er særlig utsatt for trakassering, overgrep, vold, stigmatisering og diskriminering (1;2). Det er også påvist en

manglende forståelse for personer med kjønnsinkongruens både blant helsepersonell og generelt i samfunnet (3). (Helsedirektoratet, 2020b, s. 4)

Tiltakene i kategorien Sosialt liv har som mål å få omsorgspersoner i barnets liv til å akseptere barnets kjønnsinkongruens. Igjen er det mangel på støtte og aksept som er problemet, spesielt hos foreldre og foresatte. Barnehage og skole er også mulige arenaer for tiltak, og dermed også problemer. Helsepersonell driver informasjonsarbeid hos de som omgås barnet for å øke kunnskapen, og det er antatt at dette fører til økt forståelse og aksept. Jevnaldrende venner nevnes også, men retningslinjen legger mer vekt på tiltakene for voksne. Dette betyr at det er spesielt problematisk dersom omsorgspersoner ikke viser aksept for barn med kjønnsinkongruens.

Det er varierte tiltak som kan justere kroppen. Retningslinjen uttrykker et ønske om å starte med lavterskel behandling for å støtte opp under identiteten. Dette er ikke alltid nok til å forbedre en pasients situasjon, og løsningen er da kroppslige tiltak. Dette viser at problemet representeres som å være festet til kroppen, men variasjonen i tiltakene viser at de kan være knyttet til ulike steder.

Kosmetiske hjelpemidler som parykk, stemmetrening, brystprotese, kompresjonsvest og hårfjerning påvirker personers ytre kjønnsuttrykk. Hår, kroppsfasong og stemme påvirker hvordan pasientens ytre tolkes sosialt. Dette gjelder også kjønnsbekreftende behandling som kirurgi og hormoner, hvor sistnevnte er delt opp i feminiserende og maskuliniserende behandling. Retningslinjen setter ikke et standard mål for alle pasienter, men argumenterer for individuelt tilpassede behandlingsløp. Selv om diagnosen kjønnsinkongruens inkluderer ikke-binære kjønnsidentiteter er behandlingen i retningslinjen omtalt på en måte som viser at man enten styrker eller svekker maskuline eller feminine karakteristikk. Kjønnsuttrykk er altså en arena hvor problemer kan oppstå, siden tiltakene har som mål å la personer oppnå et kjønnsuttrykk de er komfortable med.

Jeg identifiserer to hovedproblemer når jeg ser på tiltakene retningslinjen legger frem. Først er det mangel på bekreftelse og aksept. Dette ligger implisitt i løsninger som informasjonsarbeid i personers nettverk, og kompetanseheving hos helsepersonell. Det andre er mangel på samsvar mellom en persons ønsker og deres nåværende situasjon. Jeg skal forklare det siste problemet nærmere.

Kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kroppen er sentrale elementer i retningslinjen. Behandlingsløp skal være individuelt tilpasset, som vil si at forholdet mellom disse elementene kan variere fra person til person. En person som identifiserer seg som kvinne kan for eksempel ha et maskulint kjønnsuttrykk. Veiledning kan endre betydningen av et manglende samsvar mellom foretrukket og nåværende uttrykk, slik at det ikke oppleves like smertefullt for personen. Målet er ikke å endre identiteten fra kvinnelig til mannlig for å «passe» kjønnsuttrykket, men å gjøre opplevelsen av en eventuell dissonans mindre smertefull. Dersom dette ikke lykkes, kan kroppen justeres. Forholdet mellom en persons kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kropp vil da endres. Endringene gjøres alltid med utgangspunkt i en persons egne ønsker, så løsningen blir å etterkomme disse. Det implisitte problemet blir et manglende samsvar mellom nåværende situasjon og ønsket forhold mellom kjønnsidentitet, -uttrykk og kropp.

Individer kan oppleve et manglende samsvar mellom deres kjønnsidentitet og kropp som et problem. Det er viktig for meg å presisere at jeg ikke ønsker å undergrave disse opplevelsene. Denne analysen er et resultat av å bruke Bacchis WPR-tilnærming og hennes spesifikke definisjon av begrepet problem. I denne spesifikke analytiske

konteksten ser jeg at det *ikke* er forholdet mellom kjønnete komponenter som er problemet, for eksempel mellom en maskulin identitet og et feminint uttrykk. Løsningen er å gi personer muligheter til å bestemme selv hvordan deres kropp og kjønnsuttrykk skal justeres. Det implisitte problemet som ligger i denne løsningen er et manglende samsvar mellom hvordan personer *ønsker* at komponentene skal være, og hvordan det oppfattes at de *er*.

### 4.3 Et fragmentert kjønn

I forrige del av kapittelet tok jeg for meg WPR-tilnærmingens første spørsmål: hva er problemet representert som? Jeg fant at problemet er at avstanden mellom en persons ønsker og nåværende situasjon kan oppleves som for stor og skape ubehag. I denne delen skal jeg ta for meg det andre spørsmålet i en WPR-tilnærming: hvilke forutsetninger eller antakelser ligger til grunn for denne problemrepresentasjonen? Målet mitt er å undersøke det konseptuelle grunnlaget i retningslinjen. For å gjøre dette skal jeg se på hvilke virkelighetsforståelser som settes i spill for at problemrepresentasjonen skal kunne gi mening. Hvilken forståelse av kjønn bygger opp under problemet med manglende samsvar mellom ønske og situasjon?

Tidlig i retningslinjen slår Helsedirektoratet fast at diagnosen kjønnsinkongruens forstås som «et manglende samsvar mellom et individs opplevde/uttrykte kjønn og kjønnskategori tildelt ved fødsel» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 3). En persons uttrykte kjønn, kjønnsidentitet og den fysiske kroppen kan havne i uoverensstemmelse med hverandre. Jeg vil argumentere for at idéer om samsvar, og mangel av dette, krever at man opererer med separate enheter. Som et resultat må kjønn være et overordnet fenomen, sammensatt av separate enheter. En forutsetning for all diskusjon om inkongruens er et skille mellom komponenter.

Sitatet under viser diagnosebeskrivelsen for kjønnsinkongruens. I denne, og resten av retningslinjen, identifiserer jeg tre viktige komponenter av kjønn: kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kroppen.

Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder karakteriseres av en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn og tildelte kjønn, som ofte leder til et ønske om et «skifte», for å leve og bli akseptert som en person av det opplevde kjønn, gjennom hormonbehandling, kirurgi eller annen helsehjelp for å få kroppen til å samsvare, så mye som ønskelig og i den utstrekning det er mulig, med det opplevde kjønn. Diagnosen kan ikke stilles før starten av puberteten. Diagnosen kan ikke stilles på bakgrunn av oppførsel eller preferanser utenfor normen for det tildelte kjønn alene. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 42)

Sitatet snakker om opplevd kjønn som noe som kan være inkongruent med tildelt kjønn. Gjennom behandling kan kroppen samsvare mer med det opplevde kjønn. Tidligere har jeg brukt begrepet kjønnsidentitet til å referere til det sitatet kaller opplevd kjønn. Jeg vil fortsette å bruke kjønnsidentitet som begrep i denne oppgaven. Kroppen blir nevnt eksplisitt som en komponent som kan endres. Et «skifte» for å leve og bli akseptert som ens opplevde kjønn, innebærer i mine øyne en endring av kjønnsuttrykk.

Sitatet nedenfor reflekterer en generell prioritering i retningslinjen om at behandlingen skal være individuelt tilpasset, og en forståelse for at behovet vil variere fra person til person. Jeg tolker dette som at forholdet mellom komponenter av kjønn ikke er satt. Hvilken behandling som gis, og når, er styrt av behov og varierer derfor fra person til person.

Kjønnsinkongruens har ulike uttrykk og grader. Ubehag og plager er en subjektiv opplevelse og helsehjelpen vil være individuell. Flere vil ha behov for psykososial støtte og veiledning. Noen vil kanskje ha behov for en parykk, eller ønsker å fjerne ansiktshår. Noen har behov for brystproteser, penisprotese, hormonbehandling eller både hormoner og kirurgi. Det kan være pasienter som har et ønske om hjelpemidler og ikke samtidig/senere hormonell eller kirurgisk behandling. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 16–17)

Til nå har jeg to viktige funn som sier meg noe om retningslinjens kjønnsforståelse. Det første er at kjønn er fragmentert i flere komponenter, som har ulike tiltak for å endre dem. Det andre er at disse komponentene ikke har et fast forhold til hverandre. Jeg tolker retningslinjens forståelse av kjønn som et sett med byggesteiner som til sammen utgjør en persons helhetlige kjønnete opplevelse. Steinenes form og størrelse, samt hvordan de burde settes sammen, er i stor grad opp til enkeltindividet å bestemme.

La meg forsøke å presentere en annen illustrerende visuell metafor for hvordan jeg leser retningslinjens kjønnsforståelse. Kjønn som helhetlig fenomen kan illustreres med et koordinatsystem. Kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kropp er komponenter som fritt kan posisjoneres langs aksene. Retningslinjen argumenterer for at det ikke skal være forventninger til hvor langt unna eller nærme hverandre disse komponentene skal være. I teorien skal individer selv få velge fritt, og posisjonen er da bestemt av en persons egne ønsker. For eksempel er det ikke gitt at en person med maskulin kjønnsidentitet skal ha et maskulint kjønnsuttrykk. Det kan fortsatt være forventninger til dette i samfunnet, men mitt inntrykk er at helsevesenet ikke skal la disse forventningene påvirke behandling for kjønnsinkongruens.

For å trekke denne visuelle metaforen lengre vil jeg foreslå at kjønnsforståelsen i retningslinjen innebærer *to* koordinatsystemer. Det første representerer en persons ideelle situasjon, deres ønsker og tanker om hvordan deres helhetlige kjønn *burde* være. Det andre koordinatsystemet representerer personens nåværende situasjon, altså kjønnsuttrykket og kroppen de har. Retningslinjen slår tidlig fast at «utgangspunktet i enhver konsultasjon er pasientens egne opplevelser, behov og preferanser. I praksis betyr det at helsepersonell tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon og ønsker om helsehjelp» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 4). For meg betyr dette at det er det første koordinatsystemet som er rettesnoren i behandlingen, og at det som vektlegges er hvordan posisjonen av komponentene *opplevs*, istedenfor hvor de *er*. Når forskjellen mellom disse to koordinatsystemene er stor, kan det oppleves som problematisk for personen og dermed som en belastning. Dette er den problematiske mangelen på samsvar jeg diskuterte på slutten av *4.2 Kjønn til besvær*.

Helt i starten av dette kapitlet presenterte jeg min firedelte kategorisering av behandlingsmetoder. Ved å ta i bruk denne kan jeg slå fast at problemrepresentasjoner er knyttet til ulike områder. Tiltakene har som mål å endre betydningen av avstanden mellom en persons ønsker og nåværende situasjon. Tiltakene for psyke og identitet skal endre den psykologiske betydningen av inkongruensen mellom to kjønnssituasjoner, den ideelle og den nåværende. Disse tiltakene forsøker ikke å påvirke selve koordinatsystemene, men forsøker heller å endre hvordan disse føles og påvirker individer. Den helhetlige psykologiske opplevelsen personer har av sitt eget kjønn plasseres i sentrum når tiltakene i kategorien Kropp gjør koordinatsystemene mer lik hverandre, ved å justere kroppen og kjønnsuttrykket.

## 4.4 Oppsummering

Ved å kategorisere behandlingstiltak etter hva de skal virke på, er det mulig å se noen forskjeller i hvilken grad de ulike kategoriene er viet oppmerksomhet. Kunnskap er for det meste ment for helsepersonell, og pasienters nettverk – spesielt i tilfeller som gjelder barn og unge. Oppmerksomheten viet til pasienters sosiale liv er også mest relevant for barn og unge. Psyke og identitet er viet mer oppmerksomhet, og retningslinjen nevner flere måter helsepersonell kan være støttende og bekreftende ovenfor pasientens kjønnsidentitet. Til slutt kommer kategorien kropp, som er mest relevant for voksne, og som har en stor mengde mulige tiltak tilgjengelig. I tillegg observerer jeg en forskjell i bruk av behandlingsmetoder for barn og voksne. Dette er et tema jeg kommer tilbake til i kapittel 5.

Min analyse av problemrepresentasjoner i retningslinjen viser at den overfladisk forstår «problemet med kjønnsinkongruens» å være negative symptomer som går utover personers livskvalitet. Ved bruk av WPR-tilnærmingen identifiserer jeg derimot to problemer. Det første er en mangel på bekreftelse og aksept fra omgivelsene for ens identitet og kjønnsuttrykk, og kan tolkes som et sosialt problem. Det andre er noe mer komplisert, og av en personlig art.

Ved å følge Bacchis definisjon av problem ser jeg at problemet i retningslinjen er et manglende samsvar mellom en persons ønsker og realitet. Aspekter ved kjønn kan posisjoneres i relasjon til hverandre på forskjellige måter – det er mulig å ha en maskulin kjønnsidentitet og forvalte kjønnede symboler til et feminint kjønnsuttrykk, selv om dette ikke er i tråd med samfunnets kjønnsnormer. Noen ønsker en posisjonering av kjønnsaspekter som ikke vil oppfattes som «samsvarende» av samfunnet rundt, og kan oppleve sosial sanksjonering som et følge av dette. Samtidig er det som forårsaker negative symptomer og behov for behandling hos personer med kjønnsinkongruens opplevelsen av komponenter av kjønn. Dersom noen ønsker et maskulint kjønnsuttrykk, men er begrenset av en feminint kodet kropp, vil dette manglende samsvaret mellom ønske og realitet kunne føre til ubehag. Dette ubehaget kan igjen føre til et behov for å justere ens kjønnede opplevelse ved behandling.

Det som ligger implisitt i denne forståelsen er at individer skal bestemme sin egen sammensetning av kjønnskomponenter. De bestemmer selv hvor de skal befinne seg mellom maskulint og feminint, eller utenfor skalaen. I retningslinjen ser jeg en forståelse av at alle skal kunne sette sammen kjønnskomponenter mer eller mindre fritt, og bygge sitt eget ideelle hele.

Retningslinjen spesifiserer at kjønnsinkongruens ikke er en sykdom i seg selv, og nevner viktigheten av å unngå sykeliggjøring flere ganger. Samtidig bærer kjønnsinkongruens med seg potensiale for utvikling av negative symptomer, en dysfori, som må behandles. Kjønnsinkongruens bærer altså alltid med seg en risiko for smerte og andre uønskede tilstander. Dette er en motsigelse som ikke blir konfrontert eller løst i retningslinjen. Det samme manglende samsvaret kan lede til gode liv, her forstått som «normale» liv hvor man ikke føler behov for behandling, eller dysfori i form av smerte og ubehag, som må behandles.

Noen typer behandling er sett på som mer inngripende, og denne politikken ønsker å løse problemer først og fremst med lavterskel psykososiale tilbud for å støtte identiteten, spesielt når pasienten er et barn. Personer med kjønnsinkongruens trenger støtte og aksept fra omgivelsene, både forebyggende og for å redusere negative symptomer.

Bacchis WPR-tilnærming lar forskeren lete etter implisitte problemforståelser og underliggende forestillinger. Min analyse av Helsedirektoratets retningslinje viser at det er personers idéer om seg selv som blir utgangspunktet i behandlingen. Deres måte å sette sammen komponenter på blir rettesnoren for behandlingen. Når identiteten og personers selvforståelse bestemmer, resulterer dette i at kroppen må justeres for å bli i tråd med personens visjon av seg selv. Et annet spørsmål i Bacchis WPR-tilnærming undersøker hva som blir tatt for gitt. I retningslinjen ser det ut til å være tatt for gitt at individet bestemmer sammensetningen av deres kjønnskomponenter. Individets idéer får forrang foran kroppen. Neste kapittel skal ta for seg nettopp dette, ved å analysere antakelser som tas for gitt og i stor grad forblir uproblematiskert i retningslinjen.



## 5 Tausheten rundt identitet og samfunn

I forrige kapittel analyserte jeg frem hvordan Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for kjønnsinkongruens representerer problemet med kjønnsinkongruens, og hvilken underliggende kjønnsforståelse som ligger i denne representasjonen. I det forrige og dette kapitlet bruker jeg Carol Bacchis definisjon av begrepet problem, som den implisitte forståelsen av hva som burde endres, spesifikt slik man finner dem i problemrepresentasjoner i politikk (Bacchi, 2009, s. xi). Målet med dette kapitlet er å analysere frem forestillinger om kjønn som blir tatt for gitt i retningslinjen. For å gjøre dette tar jeg utgangspunkt i det fjerde spørsmålet i en WPR-tilnærming: Hva forblir uproblematiskert med denne problemrepresentasjonen? Hva er taushetene? Problematisering er en prosess hvor noe gjøres til et problem. For å representere et problem på en spesifikk måte må det forenkles. Virkeligheten destilleres ned til et budskap som kan brukes politisk. Dette betyr at problemrepresentasjoner alltid vil ha begrensninger, ettersom noe har blitt utelatt (Bacchi, 2009). Noen perspektiver, erfaringer eller forståelser blir utelatt, og dermed tause.

Retningslinjen er et dokument som foreslår ulike behandlinger, eller endringer, og i forrige kapittel kategoriserte jeg tiltak inn i fire områder utfra hva de virker på. I prosessen med å velge hva som skal behandles, og dermed hvor problemet ligger, har noe blitt sortert ut og utelatt. Noen faktorer skal ikke behandles, og det er i disse jeg finner tausheten. Derfor definerer jeg i denne oppgaven «taushet» som det retningslinjen velger å ikke behandle, altså det som ikke skal endres. Forskningsspørsmålet i dette kapitlet blir som følger: *Hva blir tatt for gitt i retningslinjen, og forblir dermed uproblematiskert og taust?*

For å svare på forskningsspørsmålet returnerer jeg til behandlingstiltakene som ble beskrevet i kapittel 4. Først skal jeg undersøke prioriteringen av ulike behandlingsmetoder, og hva denne baseres på. Her ser jeg etter implisitte rangeringer av deler av kjønn. Deretter sammenlikner jeg behandlingen for voksne med behandlingen for barn og unge. Til slutt diskuterer jeg to sentrale funn. Det første er at identiteten får forrang, og det andre er at behandlingen er preget av et individualistisk perspektiv.

### 5.1 Rangering av behandlingsmetoder

Retningslinjen sier eksplisitt at det er pasientens ønsker og opplevelser som skal være rettesnoren for behandlingen. Dette snakket jeg litt om i forrige kapittel, men her ønsker jeg å benytte sjansen til å se nærmere på hva dette betyr. Sitatet under representerer noen tanker om hva som skal få presedens i behandlingen. Helsepersonell skal ta utgangspunkt i pasientens opplevelse og ønsker. Pasientens selvoppfattelse og opplevelse av egen situasjon og behov, kombinert med deres ønsker, anser jeg som å utgjøre en del av deres identitet. Dette vil si at all behandling skal ta utgangspunkt i pasientens identitet, altså deres ønsker og oppfatninger. Identiteten får presedens i behandlingen.

Utgangspunktet i enhver konsultasjon er pasientens egne opplevelser, behov og preferanser. I praksis betyr det at helsepersonell tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon og ønsker om helsehjelp. Personer med kjønnsinkongruens opplever ofte

manglende samsvar mellom sin egen kjønnsidentitet og samfunnets forventninger til kjønnsuttrykk. En konsultasjon uten moralske eller andre forutinntatte holdninger og forventninger om hvordan en person fremstår, er et godt utgangspunkt for en dialog om kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 4)

I den eksplisitte oppfordringen om å prioritere pasientens opplevelse ligger det en implisitt forståelse om at det er pasienten selv som vet best, og dermed har autoritet når det kommer til bestemmelser om kjønn. Ifølge retningslinjen kan personers oppfattelse av seg selv komme i konflikt med samfunnets normer og forventninger til kjønnsuttrykk. Jeg tolker at denne konflikten er problematisk, spesielt dersom helsepersonell tar med seg disse forventningene inn i behandlingen. Dette ser jeg i siste delen av sitatet, hvor det sies at konsultasjoner *burde* være uten «forutinntatte holdninger». Dette vil si at de kan være, og sikkert i noen tilfeller er, preget av disse, og at dette ikke er ønskelig.

Hva er det da som blir tatt for gitt? Å svare på dette spørsmålet krever at man ser på problemet fra et annet perspektiv. Et lite tankeeksperiment jeg har hatt god nytte av for å sette i gang denne prosessen, er å snu hele problemet på hodet. Sitatet ovenfor viser at hvert individ forstås som autoriteten på eget kjønn, og bestemmer selv hva forholdet mellom deres kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk skal være. Så snur vi dette på hodet. Hva om pasienten *ikke* var autoriteten? Hva om helsepersonell, og dermed behandlingen, tok utgangspunkt i samfunnets forventninger? Dette perspektivet er ikke så fjernt, ettersom helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens tidligere har blitt kritisert for å ikke være tilpasset enkeltpersoner. Til tross for en forskjellig oppfatning av autoriteten til pasientens identitet, blir dens nåværende stilling presentert som noe naturlig i retningslinjen.

Når det gjelder prioriteringen av tiltak, for det som skal behandles, er retningslinjen tydelig på at førstevalget burde være «tiltak som er minst mulig inngripende for pasienten» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 24). Sitatet nedenfor viser en tiltenkt ideell rekkefølge av behandlingsmetoder, som starter med psykososiale tiltak, hovedsakelig i form av samtaler, etterfulgt av de ulike typene kjønnsbekreftende behandling.

Helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens omfatter i første rekke psykososial støtte, veiledning, utredning og oppfølging, og deretter ulike kombinasjoner av medisinsk kjønnsbekreftende behandling med hormoner og kirurgi. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 25)

Medisinsk kjønnsbekreftende behandling skal tilpasses individets ønsker og skal ikke være et «pakketilbud» hvor alle følger samme behandlingsløp og behandling kommer i en satt rekkefølge. Likevel problematiseres ikke den ideelle rekkefølgen av helsehjelpen personer skal få. For meg er det en forskjell mellom veiledning og rådgivning, og informasjonen som medfølger medisinsk behandling for å oppfylle kravet om informert samtykke. Det jeg ønsker å vise med sitatet over, er at det er et ideelt forløp, hvor støtte og veiledning kommer *før* medisinsk kjønnsbekreftende behandling.

Dersom jeg fortsetter taktikken med å legge frem alternative scenarier, kan man se for seg at medisinsk behandling startes før veiledning og rådgivning, eller at behandlingene startes opp samtidig. Hvorfor skal en type tiltak få presedens, eller bli prioritert over andre? Disse spørsmålene utforsker jeg i løpet av dette kapittelet, for å undersøke det jeg ser som en rangering av behandlingsmetoder i retningslinjen.

I kapittel 4 nevnte jeg kort at det er forskjell på behandlingstilbudet til barn og voksne. Jeg kommer tilbake til dette nå, og bruker dette som en inngang til å undersøke rangeringen av behandlingsmetoder. På generell basis skilles det mellom barn og voksne når det ikke dreier seg om generelle anbefalinger, og det er satt av plass for å redegjøre

for særegenheter ved behandlingen som tilbys til barn. Jeg undersøker en hierarkisk oppdeling av behandlingsmetodene gjennom å se kritisk på disse særegenhetene.

### 5.1.1 Behandling for barn med kjønnsinkongruens

Helsedirektoratet er tydelige på at det er et skille i behandlingsstrategier for barn og voksne (Helsedirektoratet, 2020b, s. 27). Det er egne diagnosekoder for barn og voksne, *Z76.81 Kjønnsinkongruens i barndom* og *Z76.80 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder*<sup>10</sup>. Jeg vil si litt om hvilke tiltak som er tilgjengelige for barn, før jeg ser på det som ikke skal behandles – og dermed taushetene.

I retningslinjen kommer det frem at følgende er aktuelle tilbud til barn: Samtale og rådgivning for å utforske identitet, psykososial støtte til pårørende, henvisning til likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner, hjelpemidler, og til slutt psykososial støtte i utredning, behandling og oppfølging. Av kjønnsbekreftende behandling er pubertetsutsettende behandling det eneste som tilbys, og da først rundt pubertetstart (Helsedirektoratet, 2020b, s. 10). Annen hormonbehandling vil først kunne vurderes tidligst når barnet er 16 år. Pubertetsutsettende hormonbehandling for ungdom skal utføres ved en høyspesialisert instans, mens feminiserende eller maskuliniserende hormonbehandling for voksne kan håndteres på regionalt nivå. Dette er på grunn av at barn under 18 år anses som en særlig sårbar gruppe, og krever mer forsiktighet. Det er altså hovedsakelig lavterskel samtaler i møte med helsepersonell som tilbys barn og unge. Bakgrunnen for ulike tiltak som tilbys diskuteres i retningslinjen, med utgangspunkt i juridiske rettigheter og medisinske krav om forsiktighet.

Hvis jeg bruker de fire kategoriene for tiltak fra kapittel 4, er tiltakene som er tilgjengelig for barn i kategoriene Identitet og psyke, og Sosiale liv. Dette sier meg noe om hvor retningslinjen representerer at problemet ligger, og gir meg derfor noen hint om hvor den forstår at barns kjønn ligger. Det viktige og utslagsgivende med barns kjønn, som er viktig nok til å gjøre noe med, er i deres identitet og nærmiljø, istedenfor i den biologiske kroppen.

Frem til nå har jeg ofte tatt utgangspunkt i generelle beskrivelser av kjønnsinkongruens, eller beskrivelser som gjelder voksne. Beskrivelsene av barn i retningslinjen skiller seg klart ut for meg. Innledningsvis sa jeg at taushet blant annet kan finnes i det som ikke behandles. Med denne forståelsen i bakhodet ligger det mye interessant i dette sitatet:

I barndommen og puberteten skjer kroppslige, kognitive og emosjonelle endringer. [...] En ikke ubetydelig andel barn som søker hjelp for kjønnsinkongruens i tidlig alder, søker i løpet av oppveksten tilbake til opprinnelig kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, eller variasjoner av dette som ledd i utvikling og modning (8). Mange barn som viser tegn på kjønnsinkongruens trenger ingen terapi eller behandling. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 27)

I dette sitatet er det tre ting jeg vil peke på. For det første, barn med kjønnsinkongruens trenger ikke nødvendigvis behandling. For det andre, barns kjønn er annerledes enn voksnes. For det tredje, det er vanlig at barn ikke har vedvarende kjønnsinkongruens. Det jeg tolker utfra kombinasjonen av disse tre tingene i sitatet er at kjønn hos barn er i forandring, og at kjønnsinkongruens kan være en del av barns naturlige utvikling. Barns kjønnsinkongruens blir ikke representert som et problem i samme grad som for voksne. Det blir tatt for gitt at barns manglende følelse av samsvar mellom opplevde og tildelte kjønn ikke trenger behandling. Kjønn er implisitt representert som noe potensielt

---

<sup>10</sup> Diagnosteksten for *Z76.80 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder* er gjengitt i sin helhet i kapittel 1.

flytende hos barn. I oppveksten er kroppen i forandring, og på samme måte er også kjønnet det. Kjønnssinkongruens er ikke et problem fordi kjønnet tilsynelatende ikke har 'festet' seg enda. Ifølge diagnoseteksten er stabil identitet en forutsetning for kjønnssinkongruens, og barns kjønn er forstått som alt annet enn stabilt.

Denne mangelen på problematisering av barns kjønn kommer også frem i ordene brukt i retningslinjen. Kombinasjonen mellom lek og kjønn er også noe som er eksklusivt for barn. Både voksne og barn kan utforske kjønn og utvikle seg, men bare barn leker. Sitatene under viser hvordan retningslinjen snakker om hvordan barn uttrykker kjønn.

Det er ikke uvanlig at barn utforsker og krysser normer og forventninger som er tillagt kjønnssoppfatninger, og at barna leker og uttrykker at de vil være, eller at de har tilhørt, det motsatte kjønn. I kodeteksten for kjønnssinkongruens hos barn og unge presiseres det at diagnosen kan ikke stilles på bakgrunn av oppførsel eller preferanser utenfor normen for det tildelte kjønn alene. Et varig og fast ønske om å tilhøre en annen kjønnsidentitet er allikevel uvanlig, men tilhører en normal variasjon. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 9)

Jeg tolker at barns handlinger knyttet til kjønn er mindre alvorlige enn voksne, på grunn av måten atferd defineres som lek. Barn kan krysse grenser for kjønnsroller og leke med kjønnsuttrykk, de kan til og med uttrykke at de vil være eller har vært det motsatte kjønn. Barn kan bryte normer, men paradoksal nok innenfor en normal variasjon. Normbruddet normaliseres gjennom fremstillingen som lek, men det blir tatt for gitt at *grensene* som barna krysser skal forbli der de er. Problemrepresentasjonen tar for gitt at barns kjønnsidentitet sitter mindre «fast» enn voksne, at den er mykere og i endring. Frem til en viss alder vil normbrytende atferd bli oppfattet som ufarlig lek, og til nøds noe uvanlig – men alltid innenfor en normal variasjon, som ikke trenger å behandles.

Det ligger noe paradoksal i idéen om et normalt normbrudd. Dersom det er normalt at barn krysser grenser for samfunnets forventninger, er det nyttig å stille spørsmål ved om plasseringen av grensene er så naturlig som den virker. Grensene og deres plassering blir tatt for gitt, og barns krysning av disse ville kanskje i utgangspunktet vært en trussel mot disse. Denne trusselen nøytraliseres av at alvorligheten i krysningen dysses ned, ved å karakteriseres som lek.

Retningslinjen legger frem et mer begrenset utvalg av behandlingsmetoder for barn enn for voksne, og det som er tilgjengelig har en høyere terskel. Kjønnssinkongruens normaliseres, og krysningen av grenser representeres som noe vanlig, midlertidig og ufarlig – ikke noe som behøver kjønnsbekreftende behandling. I kapittel 4 viste jeg hvordan helsepersonell tilrettelegger for aksept av barnet gjennom å støtte barnets familie og næromgivelser. Barnet skal få mulighet til å leke i fred, mens familien og omgivelsene skal behandles. «Tilbudene til barn og ungdom forutsetter en individuell tilnærming og omsorg for hele familien» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 28). Det er omgivelsenes opplevelse av situasjonen, og en potensiell manglende evne til å støtte barnet, som blir problemet. Disse forståelsene er for meg en god indikator på hva som tolkes som mindre problematiske og tryggere behandlingsmetoder, nemlig samtaler, støtte og veiledning. Barn er en sårbar gruppe, og behandling krever derfor forsiktighet.

### 5.1.2 Behandling for voksne med kjønnssinkongruens

Jeg har sett på behandling som tilbys barn med kjønnssinkongruens, og vil nå rette blikket mot voksne. Retningslinjen er tydelig på at «tiltak som er minst mulig inngripende for pasienten» (Helsedirektoratet, 2020, s. 24) bør være førstevalget, i form av lavterskeltilbud som psykososial støtte og samtaletilbud som skal støtte pasientens

identitet. Hvis dette viser seg å være utilstrekkelig, følger eventuell medisinsk kjønnsbekreftende behandling med hormoner og kirurgi.

I beskrivelsen av behandlingen til voksne legges det mindre vekt på pasientens nettverk enn hos barn og unge. Pårørendearbeid nevnes kort som et tilbud, men uten beskrivelse av hvordan det skal utføres og med hvilken hensikt. Helsepersonell kan også informere om likeperson- og interessegrupper. Arbeidsplassen er akseptert som en viktig del av voksnes sosiale liv, uten at dette blir et ansvarsområde for helsepersonell. Dette er også et tydelig skille mellom barn og voksne, hvor Helsedirektoratet har gjort noen avveininger om hva pasienten kan ha behov for å få hjelp med av det norske helsevesenet, og hva som burde være pasientens eget ansvar.

Behandlingstilbudene til voksne innebærer flere kroppslige muligheter enn de som er tilgjengelige for barn. Gradering av behandlingstilbudet etter reversibilitet og inngripen gjør det tydelig at det er mer aksept for å justere noen aspekter ved kjønn enn andre. Jeg regner med medisinske betraktninger og føringer ligger bak hva som defineres som inngripende, men det betyr ikke at vurderingen ikke er preget av kulturelle idéer om medisin, kropp og kjønn. Retningslinjen legger opp til at identiteten skal støttes opp under gjennom psykososiale tiltak. Dersom dette ikke er tilstrekkelig, kan kroppen modifiseres til å samsvare med ønsket kjønnsuttrykk. Identitetens implisitte sentrale rolle er synlig flere steder, blant annet i sitatet under. Indikasjoner er forhold som tilsier at pasienten burde få, eller vil ha nytte av, spesifikke typer behandlinger. Sitatet viser at behovet for behandling i stor grad styres av personers identitet.

Indikasjonen for kjønnsbekreftende behandling er i stor grad knyttet til den enkeltes opplevelse av kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 33)

La meg tydeliggjøre poenget ved å nok engang snu situasjonen på hodet – hva om målet med behandlingen var å tilpasse identiteten til kroppen, istedenfor kroppen til identiteten? Hva om kroppen var ledestjernen, referansepunktet som styrte behandlingen? Forenklet minner dette om biologisk determinisme, hvor det biologiske ved kroppen er utslagsgivende for ens kjønnede rolle og identitet. Istedenfor er det identiteten som styrer og har autoritet. Jeg forsøker ikke å argumentere for at man *burde* forsøke å endre på en persons identitet og selvfølelse for å bedre passe med samfunnets tolking av kroppen, målet mitt er å forstå *hvorfor* det ene er satt foran det andre i retningslinjen. Dersom prioriteringen av tiltak gjøres etter grad av inngripen, og det å endre på en persons identitet ikke er presentert som en mulig løsning på problemet, virker det logisk at det kan ha noe å gjøre med identitetens status. Jeg forstår det slik at når vi velger risikoen med medisinske inngrep som kirurgi og hormonbehandling foran å justere identitet, er det fordi graden av inngripen på identitet forstås som særdeles høy.

Identiteten får en urørlig status hos voksne, som noe som sitter så dypt i en person at det er tabu å skulle forsøke å røre ved det. Dette er i kontrast til barns kjønn. Ikke i den forstand at vi skal justere, modifisere og endre på barns kjønn, istedenfor er det forskjellen i selve kjønnets natur som utgjør kontrasten, hvor barns kjønn er flyktig, flytende og i endring.

Det er altså tatt for gitt at dersom noe skal endres på, er det kroppen som skal tilpasses identiteten, ikke motsatt. Denne prioriteringen er for meg et tegn på en hierarkisk rangering av kjønnskomponentene jeg identifiserte i kapittel 4, hvor noen blir rangert som mer *sann*, med det resultat av i har mindre rom til å stille spørsmål ved dem. Rangeringen er ikke eksplisitt til daglig, men kommer til syne når kjønn blir problematisk

og må behandles – som i tilfellet med kjønnsinkongruens. Plutselig står samfunnet ovenfor et valg, og må gjøre en prioritering.

## 5.2 Identitetens autoritet

Det at identiteten er en rettesnor for behandlingen betyr at den får en viss autoritet i behandlingstilbudet i retningslinjen. Når selve kjønnsidentiteten er indikasjon, altså grunn, for behandling, vil mye av indikasjonen for behandling falle vekk dersom identiteten kan stilles spørsmål ved. Jeg ser at identitetens autoritet ikke er absolutt, og vil derfor utforske hvilke forhold som kan utfordre denne. De to tilfellene hvor jeg ser at identiteten mister rollen som ledestjerne er hvis det foreligger kontraindikasjoner, og i behandlingen til barn. Før jeg tar for meg disse to tilfellene vil jeg kort avklare hva jeg mener med identitetsbegrepet, siden det er såpass sentralt i denne delen av analysen.

Identitet er et begrep som brukes på forskjellige måter innenfor ulike disipliner og fagområder, og kan dermed fylles med ulike meninger. Jeg tar opp teoretiske diskusjoner i kapittel 6, men for tydelighets skyld vil jeg presisere hva jeg mener med begrepet identitet. Uten å gå for mye inn i detaljer nå, vil jeg si at det er et samspill mellom samfunn og identitet. Man kan bli plassert i grupper eller kategorier man ikke identifiserer seg med, og man kan identifisere seg med sosiale grupper eller kategorier når andre er skeptiske eller uenige med ens tilhørighet i disse. Sosiale grupper og kategorier eksisterer i samfunnet, og inkludering og ekskludering er dynamiske prosesser. Dette betyr at grensene for kategorier ikke er statiske. Når det kommer til hva identitet er, finner jeg Harriet Bjerrum Nielsens definisjon nyttig:

Identitet referer til et bestemt innhold som er bevisst for personen det gjelder, noe personen velger, ønsker eller prøver å få til. [...] Kjønnsidentitet viser til hvilket kjønn man opplever å høre til, og hvilke typer av femininitet og/eller maskulinitet man identifiserer seg med eller tar avstand fra i ulike situasjoner. (Lorentzen & Mühleisen, 2006, s. 155)

En person har alltid flere identiteter, og identifiserer seg dermed med eller tilhører flere sosiale grupper. Kjønnsidentitet er en av disse, og sier noe om hvilken kjønnskategori man hører til. Disse kategoriene, med navn og innhold, er historisk og kulturelt betingede. Samtidig er det viktig å huske at individer som identifiserer seg med samme kjønnskategori kan leve ut sin identitet og *gjøre* den forskjellig. Det å for eksempel være «kvinne» kan bety ulike ting for ulike personer. Personers ønsker om behandling er basert på deres oppfattelse av egen situasjon og behov, og disse ønskene anser jeg å være i tråd med hvordan de lever ut sin kjønnsidentitet. Mitt perspektiv er at personers selvoppfattelse henger sterkt sammen med deres identitet. I retningslinjen er personers egen oppfattelse av hvem de selv er utgangspunktet for behandlingen, som for meg minner mest om hvordan identitetsbegrepet brukes innenfor psykologien (Lorentzen & Mühleisen, 2006, s. 155). Retningslinjen sier at det er nettopp dette som skal være rettesnoren for kjønnsbekreftende behandling. Derfor vil jeg si at behandlingen i retningslinjen tar utgangspunkt i pasienters identitet.

Som nevnt er kontraindikasjoner noe som kan utfordre identitetens autoritet. Kontraindikasjoner er det motsatte av indikasjoner, og er altså forhold som tilsier at pasienten *ikke* burde få en spesifikk type behandling. Generelt kan disse være faktorer som øker risikoen for at behandlingen har mindre effekt, eller høyere sjanse for skade. Kontraindikasjoner er viktige i retningslinjen, ettersom prinsipper for utredning, behandling og oppfølging er å avklare «Indikasjon for kjønnsbekreftende behandling, risikofaktorer og kontraindikasjoner» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 24). Likevel står det

lite konkret i retningslinjen om hva som er kontraindikasjoner for ulike typer kjønnsbekreftende behandling.

All medisinsk behandling er forbundet med risiko, det gjelder også kjønnsbekreftende kirurgi og vil avhenge av hvilket inngrep som utføres. Disse forholdene vurderes sammen med eventuelle somatiske, psykiske lidelser og andre risikofaktorer som er kontraindikasjon til kirurgi. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 27)

Retningslinjen nevner somatiske og psykiske lidelser, som er store kategorier som rommer mange forskjellige forhold og tilstander. Retningslinjen slår fast at livsmestring er en del av vurderingen og utredningen av en pasient, men at utfordringer ikke er grunnlag for avslag (Helsedirektoratet, 2020b, s. 26). Etter min tolkning betyr dette at problemer med livsmestring ikke er en kontraindikasjon. I retningslinjens kapittel om kunnskapsgrunnlag og kompetanse er det en liste med «Forslag til områder med behov for styrket kompetanse hos helsepersonell». Det å avklare kontraindikasjoner er ett av disse områdene, som en del av diagnostisering og utredning generelt (Helsedirektoratet, 2020b, s. 38).

I høringsutkastet til retningslinjen finner jeg litt mer inngående beskrivelser av kontraindikasjoner, i Kapittel 2 «Utredning, behandling og oppfølging». Høringsutkastet referer til den danske Sundhetsstyrelsen og en artikkel om endokrinologisk behandling<sup>11</sup>, og sier somatiske og psykiske lidelser ikke automatisk betyr at kjønnsbekreftende behandling ikke skal startes, men at det er rom for individuell vurdering basert på «type og alvorlighetsgrad» (Helsedirektoratet, 2019, s. 19).

Det er mulig at denne beskrivelsen ble fjernet til fordel for å oppmuntre til å styrke kunnskapsgrunnlaget, men jeg er mer interessert i kontraindikasjoners funksjon enn hvorfor dette ble endret på i prosessen fra utkast til ferdig retningslinje. Det jeg ser er at funksjonen til kontraindikasjoner er uendret. Noen faktorer, uavhengig av hva de er, kan føre til at spesifikke behandlingsmetoder blir valgt bort. I utgangspunktet er det pasienters identitet som styrer behandlingsvalg, men det er tydelig at dette kan komme i konflikt med forståelsen av kontraindikasjoner.

I kjønnsbekreftende behandling gitt til barn har ikke deres identitet fullstendig autoritet. Hvis vi ser på prinsipper for oppstart av hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling for voksne, finner vi blant krav om at «pasienten har vedvarende kjønnsinkongruens med ønske om kjønnsbekreftende behandling», og at «somatiske og psykiske kontraindikasjoner for behandling» er avklart (Helsedirektoratet, 2020b, s. 26). Jeg er interessert i idéen om vedvarende kjønnsinkongruens som en faktor som tilsier at en person burde få kjønnsbekreftende behandling, i tillegg til at ønsket om behandling skal være stabilt. En «vedvarende kjønnsidentitet» impliserer en identitet som oppfattes som stabil utenfra. Jeg ser at faktorer som kan påvirke identitetens oppfattelse som stabil kan tilsa at pasienten ikke burde få spesifikke typer behandling. Ett eksempel på dette i høringsutkastet er enkelte psykiske lidelser. Tidligere i dette kapitlet redegjorde jeg for kjønnsbekreftende behandling for barn og viste hvordan retningslinjen forstår barns kjønn som noe flytende som er i konstant utvikling. Sitatet under illustrerer noen av mine sentrale observasjoner:

---

<sup>11</sup> Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

Behandling for kjønnsinkongruens vil ikke være aktuelt hvis ikke barnet selv ønsker det. For barn som ønsker behandling, vil det spille en rolle for vurderingen av barnets beste hvor sterkt barnets ønske er, og hvor fast det har vært over tid. Barnets ønske vil normalt få større vekt jo eldre barnet er, særlig i lys av barnets modenhet og evne til å ta inn over seg alvoret i en slik beslutning og til å reflektere over de ulike sidene av den. (Helsedirektoratet, 2020b, s. 12)

Barnets synspunkter skal tas høyde for i vurdering av behandling, og det inkluderer styrken og varigheten til eventuelt ønske om behandling. Høyere alder tillegger barnets ønske mer vekt, som styrker min tolkning av forståelsen av kjønn som noe som 'fester' seg med alderen. En forståelse av barns kjønn som flytende er ikke kompatibel med bildet av en stabil identitet. Dette betyr at barns identitet, i kraft av å være forstått som flytende, ustabil og mindre alvorlig, mister autoriteten den har i bestemmelse av behandling.

Kontraindikasjoner og barn er tilfeller hvor det stilles spørsmål ved identitetens stabilitet. Etersom ett av premissene for kjønnsinkongruens er nettopp *varighet*, betyr det at faktorer som gjør at man stiller spørsmål ved stabiliteten til identitet og ønske vil utfordre identitetens autoritet. Pasientmedvirkning og skreddersydde behandlingstilpass legges frem som en selvfølge, men jeg har her vist at selv om identiteten ikke skal endres eller røres ved, er det ikke alltid den får full tillit.

### 5.3 Behandle individet eller samfunnet?

I kapittel 4 ga jeg en gjennomgang av tiltakene i retningslinjen. Jeg fant at de fleste tiltakene er myntet på individer, spesifikt individers psyke, identitet og kropp, og involverer da alt fra samtaler til hjelpemidler til kirurgi. Unntaket er kompetanseheving for helsepersonell, informasjonsarbeid for pasientens sosiale sirkel, og støtte og veiledning til omsorgspersoner i barns liv. Felles for alle disse er at de unngår å forsøke å skape endringer i det øvrige samfunnet. De er alle tiltak myntet på individer, bortsett fra noen unntak, som grupper som skal være i møte med personer med kjønnsinkongruens.

Retningslinjens individualistiske perspektiv blir i stor grad tatt for gitt, og jeg ønsker å utforske hvor mye rom det er for å «fikse» samfunnet. Når personer med kjønnsinkongruens omtales som pasienter i retningslinjen, er det en rolle de har fått tildelt, som et individ i kontakt med helsevesenet for å få hjelp og endring. Innledningsvis i dette kapitlet sa jeg at jeg ville undersøke det som *ikke* skal behandles. Hva skjer dersom jeg reverserer rollene, og ilegger samfunnet rollen som pasient? Retningslinjen har jo allerede uttrykt forståelse for at samfunnets forventninger kan ha negativ påvirkning på personer med kjønnsinkongruens. Det er ikke en selvfølge at det er individet som må behandles og endres, istedenfor samfunnet.

Tidligere i dette kapitlet, og i kapittel 4, har jeg vist til forskjeller i behandlingstilbudet for barn og voksne. Disse forskjellene er også tydelige her. Helsepersonell som skal være i kontakt med barn og voksne med kjønnsinkongruens trenger tilstrekkelig kompetanse og kunnskap, og kommunale tjenester, som fastlege og psykolog, kan samarbeide med «foreldre/foresatte, familie, barnehage, skole og fritidsaktiviteter, arbeidsliv og likepersonstilbud fra bruker- og interesseorganisasjoner» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 19). Det er flere av disse som er relevant for barn, og ikke voksne. I tillegg er det ikke spesifisert at helsepersonell har arbeidsoppgaver knyttet til arbeidsliv på samme måte som med barn og unges sosiale nettverk. Der skal helsepersonell drive informasjonsarbeid og tilrettelegge for at barnet blir akseptert.



Tiltak for det sosiale nettverket til personer med kjønnsinkongruens er altså i hovedsak for barn, selv om voksnes sosiale arena også er anerkjent som viktig. Det nevnes flere ganger i retningslinjen at tilbudene til barn og unge innebærer omsorg ikke bare for pasienten, men også for familie og resten av nettverket (Helsedirektoratet, 2020b, s. 28). Hensikten min er ikke å spekulere rundt valgene som er tatt, men jeg vil anta at dette kan henge sammen med vektlegging av forsiktighet i behandlingen av barn. Generelt har barn mindre kontroll over sin sosiale sirkel enn voksne, og tilgang på færre arenaer, som gjør det spesielt viktig å tilrettelegge for dem i de arenaene de er i. Voksne har også på generell basis større mulighet til å selv drive informasjonsarbeid på sine sosiale arenaer.

Resultatet av dette er en situasjon hvor voksne selv må ta ansvar for å fikse «samfunnet» i form av de sosiale arenaene de befinner seg i. Barns nettverk får i større grad omsorg og opplæring, med hensikt at barnet skal oppleve aksept og kunne utforske fritt. Dette argumenteres med å være forebyggende og helsefremmende. Arbeidet med barn og unges nettverk er det nærmeste retningslinjen kommer å «fikse» samfunnet, men det er fortsatt begrenset og blir vektlagt mindre for voksne med kjønnsinkongruens. For barn er det rom for å påvirke næromgivelsene, men ikke hos voksne. Det øvrige samfunnet forblir uansett i begge tilfellene noe som ikke prioriteres å behandles, og anses ikke som et problem som må løses, selv om den mulige negative effekten anerkjennes.

Kapittel 4 viste hvordan retningslinjen anser manglende aksept for ens kjønnsidentitet som et problem for alle med kjønnsinkongruens, voksne og barn, men det ser ut til at helsevesenet fraskriver seg ansvaret for personers sosiale livskvalitet etter fylte 18 år. Det skjer en endring i overgangen fra barn til voksen, hvor behandlingen slutter å prøve å fikse det *rundt* individet, og fokuserer på å hjelpe individet. Det å støtte identiteten og å justere kroppen er tiltak som går på individet, og ifølge logikken i WPR-tilnærmingen vil da problemet ligge nettopp hos det.

I retningslinjen tas det for gitt at kjønnet er et individuelt anliggende, og at det på et vis er lokalisert i individer. Mangel på bekreftelse og aksept fra sin sosiale krets og det øvrige samfunnet er anerkjent som en stor belastning, men i konflikten mellom selvoppfattelse og andres oppfattelse er det individet som må tilpasse seg. Men er det en selvfølge at det er individet, og ikke samfunnet, som skal behandles og endres? Norske helsemyndigheter har drevet kampanjer om prevensjon, røyking og ernæring – holdningsendrende kampanjer som forsøker å endre samfunnet til det bedre. Det hadde vært mulig å gjøre noe liknende i tilfellet med kjønnsinkongruens, og gi individer helsehjelp parallelt med holdningsendrende arbeid i samfunnet. Kanskje gjør det individualistiske perspektivet på kjønn et slikt prosjekt vanskelig, men jeg vil si at kjønn er relevant for minst like mange som korrekt bruk av bilbelte.

## 5.4 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg undersøkt forskningsspørsmålet *hva blir tatt for gitt i retningslinjen, og forblir dermed uproblematiskert og taust?* Jeg har valgt å anse det som ikke skal behandles eller endres som en type taushet. Målet har vært å finne forståelser av kjønn som blir tatt for gitt. Ved å bygge på funnene i kapittel 4 gikk jeg først mer i dybden på forskjeller i behandlingen til barn og voksne.

Et sentralt funn er at behandlingen har en ideell rekkefølge som begynner med psykososial behandling, etterfulgt av hjelpemidler, hormoner og kirurgi. Denne

rangeringen er basert på tanker om hvor inngripende de ulike type behandlingene er, og reflekterer noen forståelser av kjønn. Siden jeg lette etter faktorer som ikke skal behandles, ble det tydelig at identiteten ikke skal endres. Det psykososiale tilbudet har som mål å støtte opp under, anerkjenne og bekrefte identiteten til pasienten. Selve identiteten skal ikke endres. Ved å hente inn forklaringsmodellen med kjønnskomponenter fra kapittel 4, viser jeg at også deler av kjønn er rangert. Det er mindre inngripende å endre på kroppen, midlertidig eller permanent, enn å skulle endre på noens identitet. Det å endre på identiteten er altså forstått som så inngripende at det ikke er en mulig behandlingsmetode. For meg fremstår det som at ens kjønn og identitet er forstått som såpass dyptsittende i en person at det ikke er et tema at dette skal endres, selv om det tidligere i historien ikke alltid har vært slik.

Behandlingen skal ta utgangspunkt i pasientens identitet, og dermed følge hvordan den enkelte opplever sitt kjønn og deres ønsker for behandling. Jeg vil si at identiteten får *autoritet* i behandlingen. Samtidig er det noen tausheter, sett i tilfeller hvor spesifikke behandlinger blir mindre aktuelle, og identiteten mister autoritet. Disse to tilfellene er når det foreligger kontraindikasjoner, og når pasienten er barn. I diagnoseteksten til kjønnsinkongruens står det spesifikt at den må være vedvarende. Dette vil si at den må oppfattes som stabil utenfra, av de som skal sette diagnosen. Med kontraindikasjoner menes det enkelte psykiske lidelser, som gjør at det stilles spørsmål ved identitetens stabilitet. Barns kjønn er i retningslinjen forstått som iboende annerledes enn voksnes kjønn. Barns normbrytende kjønnede atferd blir omtalt som lek, og blir slik ufarliggjort. Paradokset med et 'normalt normbrudd' blir introdusert, hvor grensene og normene for kjønn blir vedlikeholdt gjennom å redusere alvorligheten av handlingene. Barns kjønn er noe flytende som fester seg med alderen, og er dermed ikke stabilt. Kontraindikasjoner og barns kjønn har til felles at de gir rom for å stille spørsmål ved identitetens stabilitet og pålitelighet, og utfordrer dermed identitetens rolle som rettesnor i behandlingen.

Til slutt kaster jeg lys over den største tausheten i retningslinjen – samfunnet. Retningslinjen anerkjenner at samfunnets forventninger kan havne i konflikt med individers selvforståelse, og at negative holdninger fra samfunnet kan være en stor påkjenning. Likevel er det tatt for gitt at det er individet som skal endres, og ikke samfunnet. Det er noen nyanser i tiltakene, som kompetanseheving blant helsepersonell, og tilrettelegging for et aksepterende nærmiljø for barn. Barns nettverk kan fikses, for å være helsefremmende og forebygge fremtidige psykiske plager. Ellers er både psykososial støtte og kjønnsbekreftende behandling tilbud for *individer*. Resultatet er at kjønn blir et individuelt og personlig anliggende, uten kollektive løsninger som endrer på det øvrige samfunnet.

I dette kapitlet har jeg pekt på noen representasjoner av problemer som blir tatt for gitt i retningslinjen, og forsøkt å kaste lys på forståelser som får stå utfordret. Jeg vil presisere at jeg i analysen ikke har forsøkt å argumentere for at enkelte forståelser er riktige eller gale. I tråd med WPR-tilnærmingen har jeg til nå hatt som mål å forholde meg nøytral i en empirisk analyse. Riktignok er det spørsmål fra WPR-tilnærmingen som jeg ikke har funnet svar på så langt. Hvordan ble retningslinjens måte å forstå problemet dominerende, og hvilke effekter har disse forståelsene på folks liv? Hvordan kan den bli utfordret? Identitet og samfunnets normer skal ikke behandles, men konflikten og potensialet for manglende aksept forblir et problem. Er det rom for å «behandle» samfunnet og gjøre noe med dilemmaet om sykeliggjøring? I neste kapittel vil jeg bruke funnene mine fra den empiriske analysen til å reflektere rundt disse spørsmålene.

## 6 Drøfting

I dette kapitlet skal jeg drøfte funnene fra den empiriske analysen i kapittel 4 og 5. Jeg redegjør for teorier når jeg tar dem i bruk, siden noen av teoriene jeg vil benytte meg av her ikke ble brukt i den empiriske analysen, og dermed ikke ble presentert i teorikapitlet.

I drøftingen henter jeg inspirasjon fra de spørsmålene i WPR-tilnærmingen som jeg ikke har benyttet meg av til nå. Jeg vil presisere at jeg ikke bruker spørsmålene til å foreta en analyse, men heller som en rettesnor for hva som kan være interessant og nyttig å diskutere. Disse spørsmålene dreier seg om hvordan spesifikke problemforståelser ble dominerende, hvilke effekter de har på folks liv, og hvordan problemrepresentasjoner blir reproduisert og hvordan de kan bli utfordret (Bacchi, 2009). Når det kommer til effekter, så innebærer det både diskursive effekter og subjektifiserende effekter. Diskurser bærer med seg spesifikke måter å tenke om problemer på, og det er denne forståelsen vi legger til grunn for handling (Bratberg, 2017). Diskursive effekter gjør det vanskelig å forstå problemet på alternative måter, og kan dermed begrense handlingene vi har til rådighet til å forsøke å løse dem. Diskurser gjør også enkelte subjektposisjoner tilgjengelig, som er vårt utgangspunkt for å forstå verden rundt oss. «Hence, who we are – how we feel about ourselves and others – is at least to an extent an effect of the subject positions made available in public policies» (Bacchi, 2009, s. 16).

Tidligere i analysen har jeg eksklusivt diskutert kjønnsinkongruens, siden det er dette som har vært relevant i datamaterialet mitt. I dette kapitlet blir begrepene cis og trans relevante igjen. Jeg minner om begrepsavklaringen i innledningen av oppgaven, og at disse begrepene ikke er naturlige eller nøytrale. Jeg bruker trans som et samlebegrep for alle kjønnsidentiteter og -uttrykk som bryter med samfunnets forventninger basert på tildelt kjønn (FRI, u.å.), men det er slettes ikke alle som identifiserer seg med begrepet. I løpet av kapitlet vil jeg se kritisk på forholdet mellom cis og trans. Bruken av kategorier og begreper bærer alltid med seg en risiko for å reproducere nettopp det man diskuterer, og jeg vil derfor minne om at man burde være kritiske til kategorier og begreper i seg selv.

I analysekapitlene har jeg brukt begrepet problem etter Bacchis definisjon, hvor et problem er forstått som den implisitte forståelsen av hva som burde endres, som man finner i politikk (Bacchi, 2009, s. xi). I dette kapitlet vil jeg i større grad drøfte og diskutere, og vil derfor bruke begrepene problemrepresentasjon og problemforståelse for å gjøre det tydelig når jeg benytter meg av Bacchis definisjon av begrepet problem. Der hvor jeg snakker om problemer, mener jeg den hverdagslige forståelsen av begrepet, som uønskede forhold som burde løses. Jeg velger å gjøre det slik siden jeg i større grad enn i analysekapitlene ser på effektene retningslinjens kjønnsforståelser kan ha på folks levde liv.

I dette kapitlet skal jeg først posisjonere prosjektet mitt i feltet, og deretter forsøke å plassere retningslinjen i en navngitt diskurs. Dette gjør jeg for å vise retningslinjen i en kontekst, og lener meg på tidligere forskning som har analysert frem og navngitt diskurser på temaet. Her henter jeg også frem høringsinnspillene, for å gi en idé om hvilke diskurser som er i spill og som Helsedirektoratet har måtte forholde seg til i

prosessen med å utforme retningslinjen. I andre del av kapittelet utforsker jeg kjønn som symbolsk, hvordan den symbolske kroppen brukes for å uttrykke kjønn, og hvordan dette henger sammen med kjønnsbekreftende behandling. I del tre ser jeg på subjektposisjoner, og stiller spørsmål ved retningslinjens vekt på erfaring og identitet. Jeg diskuterer hvordan vi blir etablert som subjekter, og hvordan politikk som retningslinjen har innvirkning på og produserer kategoriene cis og trans. Disse kategoriene er relevante for den fjerde og siste delen av kapittelet, hvor jeg retter et kritisk blikk på skillet mellom cis og trans. Jeg benytter meg av Judith Butlers teori om performativitet, og utforsker forholdet mellom det materielle og psykiske ved kroppen.

## 6.1 Forskningstradisjoner og diskurs

I kapittel 4 stilte jeg forskningsspørsmålet *hvordan blir kjønn problematisk, og når blir individet i behov for helsehjelp?* Jeg sorterte tiltakene i retningslinjen inn i fire kategorier med utgangspunkt i hva de virker på; kunnskap, sosialt liv, psyke og identitet, og kropp. Jeg identifiserte to problemrepresentasjoner. Den første er mangel på aksept fra eget nettverk og samfunnet rundt. Den andre er et manglende samsvar mellom situasjonen en person er i, og ønskene de har for egen kropp og kjønnsuttrykk. Retningslinjens problemrepresentasjon er bygget på en forståelse av kjønn som et overordnet fenomen, satt sammen av komponenter. Individet skal selv bestemme hvordan disse skal settes sammen, og kjønnsbekreftende behandling skal ta utgangspunkt i individets ønsker. Individet får behov for helsehjelp når problemene, slik de blir problematisert i retningslinjen, fører til negative psykiske symptomer som oppleves for tunge for individet å håndtere.

Denne problemrepresentasjonen, om mangel på aksept og dissonans mellom ønske og situasjon, er én av flere måter å forstå situasjonen på. Jeg har ikke mulighet til å gjennomføre en foucauldisk genealogi av problemrepresentasjonen i retningslinjen, ettersom dette er et tidkrevende arbeid som krever store mengder materiale. Istedenfor støtter jeg meg på tidligere forskning som har analysert frem kjønnsforståelser og diskurser (Brodersen, 2019; Espseth, 2017; hartline, 2019a; Kvarstein, 2019; Ros, 2016). Først vil jeg redegjøre for noen bevegelser innenfor transforskning når det gjelder utvikling i kjønnsforståelser, for å gi en historisk kontekst og posisjonere mitt arbeid.

Transforskning er knyttet til kjønnsforskning, og begge er preget av sine respektive, og til dels overlappende, aktivismiljøer. Dette reflekteres i historien til transforskning som felt. I innledningen til boken *The Transgender Studies Reader 2* gir Susan Stryker og Aren Z. Aizura et kronologisk blikk på transforskning, og deler feltet opp i tre iterasjoner, eller bølger. De norske betegnelsene for bølgene har jeg hentet fra Agnes Bolsøs artikkel «Kroppen og fantasiene om den» fra 2019.

Den første fasen kan grovt plasseres på 1900-tallet, og var dominert av patologiserende *medisinsk-juridisk forskning* og en normativ kjønnsforståelse. I Stryker og Aizuras ord, «medical, legal, social, and cultural discourses have required bodies to conform to gender norms across the long twentieth century” (Stryker & Aizura, 2013, s. 1).

På grunn av aktivisme og nye måter å tenke om kjønn oppstod det forskning som hadde som mål å kritisere og utfordre den tidligere forskningens strenge binære kjønnsforståelse. Denne andre bølgen bestod av *identitetspolitisk* forskning. Aktivisme i Norge har også vært en del av å påvirke forskningen i landet. Hanne Marie Johansen gir i sin bok *Skeive linjer i norsk historie* en redegjørelse av skeiv historie i Norge, inkludert transaktivismens historie. Den første interesseorganisasjonen for transpersoner i Norge

ble etablert i 1966<sup>12</sup>, ikke så lenge før introduksjonen av identitetspolitisk forskning. Mye av arbeidet innenfor aktivisme og forskning dreide seg om å få et bedre offentlig behandlingstilbud for transpersoner, samt endre den binære kjønnsforståelsen behandlingstilbudet var basert på. Denne aktivismen skjedde side om side med forskning på transpersoners levekår, historier og ulike måter å være trans på (Johansen, 2019).

Etter dette kom en tredje bølge, den *mangfoldig systemkritiske*, som på samme måte som kjønnsforskningen fra 1990-årene var preget av skeiv teori. Denne forskningen kritiserer, i tråd med skeiv teori, skillene som blir etablert mellom kategorier som cis og trans, og normaliseringen av noen transkropper på bekostning av andre. I tillegg har denne forskningen ofte et kritisk blikk på systematiske forskjeller basert på klasse og rase (Johansen, 2019; Stryker & Aizura, 2013). Denne masteroppgaven havner innenfor den siste grenen, mangfoldig systemkritisk forskning, i og med at jeg gjennom en teoretisk diskusjon forsøker å dekonstruere skillet mellom cis og trans. Dette er kategorier som de to tidligere bølgene i transforskning forutsetter.

WPR-tilnærmingen er en type diskursanalyse, og har et medfølgende spesifikt begrepsapparat. Jeg vil bruke Bacchis definisjon av diskurs i drøftingen, som «socially produced forms of knowledge» som danner en ramme for hva man kan tenke, skrive og si om noe (Bacchi, 2009, s. 35). Det kan eksistere flere diskurser på ett tema. En diskurs som oppnår dominans vil bli tatt for gitt som sannhet, og det er ofte et samspill mellom institusjoner og diskurser med høy status. Eksempler på dette er forståelsen av den tidligere diagnosen *transseksualisme* som en mental lidelse, og den nye diagnosen *kjønnsinkongruens* som eksplisitt *ikke* en mental lidelse. Institusjoner opprettholder og reproducerer diskurser som disse, mens diskurser også bekrefter institusjoners praksis og maktposisjon.

### 6.1.1 Diskursiv plassering av datamaterialet

I sin masteroppgave har Luca Dalen Espseth analysert frem tre kjønnsdiskurser i norsk offentlighet, og diskuterer konsekvensene disse har for personer som bryter med samfunnets kjønnsnormer. Disse navngir han som biologi/medisin/juss-diskurs, identitetsdiskurs og kjønns mangfoldsdiskurs. Disse har paralleller til de tidligere nevnte bølgene i transforskning. Jeg finner hans kategorisering nyttig, da jeg gjenkjenner disse diskursene i noen av høringsinnspillene. I analysekapitlene har jeg fokusert på den ferdige retningslinjen, men her i drøftingen vil jeg benytte muligheten til å se på konteksten rundt dokumentet. Høringsinnspillene er svar på et utkast av retningslinjen som ble sendt på høring, og viser tanker og tilbakemeldinger som Helsedirektoratet har måttet ta stilling til i utformingen av det ferdige produktet. Derfor vil jeg forsøke å plassere retningslinjen diskursivt ved å bruke Espseths navngitte diskurser.

Biologi/medisin/juss-diskursen trekker tungt fra vestlig vitenskap, og den binære tokjønnsmodellen står sterkt. Kjønn er noe iboende og essensielt ved kropper, og eksistensen av kjønnsinkongruens blir forklart gjennom et skille mellom biologisk og sosialt kjønn. Sosialt kjønn, sier Espseth, blir forstått som kjønnsidentitet eller det psykologiske aspektet ved kjønn. Det sosiale kjønn presenteres som formbart og kulturelt betinget, i kontrast til biologisk kjønn, som presenteres som en iboende sannhet ved kroppen. I konteksten til behandling er problemrepresentasjonen et manglende

---

<sup>12</sup> I dag heter foreningen Forbundet for transpersoner i Norge (FTPN). I 1966 var organisasjonen en avdeling av Full Personality Expression - Northern Europe (Johansen, 2019, s. 196). Etter dette har transpersoner blitt inkludert i skeive interesseorganisasjoner, og flere interesseorganisasjoner og pasientorganisasjoner har blitt etablert.

samsvar mellom kropp og identifisering, som løses med å få disse til å samsvare gjennom kjønnsbekreftende behandling (Espseth, 2017, s. 42). Jeg gjenkjenner denne diskursen blant annet i høringssvaret fra Folkehelseinstituttet (FHI) og Oslo universitetssykehus HF. Sitatet under er fra Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne, som er en del av NBTK ved Rikshospitalet:

Tjenestens mandat er å diagnostisere, og utrede endokrinologisk- og kirurgiskbehandlingspotensiale, samt å tilby hormonell- og kirurgiskbehandling av pasienter som oppfyller kriteriene for diagnosen kjønnsinkongruens. Målet for behandlingen er at pasientene opplever samsvar mellom identitet og kropp, færre begrensninger for livsutfoldelse og økt livskvalitet. (Oslo universitetssykehus HF, 2020, s. 10)

Det som gir spesielt gjenklang for meg er måten målet for behandlingen beskrives, altså at pasientene etter kjønnsbekreftende behandling skal oppleve samsvar mellom identitet og kropp. Dette stemmer overens med Espseths beskrivelse av at problemet i denne diskursen blir representert som manglende samsvar mellom kropp og identifisering, og bruken av skillet mellom sosialt (psykologisk) og biologisk kjønn for å bygge opp under problemrepresentasjonen. Høringssvaret stiller seg også usikker på «om gruppen «ikke-binære» fyller vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp» (Oslo universitetssykehus HF, 2020, s. 8), hvor vilkårene er at vitenskapelig dokumentasjon tilsier at behandlingen er effektiv og leder til en forbedring av pasientens tilstand. Jeg mener dette reflekterer den sterke posisjonen til den binære tokjønnsmodellen som Espseth sier karakteriserer biologi/medisin/juss-diskursen.

Høringssvaret fra FHI og Oslo universitetssykehus HF gir tydelig uttrykk for behov for forsiktighet ved hormonell behandling og kirurgi, spesielt ved å forsikre seg om at pasienten ikke har psykiske lidelser som kan påvirke ønsket om behandling. Om behandling til personer med kjønnsinkongruens sier FHI blant annet følgende:

Behandling med kjønns hormoner påvirker hele kroppen – utseende, stemme, behåring, mental fungering, indre organer og seksualfunksjon. Pasienten blir avhengig av varig medisiner og oppfølging. Muligheten til å få barn reduseres eller forsvinner. Hvis noen skulle angre på kjønnsbekreftende behandling, er det ikke mulig å endre tilbake til utgangspunktet. (Folkehelseinstituttet, 2020, s. 6)

Hormonell behandling påvirker flere kroppslige faktorer som symboliserer kjønn. Senere i høringssvaret sitt sier FHI at «Hormonnivåene i blodet [...] vil måtte ligge mye høyere enn det som i utgangspunktet er det biologisk naturlige nivået for kroppene deres» (Folkehelseinstituttet, 2020, s. 9). Argumenter knyttet til det som er biologisk naturlig gjør at det virker, for meg, som om FHI trekker på biologi/medisin/juss-diskursen gjennom å referere til vitenskapelige sannheter ved kroppen. Siden kjønn er en essensiell del av kroppen, og kroppen har status som sannhet, er terskelen for å endre på kroppen høy.

Espseth forklarer at identitetsdiskursen har mye til felles med biologi/medisin/juss-diskursen, men tillater flere kjønnede posisjoner og ulike behov for behandling. I tillegg til kategoriene mann og kvinne brukes kategoriene *cis* og *trans*. *Trans* omtaler en gruppe mennesker med normbrytende atferd, og er i kontrast til kategorien *cis* som rommer normativ atferd. I likhet med biologi/medisin/juss-diskursen opererer identitetsdiskursen med tydelige kategorier, og Espseth beskriver også det han kaller «mellomkategorier». Disse er typisk ikke-binære og liknende kategorier som ikke presist kan omfattes av mann, kvinne, *trans* eller *cis*. I tillegg vil denne diskursen «både forsøke å utfordre grensene og meningsgrunnet i de etablerte kjønnskategoriene, og etablere «nye» kjønn via «ny» identifisering og gjøren» (Espseth, 2017, s. 43). Identitetsdiskursen lager

nye og flere kategorier for å tilpasse seg mangfold, og åpner for flere aksepterte måter å identifisere seg på. For behandling betyr dette at systemet trenger flere måter å behandle personer på, siden varierte måter å identifisere seg på krever varierte måter å få kroppen til å passe med disse.

I mitt materiale kan denne diskursen gjenkjennes i høringsinnspillene fra FRI, Skeiv Ungdom, Pasientorganisasjonen for kjønnskongruens (PKI) og Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS). Jeg har hovedsakelig lagt merke til bruk av begrepene cis og trans, hvor cis er en kategori for normativt kjønnete personer. Blant annet snakker FRI, FRIs Familienettverk og Skeiv Ungdom om «cisbias» og «kjønnsbias». I tillegg er innspillene positive til individuelt tilpassede behandlingsløp, rett til behandling for ikke-binære, mindre normative idéer om kjønn i utredning, og økt kunnskap om kjønnsroller, -normer og -identitet. Sitatet under er fra Skeiv Ungdoms høringsinnspill, og viser hva organisasjonen legger i begrepet cispartiskhet. Dette er for meg et tydelig tegn på at de trekker på identitetsdiskursen, i og med at cis er en normativ kategori, og at normen får presedens i samfunnet og dermed også helsevesenet.

Det forutsetter også at de som skal utrede kontraindikasjoner har inngående kunnskap om, og et bevisst forhold til kjønnsstereotyper/cispartiskhet. Dette kan manifesteres gjennom tanken om at er best om folk er ciskjønn, eller at kjønnsbekreftende behandling i seg selv er noe negativt som «gjør» folk trans og der ciskjønn behandler ofte er mer redde for å gi en cisperson kjønnsbekreftende behandling enn de er for å ikke skulle gi det til en transperson som trenger det. (Skeiv Ungdom, 2020, s. 6)

I diagnoseteksten for *Z76.81 Kjønnskongruens i barndom* er en av karakteristikkene til diagnosen «late som-lek, rollelek, leketøy, spill eller aktiviteter og lekekamerater som er typiske for det opplevde kjønn i stedet for det tildelte kjønn» (Direktoratet for e-helse, 2021). FRI og Familienettverket i FRI kritiserer dette i sine høringsinnspill.

Her må det utvises stor forsiktighet så dette ikke hindrer feminine transgutter og maskuline transjenter i å oppfylle kriteriene. «Typiske for opplevd kjønn» må ikke tolkes innenfor en snever stereotypi av hva som er maskulint og feminint. (Familienettverket i FRI, 2020, s. 11)

Kritikken går ut på at dersom det som er «typisk for det opplevde kjønn» blir forstått i en snever forstand, vil det gjøre at for eksempel feminine transjenter vil ha større sjanse for å bli trodd og diagnostisert i helsevesenet enn maskuline transjenter. Kritikken utfordrer tradisjonelle forståelser av hva som er maskulin og feminin atferd, og normative idéer om at gutter burde være maskuline og jenter feminine. For meg er dette et tydelig tegn på det Espseth snakker om når han sier at identitetsdiskursen ofte utfordrer grensene og meningsgrunnlaget i etablerte kjønnskategorier.

Den tredje og siste diskursen Espseth navngir er kjønns mangfoldsdiskurs. Den er i stor grad karakterisert av å kritisere systemet de andre diskursene befinner seg i, hvor biologi/medisin/juss-diskursen anser systemet som sannhet, og identitetsdiskursen vil utvide systemet for å lage plass til flere kategorier. Denne diskursen trekkes på for å kritisere normer og samfunnets ideer om kjønn, kategorier og selvst. Kjønnen befinner seg ikke i kroppen, og stemmer innenfor denne diskursen anser kategorisering som begrensende og motsetter seg dette. Om behandling sier Espseth at «diagnostisering av menneskers måte å gjøre kjønn på avvises fullstendig på samme tid som menneskers behov for det vi kan kalle kjønnsbekreftende behandling ansees som ytterst reelt, men også «bare» en effekt av kjønnsnormene» (Espseth, 2017, s. 47). Behov for behandling er en reell konsekvens av samfunnets kjønnsnormer, istedenfor at behovet oppstår av et manglende samsvar mellom kropp og identitet.

Blant høringsinnspillene finner jeg ikke uttalelser som trekker tydelig på denne diskursen. Det betyr ikke at ingen av organisasjonene eller aktørene kan være preget av eller befinne seg innenfor denne diskursen. Det er mulig at stemmer som vanligvis benytter seg av idéene i kjønns mangfoldsdiskursen har tatt et strategisk valg når de har utformet høringsinnspill, i et forsøk på å benytte seg av argumenter og perspektiver som vil kunne ha politisk påvirkningskraft. I tillegg har jeg ikke gjort like grundige analyser av høringsinnspillene som retningslinjen, på grunn av det store omfanget av materialet og oppgavens begrensninger. Det har likevel vært nyttig og relevant å ha innsikt i høringsinnspillene, som en del av prosessen og konteksten til den ferdige retningslinjen.

Historisk har institusjonene involvert i behandlingstilbudet til personer med kjønnsinkongruens befunnet seg innenfor det Espseth kaller en biologi/medisin/juss-diskurs. Tokjønnsmodellen og skillet mellom *sex* og *gender* er sentralt i denne. Flere har pekt på at også norsk helsevesen, med Rikshospitalet, har vært dominert av denne diskursen (Bolsø, 2019; Espseth, 2017). Behandlingstilbudet har vært i form av et «kjønnskifte», som er basert på en binær kjønnsmodell med to tilgjengelige subjektposisjoner, mann og kvinne. I tillegg har skillet mellom sosialt og biologisk kjønn stått sterkt, og muliggjort betegnelser som «født i feil kropp». I et slikt behandlingstilbud blir problemforståelsen en dissonans mellom ens sosiale og biologiske kjønn. Dette betyr ikke at alle personer innenfor helsevesenet og helsemyndigheter personlig har delt disse oppfatningene, men at denne diskursen har vært den normative og dominerende innenfor offentlig helsehjelp.

Funnene mine viser at retningslinjen utfordrer den tidligere dominerende biologi/medisin/juss-diskursen. Retningslinjen sier det nokså tydelig selv, ved å først si at «Den binære forståelsen eller to-kjønnsmodellen var underliggende i den tidligere versjonen av ICD-10», for deretter å slå fast at «Dette er endret» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 46). Kjønnsforståelsen jeg fant i retningslinjen baserer seg på at folk har selvvalgte, og dermed ulike, sammensetninger av kjønnskomponenter som danner grunnlaget for deres helhetlige kjønnede opplevelse. Diagnoseteksten for kjønnsinkongruens er også eksplisitt inkluderende for ikke-binære kjønnsidentiteter. Kjønnsmodellen rommer flere måter å gjøre kjønn på enn bare mann og kvinne. Dette passer Espseths beskrivelse av identitetsdiskursen som mer mangfoldig enn biologi/medisin/juss-diskursen, men fortsatt med definerte kjønnede posisjoner. Kjennetegnet jeg spesielt la merke til er at det er «intet gitt forhold mellom identifisering, uttrykk og behov for kjønnsbekreftende behandling» (Espseth, 2017, s. 43), som stemmer overens med min observasjon om fri sammensetning av kjønnskomponenter. På grunnlag av disse likhetene vil jeg argumentere for at retningslinjen befinner seg innenfor identitetsdiskursen. Dette betyr at den bryter med, og dermed utfordrer, den tidligere dominerende diskursen innenfor norske helsemyndigheter. Identitetsdiskursen har fått et sterkere fotfeste innenfor medisinen.

## 6.2 Kjønnede symboler

Jeg har tidligere redegjort for hvordan denne oppgaven kan posisjoneres diskursivt. Nå ønsker jeg å redegjøre for min teoretiske innfallsvinkel til temaet. Fra mine røtter i sosialantropologi tar jeg med meg et symbolperspektiv, og en forståelse av kjønn som noe man *gjør* og konstruerer innenfor en kulturell kontekst. I hennes bok *Den åpne kroppen* (1998) utforsker antropolog Jorun Solheim meningskonstruksjonen av det symbolske, ved å ta utgangspunkt i kvinnekroppens metaforer og gjøre disse eksplisitte. Jeg er ikke ute etter det kvinnelige, ettersom mitt prosjekt handler om kjønn istedenfor



spesifikke kjønns kategorier, men jeg ser en overføringsverdi i Solheims arbeid. Jeg ønsker å trekke på strukturene og prosessene hun viser til for å forklare fenomenet med ikke-normative kropp. Solheim sier at kvinnekroppen er en spesifikk *symbolsk konstruksjon*, hvor den på samme tid både er implisert i og innskrevet i som kvinnelig subjekt (Solheim, 1998, s. 13). Teoretiseringen av kjønn som jeg ønsker å ta med meg videre i drøftingen er den som går utenfor det eksplisitt kvinnelige.

Solheim identifiserer det hun navngir som *kropps fundamentalisme*, en symbolsk representasjon av kjønn basert på den biologiske kroppen. Kroppsfundamentalismen er for Solheim et kjennetegn ved moderne kultur. I hennes bok er det kvinnelige symbolsk representert som det motsatte av mannskroppen i et binært system, på grunnlag av anatomiske trekk. Likevel er meningen, altså den symbolske betydningen, av menneskekroppen konstruert. Grunnen til at denne binære symbolske representasjonen virker som en naturlig gitt sannhet, er at meningsforbindelsen mellom anatomien og det den symboliserer sitter dypt. Den fysiske kroppen kan ikke, eller bare med stor anstrengelse, løsriives fra den symbolske betydningen den bærer på. Denne symbolske betydningen eksisterer også alltid i en kulturell kontekst som påvirker den. Som diskutert tidligere viser retningslinjen en tydelig oppdeling mellom kategorier, men har utvidet repertoaret til å inneholde mer enn bare mann og kvinne. Jeg gjenkjenner likevel kroppsfundamentalistiske trekk. Justerende behandling i retningslinjen går alltid i én retning, maskulin eller feminin, selv om man kan sette sammen komponenter fritt. Den symbolske dimensjonen til kroppen sitter dypt i samfunnet, og det er ikke noe som tilsier at dette skal være annerledes for kroppene til de av oss med ikke-normative kjønn.

Det at alle kropp er alltid bærer med seg symbolske betydninger er viktig, for det er, ifølge Solheim, gjennom symbolene innskrevet i våre kropp at vi danner utgangspunktet for å erkjenne verden, og for å danne vårt eget selvbilde. Våre kroppslige erfaringer blir også tolket og gitt mening, og er dermed ikke biologiske sannheter. Eller, slik Solheim sier det: «Enhver menneskelig kroppserfaring er – selv om det dreier seg om noe så tilsynelatende fundamentalt som sult, tørst eller smerte – alltid kulturelt formidlet og innskrevet i bestemte betydningsstrukturer, hvor kroppens signaler formes til tegn og symboler» (Solheim, 1998, s. 60). For meg gjelder dette også kjønnsinkongruens, som i diagnosteksten defineres som «en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn og tildelte kjønn» (Direktoratet for e-helse, 2020, s. 6). Denne erfaringen av inkongruens, av en mangel på samsvar, vil alltid være innenfor samfunnets betydningsstrukturer, og vil derfor alltid være sosial. Likevel oppleves kroppslige erfaringer for oss som fundamentale, fordi kroppen er så grunnleggende for vår erkjennelse. Kulturen innskriver symbolsk mening i en kropp, og det er gjennom disse meningene at vi opplever verden rundt oss. Det er det nære forholdet mellom kroppens symbolikk, vårt selvbilde og muligheten for å erkjenne som gjør at våre kroppslige erfaringer oppleves som så grunnleggende, og så sanne.

I likhet med Solheim anser jeg menneskers mulighet til å danne et bilde av seg selv som begrenset av samfunnets meningsrammer, men jeg vil presisere at jeg ikke anser mennesker som passive i meningsutvekslingen mellom kroppen og samfunnet. Erving Goffman presenterer det individuelle mennesket som en skuespiller, som må innom ulike scener i løpet av livet og spiller ut ulike roller. Teorien er at vi har ulike roller vi kan kommunisere, avhengig av hva vi vil kommunisere til omverdenen. Skuespilleren kan benytte seg av ulike verktøy for å manipulere måten de fremstår på – kulisser, klær og oppførsel. Disse verktøyene bærer med seg symbolsk mening. I likhet med teateret, har skuespilleren alltid et publikum bestående av menneskene rundt dem, som tolker og

vurderer deres opptreden. Innenfor samfunnets rammer er det spilleregler. For å spille ut en rolle slik at publikum «kjøper» opptredenen, må vi som skuespillere bruke symboler for å oppnå det inntrykket vi ønsker (Goffman, 1992). Det jeg ønsker å si med Goffmans dramaturgiske teori er at individet har et handlingsrom med mulighet for opprør og mostand, selv om det befinner seg i et system av allerede eksisterende meninger. Personer med kjønnsinkongruens deltar også i denne opptredenen av kjønn, og må i likhet med alle i samfunnet forvalte symboler på spesifikke måter. Eller, slik Agnes Bolsø sier det i hennes artikkel «Identitet og homopolitikk etter queer»: «Han blir mann fordi han forvalter tegn på maskulinitet og feminitet på kulturelt balanserte, adekvate og aksepterte måter» (Bolsø, 2007, s. 56). Individets bruk av symboler har dermed, om enn ubevisst, en hensikt. Uansett hvilken identitet de vil påkalle, må personer forvalte kjønne symboler, uavhengig av kjønnsinkongruens.

Jeg forstår kjønnsbekreftende behandling som en måte å gi personer verktøyene de opplever at de trenger for å kommunisere et spesifikt kjønn inntrykk. Samtidig er det å bruke symboler for å kommunisere kjønn er noe alle gjør. Det å endre og justere på kroppen er noe alle deltar i, uavhengig av hvilke identitetskategorier man skriver seg inn i. Vi forvalter alle symboler gjennom bruk av klesplagg, tilbehør, gester, ansiktsuttrykk og kroppsspråk. I Goffmans dramaturgi gjelder dette alle roller, men i denne oppgaven forholder jeg meg til kjønn. I tillegg til dette, modifiserer vi alle kroppene våre på ulike måter. Gjennom mat og aktivitetsnivå kan vi forsøke å endre formen på kroppen, i tillegg til at vi velger mellom hårfrisyrer, barberer kroppshår, bruker sminke, opererer nesene, tar piercing eller tatoverer huden. Modifikasjonene varierer fra små og flyktige, til inngripende og vedvarende. Likevel tjener alt dette kroppsarbeidet det samme formålet: å bringe kroppen nærmere ens ideelle bilde av en selv, å komme nærmere et bilde av noe(n) vi vil være.

Vi deltar altså alle i samme type kroppsarbeid og bruker mange av de samme taktikkene. Tilbydere av laserbehandling har ikke eksklusivt transkvinner som kunder, det tror jeg hadde vært en lite lønnsom businessmodell. Laserbehandling er også et tilbud for cispersoner, både menn og kvinner. Det samme gjelder kosmetiske kirurger som gjennomfører brystforstørrende inngrep. Likevel kaller vi dette samme inngrepet for *kjønnsbekreftende behandling* for transkvinner, og *kosmetisk kirurgi* for ciskvinner. De samme handlingene, med samme mål, blir omtalt annerledes utfra hvilken subjektposisjon individet befinner seg i, og dermed konstrueres det et skille.

### 6.3 Subjektposisjoner

Forskningsspørsmålet jeg stilte i kapittel 5 var *hva blir tatt for gitt i retningslinjen, og forblir dermed uproblematiskert og taust?* I kapittelet viste jeg hvordan retningslinjen anser barns kjønn som mer flytende enn voksnes, og at behandlingsmetodene er rangerte. Det blir tatt for gitt at behandling som skal endre kroppen er mer inngripende enn samtaler eller proteser. I tillegg er det to store momenter som ikke blir problematisert. Det første er identitetens nesten hellige og urørlige status – den skal ikke endres eller røres ved, og er rettesnoren for behandlingen. Det andre er at tiltakene i retningslinjen er forbeholdt individer, og dermed ikke tar for seg samfunnet. Dette gjelder i alle de fire kategoriene for tiltak; kunnskap, sosialt liv, psyke og identitet, og kropp. Tiltakene er ment for enkeltpersoner, som veiledning eller hormonbehandling, eller avgrensede grupper, som støtte for barns sosiale nettverk og kunnskapsløft hos helsepersonell. Gjennom denne problemrepresentasjonen plasseres ansvaret og problemet hos enkeltpersoner, istedenfor samfunnet. I retningslinjen står det at

«Kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk som skiller seg fra forventninger i omgivelsene fører hos noen personer til utfordringer, belastninger og negative reaksjoner fra omgivelsene» (Helsedirektoratet, 2020b, s. 37), og kan føre til minoritetsstress. Retningslinjen anerkjenner samfunnets holdninger og aksept som viktig for personers velvære, og derfor blir tausheten om samfunnets *ansvar* veldig høylytt.

I retningslinjen uttrykkes det at behandlingen skal ta utgangspunkt i personers erfaringer, og jeg ønsker å se nærmere på dette begrepet. I artikkelen «Erfaring» (1996) kritiserer Joan W. Scott måten historiefaget bruker og forstår konseptet *erfaring*. Spesifikt kritiserer hun måten individers erfaringer blir tatt for gitt som sannhet, spesielt i forskning som skal synliggjøre marginaliserte gruppers erfaring av undertrykkelse. Hun argumenterer for at forståelsen av erfaring som fakta naturaliserer forskjeller, og dermed unngår å stille spørsmål ved hvordan forskjellene etableres og virker.

Når man tar erfaring som utgangspunkt, er det det individuelle subjektets syn (personen som erfarer eller historikeren som gjenforteller) som utgjør grunnlag for fakta. På dette grunnlaget bygger man forklaringer. Spørsmål om erfaringenes konstruerte natur, om hvordan subjekter i utgangspunktet konstitueres som forskjellige, om hvordan ens eget syn struktureres – ens eget forhold til språk, diskurs og historie – utelates. På denne måten blir erfaringene et bevis for selve forskjellen, og ikke en måte å utforske hvordan forskjellene etableres og virker på, eller hvordan de konstituerer seende og handlende subjekter i verden. (Scott, 1996, s. 14–15)

I artikkelen bruker Scott homoseksualitet som eksempel, men jeg ser paralleller til mitt materiale. Spesielt i formuleringen av erfaring som *utgangspunkt* for forskning ser jeg likheter med hvordan kjønnsidentitet og selvforståelse er et utgangspunkt for behandling i retningslinjen. I mitt materiale er det tatt for gitt at kjønnsidentiteten skal være rettesnoren for behandling. Ettersom retningslinjen tilrettelegger for justering av sosiale forhold og kroppen, men ikke identiteten, er resultatet at identiteten får en høyere status av sannhet. Scotts argument om naturalisering går som dette: ved å behandle erfaring som utvilsomme sannheter behandler vi noen karakteristikk som iboende, istedenfor konstruerte. Alternativet som legges frem er å forstå erfaring som noe som blir *skapt*, og undersøke hvordan subjekter, identitet og erfaring produseres gjennom diskurs (Scott, 1996, s. 15). Dette blir viktig for meg når jeg senere i drøftingen skal undersøke skillet mellom cis og trans.

I kapittel 5 ga jeg et kort inntrykk av hvordan jeg forstår identitetsbegrepet, da som et samspill mellom samfunn og identitet. Jeg presiserte at kategorier er noe annerledes enn identitet, siden andre kan plassere en i kategorier man ikke identifiserer seg med, og motsatt. Kategorier er også sosialt og historisk betingede. En person har alltid flere identiteter, hvor kjønnsidentitet er en av dem, og personer lever ut sine identiteter på forskjellige vis (Lorentzen & Mühleisen, 2006). Når det kommer til hvordan jeg forstår identitetsbegrepet henter jeg blant annet inspirasjon fra Linda M. Alcoffs introduksjonskapittel i boken *Identities. Race, Class, Gender and Nationality* (2003). Hun argumenterer for identitet som noe kollektivt, som kun gir mening innenfor en sosial kontekst. Idéen om *selvet* er dermed ikke uavhengig av andre. Individer former sin egen identitet innenfor samfunnets rammer, og ens identitet vil dermed alltid være historisk og kulturelt betinget.

Individuals make their own identity, but not under conditions of their own choosing. In fact, identities are often created in the crucible of colonialism, racial and sexual subordination, and national conflicts, but also in the specificity of groups histories and structural position. (Alcoff, 2003, s. 3)

Alcoff peker på at identitet er viktig og har reelle konsekvenser for folk. Plassering i en sosial kategori påvirker ens sosiale liv og rolle i form av arbeid, vennskap, rettigheter og mer. For Scott og Alcoff er erfaring og identitet ikke bare viktig i enkeltpersoners liv, men også politisk. Identitetsdannelse innebærer å identifisere og opprettholde grenser, og gjennom denne prosessen vil noen karakteristikk bli gjort viktigere enn andre. Alt dette skjer innenfor samfunnets rammer, inkludert undertrykkende og diskriminerende forhold (Alcoff, 2003, s. 7).

Bacchis definisjon av makt slik begrepet brukes i WPR-tilnærmingen henter mye fra Foucault. En foucauldisk forståelse presenterer makt som en produktiv og skapende kraft som former forståelsen av selvet og verden, hvor effekten av makt er det interessante å undersøke (Bacchi, 2009, s. 38). Foucault sier at «it is already one of the prime effects of power that certain bodies, certain gestures, certain discourses, certain desires, come to be identified and constituted as individuals» (Foucault, referert i Bacchi, 2009, s. 38). Kroppen er et sted hvor makt blir utøvd og utfordret, og er dermed produkt og bevis for en type makt som er strukturell og produktiv. Makten kan blant annet utøves gjennom disiplinering, og det er gjennom denne prosessen at kroppene våre produseres som kjønnede. Kjønn blir altså alltid disiplinert, og makt er dermed alltid en del av dannelsen av vår kjønnsforståelse. Kroppen vår i seg selv er ikke iboende kjønn, siden den ikke kan kommunisere (kjønnet) mening om den var atskilt fra språk og symbolikk (Salamon, 2010). Den produktive og skapende makten som produserer kjønnede kropp, produserer også subjekter.

Subjektet har en dobbelthet ved seg: På den ene siden er den en aktiv instans som tenker, snakker, handler, føler; på den andre siden er subjektet selv underkastet og formet av noe utenfor det selv [...]. De to tingene henger sammen. Det er nettopp *fordi* vi blir til som psykologiske og sosiale subjekter i en bestemt historisk og samfunnsmessig kontekst, at vi også blir i stand til å tenke, snakke, handle og føle på en forståelig måte som selvstendige individer. (Lorentzen & Mühleisen, 2006, s. 157)

Et subjekt er noe annet enn identitet. Som Lorentzen og Mühleisen sier i sitatet over, er det som subjekter at vi blir i stand til å ha identiteter. Det er som subjekter at vi snakker og handler, men vi blir også formet *som* subjekter. Dette skjer gjennom den produktive og skapende makten vi finner i diskurser. Diskurs former vår forståelse av verden og oss selv, og subjektet blir alltid produsert innenfor en diskurs. Denne prosessen kalles *subjektifisering*, og Bacchi oppsummerer den slik: «we become subjects of a particular kind partly through the ways in which policies set up social relationships and our place (position) within them. This setting up of social relationships takes place within discourse.» (Bacchi, 2009, s. 16). Politikk etablerer sosiale forhold, og gjør dermed også noen spesifikke subjektposisjoner tilgjengelig.

Politikk er derfor viktig for måten vi forstår oss selv. Jeg finner *dividing practices*, som en type sosialt forhold, spesielt nyttig for å diskutere forholdet mellom subjektposisjonene cis og trans.

*Dividing practices*: a term used by Foucault to describe the practices that set some (marginalised) groups against other (mainstream) groups, and/or that set up divisions or tensions within political subjects. Attention to dividing practices offers insights into the ways in which governmental targeting of the socially marginal assists in regulating the wider population. (Bacchi, 2009, s. 275)

Det å etablere motsetninger mellom grupper, er en måte å styre og kontrollere en populasjon på. Dette gjøres spesielt gjennom å sette opp marginaliserte grupper mot dominerende grupper i samfunnet. Når staten gir spesifikk oppmerksomhet til marginaliserte grupper, for eksempel personer med kjønnsinkongruens, er dette også en

måte å regulere den øvrige populasjonen på. Kjønn blir regulert i og med at noen måter å gjøre kjønn på blir kategorisert som annerledes, og dermed sortert ut av det normative. Identitetsdiskursen, som retningslinjen finner seg innenfor, etablerer tydelige kategorier som trans, cis og ikke-binær. All *behandlingen* i retningslinjen er for ikke-kjønnsnormative personer, mens tiltak som veiledning gis til pårørende. Det å forstå og akseptere ikke-kjønnsnormative personer er fremstilt som en potensiell utfordring for cispersoner, som må få veiledning fra helsepersonell. En slik fremstilling etablerer transpersoner med kjønnsinkongruens om noe radikalt annerledes enn cispersoner, og jeg ser på dette som det Foucault betegner som *dividing practices*.

## 6.4 Skillet mellom cis og trans

I denne seksjonen vil jeg rette et kritisk blikk på skillet mellom kategoriene cis og trans. Målet mitt er ikke å avdekke sannheter om eller ved gruppene, men å undersøke premissene for hvordan de blir etablert. Sentralt i dette skillet er idéer om kjønn, subjekt og kropp. I denne delen finner jeg det nyttig å bruke Judith Butlers teori om performativitet og Gayle Salamons utforskning av kroppsliggjøring, subjektivitet og ikke-normative kjønnsidentiteter.

I boken *Gender Trouble* (1990) og *Bodies That Matter* (2011) diskuterer Butler feminismens sterke samling rundt kategorien kvinne som et universelt og tydelig avgrenset fenomen, og skillet mellom *sex* og *gender*, på norsk ofte oversatt som henholdsvis biologisk og sosialt kjønn. Butlers kritikk av feminismen går ut på at det ikke finnes et stabilt og universelt kvinnelig subjekt, og at feminismen regulerer og reproducerer det den forsøker å representere. Dette er en kritikk som for Butler er gjeldende for all politisk aktivitet basert på identitet (1990, s. 4). Skillet mellom *sex* og *gender* går ut på at ens biologiske kjønn er definert av kroppen, men at ens sosiale kjønn er noe man *blir* gjennom sosialisering i samfunnet. Dette gjorde det mulig for feminismen å utfordre idéer om at kroppen var avgjørende for ens identitet, seksualitet og samfunnsrolle, ettersom eksistensen av et sosialt kjønn åpnet for muligheter for endring. Ens biologiske kjønn ble likevel værende som en urokkelig og vitenskapelig sannhet, og det er dette Butler kritiserer når hun tar for seg skillet.

If the immutable character of sex is contested, perhaps this construct called "sex" is as culturally constructed as gender; indeed, perhaps it was always already gender, with the consequence that the distinction between sex and gender turns out to be no distinction at all. (Butler, 1990, s. 7)

Butler utfordrer idéen om biologisk kjønn som en sannhet, og sier at biologisk kjønn, på samme måte som sosialt kjønn, er konstruert. Jeg vil også peke på at konstruksjonen av biologisk kjønn slik vi forstår det i dag har fortsatt å være binært og todelt, selv når forståelsen av sosialt kjønn har blitt mer mangfoldig, som har resultert i at ikke-normative *biologiske* kroppar har blitt silt ut. Butlers teori bidrar med en ramme som lar oss forstå konstruksjonen av interkjønn som subjektposisjon. Jeg har tidligere i denne oppgaven benyttet meg av diskurs-begrepet slik det brukes av Foucault, og Butler henter mye fra ham. Butlers teori om performativitet er sentral i å forstå hennes kritikk. Kjønn, sier Butler, er performativt i den forstand at det er en *gjøren* istedenfor *væren*.

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, of a natural sort of being. (Butler, 1990, s. 33)

Kjønn er altså noe vi gjør ved repetisjon av spesifikke handlinger, handlinger som gir et inntrykk av et kjønn samtidig som vi blir konstituert som kjønnete subjekter.

Repetisjonen er nødvendig for å vedlikeholde subjektets kjønn, og samfunnets idéer – inkludert idéer om biologisk kjønn. Dette betyr også at det ikke finnes noe kjønn forut handlingene, eller forut for diskursen, ettersom det blir etablert gjennom nettopp handlingene. Performativ oppførsel etablerer subjektet, ergo er det ikke noe subjekt som kan uttrykke en iboende kjønnsidentitet, siden subjektet og kjønnnet først dannes i prosessen Butler beskriver.

Disse «stylized repetition of acts», som Butler beskriver, etterstreber å gjenskape en tiltenkt original. Denne originalen er fiktiv, og består istedenfor av dominerende idéer i diskurs om hva som utgjør kjønns kategorier som mann, kvinne, trans, ikke-binær, og så videre. Idéer om hva som utgjør en kvinne (og selve kategorien kvinne) er en diskursiv effekt, preget av makt, som munner ut i normer. I forsøket på å kopiere denne originalen, ender kjønn opp med å være en kopi av en kopi. Originalen, som en prediskursiv sannhet, finnes ikke, men blir konstruert gjennom måten vi gjør kjønn. Repetisjon er et viktig element av performativitet, og det er her muligheter for opprør og endring ligger. En etterlikning vil aldri kunne være nøyaktig, og ingen kan leve fullstendig opp til den konstruerte originalen (idealet), som vil si at kjønnnet og våre idealer alltid er ustabile.

Butlers poeng er at også biologisk kjønn er performativt. Dette betyr ikke at Butler benekter den biologiske kroppen. Hennes formål er å denaturalisere meningene vi tillegger kroppen, og vise at vår forståelse av biologisk kjønn er koblet til vestlig vitenskap. Biologisk kjønn er konstruert som noe førspråklig, objektivt sant og binært (Mortensen et al., 2008, s. 75). Biologisk kjønn, slik vi forstår det i dag, er en diskursiv effekt, og slik vi har diskutert tidligere er diskurs og måten vi tenker om ting alltid preget av makt.

Det er det sosiale kjønnnet som kommer først, og som skaper den illusjonen om at det finnes et biologisk kjønn som er mer opprinnelig, mer «naturlig», og på den måten konstituerer en slags «indre essens» som de ytre uttrykkene for kjønn etterligner. Det biologiske kjønnnet er med andre ord en effekt av det sosiale kjønnnet. (Mortensen et al., 2008, s. 77)

Jeg finner Butlers teori om performativitet og perspektiv på biologisk kjønn spesielt nyttig fordi det utfordrer noen tanker og idéer samfunnet har om kropp, som i stor grad tas for gitt. Disse ser jeg igjen i retningslinjen, hvor kropp er en av kjønnskomponentene som til sammen utgjør en persons hele kjønnede opplevelse. I tillegg er kategoriene mann og kvinne performative, og i behov av at vi repeterer normene og fester dem i institusjonene rundt oss. Dette gjelder også kategoriene cis og trans. Retningslinjen er en del av diskursen som etablerer hva som er godkjente handlinger for ulike kategorier, og dermed skillet mellom dem. Trans blir reproduisert og silt ut som ikke-normative subjektposisjoner.

Gayle Salamons bok *Assuming a Body* fra 2010 utforsker kroppsliggjøring gjennom fenomenologi, psykoanalyse og skeiv teori, og diskuterer disse i lys subjektivitet og ikke-normative kjønnsidentiteter. Jeg er spesielt interessert i å se på hennes diskusjon om forholdet mellom det materielle og psykiske når det kommer til kropp, og hvordan vi kan forstå kroppen. Jeg ønsker å ha et kritisk blikk på måten ikke-normative subjektposisjoner blir skapt, uten å undergrave de reelle erfaringene til transpersoner. Disse to perspektivene mener jeg Salamon balanserer bra. Hun sier at en teoretisering av kjønn, ved å undersøke sosiale strukturer som muliggjør kjønnede posisjoner, ikke er det samme som å avskrive kategorier som meningsløse (Salamon, 2010, s. 71).

Salamon argumenterer for kroppen, ikke bare kjønn, som et sosialt konstruert fenomen, og presiserer at dette ikke betyr at man ignorerer det hun kaller for en «felt sense» av kroppen. Forståelsen av kroppen som sosialt konstruert er istedenfor en måte å undersøke *hvordan* denne selvfølelsen oppstår, og hva den gir oss (Salamon, 2010, s. 77). Vårt selv bilde er en identifiseringsprosess, hvor vi identifiserer oss med subjektposisjoner som eksisterer i samfunnet og er assosiert med enkelte symboler. Selvbildet vårt er dermed alltid formet av vår kulturelle kontekst, og det er gjennom selvbildet av vi som subjektet kan begripe kroppene våre. Kroppen blir også konstruert i en sosial kontekst, og vil ikke bære noe mening dersom den separeres fra språk og symbolikk. Kroppen, slik den eksisterer og spilles ut i samfunnet, er dermed ikke biologisk gitt – selv om den består av biologisk materiale. Siden kroppen vår må konstrueres og begripes gjennom subjektet, betyr dette at *alle* må forestille seg en kropp, ettersom det ikke er en gitt sannhet ved den. På grunn av dette vil forestillingene om den aldri kunne være nøyaktig den samme som den faktiske kroppen.

Salamon utfordrer den moderne idéen, og til dels målet, om et *helhetlig* og fullkomment selv. Hun teoretiserer om subjektet som fragmentert, hvor deler som kropp og psyke også er delt opp. Verken kroppen eller psyken er helheter, og disse ukomplette delene kan ikke sammen danne en komplett enhet. Forståelsen av *selvet* som helhet er dermed konstruert gjennom selvbildet vårt, som danner kontinuitet og sammenheng selv om kroppen og psyken forandrer seg med tid.

Salamon sier at «the constituent parts of the body cannot be thought as biologically given prior to their assemblage» (2010, s. 30), altså er kroppen opprinnelig et fragmentert fenomen som blir *konstruert* som en helhet. Meningen tilknyttet ulike kroppsdelene, og betydningen av forholdet mellom dem, er ikke gitt – vi setter dem sammen til vår forståelse av en enkelt kropp. En slik forståelse gjør det mulig å anerkjenne mangfoldet i biologisk kjønn, for eksempel interkjønnskropper, hvor et forsøk på å konstruere kropper som en helhet og definere faste forhold mellom kroppsdelene produserer kategorien, istedenfor at slike kropper og subjektposisjoners eksistens er prediskursiv. I retningslinjen forstås kjønn som et fenomen fragmentert inn i flere komponenter, hvor kroppen er en av dem, og Salamon viser hvordan kroppen, diskursivt, også settes sammen av komponenter. Selvfølelsen er det som lar oss oppleve kroppen som en helhet (Salamon, 2010, s. 4).

Argumentet til Salamon munner ut i at «the body of which one has a “felt sense” is not necessarily contiguous with the physical body as it is perceived from the outside» (Salamon, 2010, s. 14), og at dette er tilfellet for både normative og ikke-normative kjønnete subjekter. Det trenger ikke å være en sammenheng mellom selvoppfattelsen av kroppen, og kroppens fysiske form, og et manglende samsvar trenger ikke å defineres som sykt. Målet om å unngå sykliggjøring fører til en spenning i retningslinjen som aldri blir løst, og som vil være vanskelig å løse med en forståelse av kjønnsinkongruens som noe som er såpass annerledes at det er fremmed og uforståelig for normativt kjønnete subjekter.

Faktisk, sier Salamon, er et manglende samsvar mellom selvoppfattelse og fysisk kropp grunnleggende for å kunne etablere et normativt kjønn. Her kritiserer hun en deterministisk tankegang om normative og ikke-normative kropper, hvor kroppen til mennesker som er cis og trans blir forstått som grunnleggende forskjellige. Selv om kjønnsinkongruens, en kategori for det ikke-normative, kan romme mange ulike kategorier og identiteter, blir de etablert som noe annerledes enn normative kropper.

Disse kroppene trenger særbehandling, en forståelse som blir uttrykt og sementert gjennom en egen retningslinje for behandling. Retningslinjens, og identitetsdiskursens, forsøk på å introdusere nye subjektposisjoner vil ikke endre den strukturelle posisjoneringen av disse kroppene som noe grunnleggende annerledes enn normative kropp.

Når uoverensstemmelsen i retningslinjen ikke er mellom kjønnskomponenter, men mellom subjektets selvforståelse og kroppens situasjon, utfordrer dette forståelsen av kjønnsinkongruens som et radikalt annerledes, fremmed og utenkelig fenomen for cispersoner. Når man tenker på konflikten mellom subjekt og kropp slik Salamon gjør, blir det vanskelig å rettferdiggjøre en forståelse av kjønnsinkongruens som noe som alltid bærer med seg et potensiale for skade. Retningslinjen forsøker å motvirke forståelsen av personer med kjønnsinkongruens som iboende syke, men havner i et dilemma med at det alltid er et *potensiale* for å utvikle negative symptomer. I likhet med retningslinjen anerkjenner jeg sykeliggjøring som problematisk, og som noe som kan føre med seg stigmatisering.

Ved å bruke diagnoser som «kjønnsinkongruens» (eller begrep som kjønnsdysfori eller transseksualisme) etablerer vi spesifikke patologiserte subjektposisjoner, på samme måte som homoseksualitet ble diskursivt etablert som kategori gjennom medisinen (Foucault, 1999). Gjennom forholdet mellom posisjonene cis og trans konstruerer vi kroppstrøbbel hos transpersoner som noe iboende annerledes enn hos cispersoner. Kjønnsinkongruens som opplevelse vil alltid være definert i motsetning til cispersoners tiltenkte opplevelse av samsvar mellom subjekt og kropp, men transpersoners kroppstrøbbel blir annerledes i lys av at de er trans. Men er opplevelser av forhold mellom subjekt og kropp virkelig så annerledes? Teoretisk kan de i alle fall forstås som beslektede.

Slik begrepet *dividing practices* legges frem, er ikke forholdet mellom gruppene gitt. Forholdet mellom cis og trans er diskursivt etablert. Ved å sette opp subjektposisjonen trans som noe radikalt annerledes fra den normative subjektposisjonen cis, blir rammene for kjønn tydeliggjort. Skillet bidrar til å reprodusere og forsterke den normative kjønnsforståelsen. Jeg viser tilbake til at jeg plasserte retningslinjen i det Luca Dalen Espseth i sin masteroppgave kalte identitetsdiskurs, hvor skillet mellom cis og trans er en sentral del. Ettersom subjekter etableres via allerede eksisterende meningsstrukturer, vil ikke identitetsdiskursen utfordre normen i stor grad. Skillet mellom normativ og ikke-normativ vil fortsatt eksistere og reproduseres.

Når det kommer til inkongruens mellom subjekt og kropp er jeg enig med Salamon, og ser ikke på dette som noe eksklusivt for transpersoner. Insisteringen på at transpersoners kroppslige erfaringer, eller «felt sense», grunnleggende er annerledes enn cispersoners, muliggjør sykeliggjøringen av en inkongruens mellom subjekt og kropp, og tåkelegger dynamikken mellom subjektet og kroppen, som gjelder for alle uavhengig av kategorisk tilhørighet. En forståelse av kjønnstrøbbel som noe mer universelt, som kommer av måten vi som subjekter må begripe våre kropp, istedenfor noe radikalt annerledes, er for meg en mer produktiv måte å utfordre sykeliggjøringen på lang sikt.



## 7 Avslutning

Hvordan forstår norske helsemyndigheter kjønnsinkongruens som problem, og hvilke kjønnsforståelser ligger i problemforståelsen(e)?

Dette er problemstillingen jeg presenterte i første kapittel av denne oppgaven, og som jeg har utforsket i de følgende kapitlene. Jeg har fulgt prosessen til Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for kjønnsinkongruens, og dermed hatt et datamateriale bestående av utkast, høringsinnspill og ferdigstilt produkt. Analysen har fokusert på retningslinjen, og hva den representerer som problemer, hvilke forståelser av kjønn som ligger under disse representasjonene og hva som forblir taust.

Fra min analyse av tiltakene i retningslinjen finner jeg to måter kjønnsinkongruens blir problematisk på. Den første er når personer møter mangel på bekreftelse og aksept for sin identitet og måter de uttrykker sitt kjønn. Som løsning foreslår retningslinjen å arbeide med at nettverket til barn og unge burde få veiledning slik at de finner støtte og aksept i sitt nærmiljø. I tillegg foreslås det kompetanseheving av helsepersonell som skal møte personer med kjønnsinkongruens. Det andre er når personer opplever et manglende samsvar mellom deres ønsker for kjønnsuttrykk, kropp og sosial rolle, og situasjonen de er i, og at dette manglende samsvaret oppleves som en belastning.

Kjønn er symbolsk i den forstand at enkelte karakteristikk ved kroppen påkaller spesifikke kjønns kategorier. Kjønn er sosialt, og skjer i meningsutvekslingen mellom individ og samfunn. Alle må forholde seg til disse symbolene, bevisst eller ubevisst, og forvalte (eller unngå) dem i et forsøk på å kommunisere ønsket kjønnsuttrykk. Ved å endre på kroppen endrer vi hvordan vi uttrykker kjønn, og dermed også hvordan vi oppfattes og tolkes av andre. Dette kroppsarbeidet er en praksis alle i samfunnet deltar i, og til en viss grad er vårt uttrykk begrenset av kroppens rammer. I et samfunn hvor hårvekst i ansiktet er et symbol på maskulinitet, vil personer med hårvekst i ansiktet ha problemer med å bli lest som feminine. Personer kan møte mangel på aksept for sin kjønnsidentitet dersom den ikke stemmer overens med samfunnets tolkning av symbolene en forvalter. Kjønnsbekreftende behandling er en måte gjøre verktøy (symboler) tilgjengelige for personer, som igjen lar dem uttrykke kjønn på måter de selv ønsker.

Retningslinjens forståelse av kjønn er sentralt for å forstå problemrepresentasjonen av kjønnsinkongruens som et manglende samsvar mellom ønske og situasjon. Analysen min viser at i retningslinjen er kjønn forstått som noe fragmentert, bestående av flere deler som til sammen utgjør en persons helhetlige opplevelse av kjønn, hvor delene ikke har et fast og forhåndsbestemt forhold til hverandre. Kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kroppen utgjør noen av disse byggesteinene, hvor det er opp til individet å bestemme formen og størrelsen på steinene, og hvordan de settes sammen. Enhver person er fri til å sette sammen sitt kjønn, uten forventninger om spesifikke konstruksjoner – i alle fall fra helsevesenet. Det manglende samsvaret jeg nevnte i forrige avsnitt, skjer mellom to ulike sammensetninger. På den ene siden er en persons ønsker og idealer for hvordan deres kjønnsuttrykk og kropp skal være, og på den andre er hvordan byggesteinene er satt sammen akkurat nå. For noen kan smerten som kommer av dissonansen mellom disse bildene bli løst ved veiledning, og dermed endre *betydningen* av distansen. For

andre er ikke dette tilstrekkelig, og løsningen er da å gjøre endringer, reversible eller irreversible, på kropp og kjønnsuttrykk for å bringe bildene nærmere hverandre.

En sentral endring ved overgangen til kjønnsinkongruens som diagnosen, er vektleggingen på at det ikke er en psykisk lidelse. Målet er å unngå unødig sykeliggjøring av personer med kjønnsinkongruens. Likevel blir retningslinjen stående i et uløst dilemma. På en side sier de at flere med kjønnsinkongruens lever uten problemer, men at noen opplever smerte og ubehag som medfører et behov for behandling. Dette betyr at potensialet for disse negative symptomene alltid er der. Dette problemet, mener jeg, vil vedvare så lenge skillet mellom cis og trans står sterkt. Gayle Salamon (2010) beskriver forholdet mellom det materielle og psykiske ved kroppen, og sier at det alltid er en viss ulikhet mellom kroppen slik vi begriper den, og den fysiske kroppen sett utenfra. Dette kommer av at kroppen begripes og konstrueres gjennom subjektet, og blir påvirket av den kulturelle konteksten vi befinner oss i. Kroppen består av biologisk materie som subjektet fester ulike meninger til, og vever det hele sammen til en forståelse av én helhetlig kropp. Alle må nødvendigvis begripe kroppene sine, og alle vil sitte igjen med ulike avstander mellom den fysiske kroppen og vårt eget bilde av den. Merkelapper som trans og kjønnsinkongruens etablerer noen posisjoner som tydelig deler mennesker opp i normative og ikke-normative kropp, hvor kjønnsstrøbbelet til personer som er trans blir forstått som noe grunnleggende annerledes. I tillegg til å muliggjøre sykeliggjøring og stigmatisering av transpersoner og ikke-normative kropp, gjør en slik fremstilling det vanskeligere å diskutere kroppstrøbbelet hos cispersoner, siden all følelse av kjønnsinkongruens er reservert transpersoner. En forståelse av kjønnsinkongruens som en effekt av hvordan vi begriper våre kropp dekonstruerer skillet mellom cis og trans, utfordrer forståelsen av trans som noe uforståelig for og annerledes enn cispersoner, og bidrar også med en mulig løsning på dilemmaet med sykeliggjøring. Noe som forekommer av noe såpass universelt som å være et subjekt med en kropp, er vanskeligere å patologisere.

Et annet sentralt funn er identitetens status i behandlingen. Den er eksplisitt sagt å skulle være rettesnoren for behandlingen, og får en urørlig status. Den skal støttes opp under, mens kroppen og opplevelsen av ens kjønn kan modifiseres og endres. Unntakene er når man kan stille spørsmål ved identitetens pålitelighet. Ettersom en oppfattet stabilitet av identiteten er et krav for kjønnsinkongruens, betyr dette at noen gruppers identitet får mindre tillit enn andre. En gruppe er personer med psykiske lidelser, selv om retningslinjen er vag om hvilke. Et annet unntak, som er mer tydelig, er barn. Barns kjønnsidentitet er oppfattet som noe flytende, som segmenterer seg med alderen. Kjønnsatferd er «lek», som ufarliggjør normbrytende atferd og forsikrer at barns atferd ikke er en trussel for linjene samfunnet har trukket opp rundt kjønnskategoriene. Jeg mener at retningslinjen, gjennom å bruke identiteten som rettesnor for behandling, naturaliserer den og gir den en status som sannhet.

Judith Butlers (1990, 2011) teori om performativitet sier at vi blir til som kjønnete subjekter gjennom handlinger, som vi repeterer for å produsere og vedlikeholde vår status nettopp som kjønnete subjekter. Det finnes derfor ikke noe subjekt som kan uttrykke en iboende identitet, siden subjektet og kjønn konstrueres gjennom handling. Jeg mener at retningslinjens bruk av identiteten som en rettesnor i behandlingen etablerer den som en slags iboende essens, lokalisert dypt i vårt indre, urørlig og hellig. Idéen om identitet og kjønn som noe iboende og prediskursivt blir produsert, og støttes opp under det individualistiske perspektivet i retningslinjen. Dette begrenser

retningslinjens potensiale til å studere de sosiale og strukturelle mekanismene som former vår identitet, ved å naturalisere identitetens status som udiskutabel sannhet.

Samfunnet blir for meg elefanten i rommet, en taushet som tar stor plass. Retningslinjen anerkjenner at negative holdninger i samfunnet har negative konsekvenser for personer, men tilbyr få løsninger for å endre på dette. I stedetfor skal individer behandles, og ansvaret for problemet blir dermed også lagt på disse. I drøftingen og nå i avslutningen har jeg vist hvordan identitet og kjønn er et kollektivt anliggende, ikke et individuelt. Kjønn er noe som gjøres innenfor samfunnets rammer, etter samfunnets normer og spilleregler. I teorikapittelet diskuterte jeg også hvordan diskurser har en regulerende effekt gjennom disiplin (Foucault, 1977), og at retningslinjen kan ses på disiplinerende fra måten den sorterer ut enkelte kropper og subjekter som ikke-normative. Normativ kjønnsatferd sementeres gjennom et konstruert skille mellom trans og cis som binære motstående subjektposisjoner. Samfunnet spiller en stor rolle i hvordan vi gjør og forstår kjønn, og selv om helsemyndigheter ikke har som mål å «behandle» samfunnet, synes jeg en forståelse av kjønn uten forståelse for samfunnets påvirkning blir ukomplett.

Disse funnene gjør at jeg ser et skille mellom forståelsen av kjønn og kjønnsinkongruens i retningslinjen, og forståelser som tidligere har dominert behandling for transpersoner. Tidligere forskning på feltet viser at kjønnsbekreftende behandling har vært preget av den binære tokjønnsmodellen, hvor mann og kvinne var de eneste «godkjente» tilgjengelige posisjonene, med snevre kriterier for innpass. Her ser jeg et tydelig brudd i retningslinjen, og dermed en endring i forståelsen av kjønn og trans i norsk helsesektor. Retningslinjens kjønnsforståelse tillater for flere og mer mangfoldige posisjoner, og legger mer vekt på identitet enn biologi og medisin.

Dette betyr ikke at dette er den rådende diskursen i hele helsevesenet og i helsemyndighetene. Andre forståelser og diskurser er fortsatt i spill, eksemplifisert i noen av høringsinnspillene til utkastet til retningslinjen og mediedebatter. Helsedirektoratet er likevel en aktør det er verdt å legge merke til, og som har tatt et tydelig valg. Mitt arbeid representerer et øyeblikksbilde, som sammen med tidligere forskning gjør det mulig å se hvordan forståelser og idéer slipes mot hverandre og kjemper for dominans, og over lengre tid forhåpentligvis vil gjøre det mulig å spore endringer. Datamaterialet mitt er et resultat av en lengre tråd med endringer i lovgivning, diagnoser og forståelse, og gir et bilde av hvor vi er per i dag. Dette betyr også at jeg ikke kan si noe om behandlingen i praksis, eller hvordan den oppleves for personene som ønsker den. Retningslinjens eventuelle påvirkning på helsetilbudet og dens reelle effekt og betydning for transpersoners levde liv, blir et tema for fremtidig forskning.

Andre ting som fanget min oppmerksomhet, men som dessverre ikke fikk plass i denne oppgaven, er en videre utforskning av forskjellen i hvordan vi forstår barn og voksnes kjønn i kontrast med hverandre, og hvilken status ulike former for kunnskap har. Flere av høringsinnspillene diskuterte kunnskapsgrunnlaget til utkastet, og hvorvidt det var bra nok, og dermed om det var forsvarlig å lage anbefalinger på bakgrunn av disse. Dette kunne ledet til en interessant diskusjon om hva som teller som gyldig kunnskap når det kommer til kjønnsinkongruens, og dermed også hvem som vet noe om og som har definisjonsmakt når det kommer til kjønn.

Jeg har oppsummert funnene fra analysen, og refleksjonene mine rundt disse. Det er spennende å se et brudd med tidligere rådende idéer i helsemyndigheter, og vi vet ennå ikke hvilken påvirkningskraft retningslinjen vil ha. Kritikken jeg har gitt går hovedsakelig ut på at retningslinjen opprettholder et individualistisk perspektiv på kjønn og

reproduserer konstruerte skiller mellom ulike kropper og kjønnede subjekter, og slik reduserer potensialet til å ilegge samfunnet det ansvaret det har og motvirke sykeliggjøring. Jeg vil si at jeg likevel ikke er misfornøyd med retningslinjen som helhet. Gjennom å ta i bruk ny terminologi og legge nye forståelser av kjønn til grunn for anbefalingene har den et potensiale for å påvirke behandlingspraksisen i Norge. Kritikken min av retningslinjens potensiale til å utfordre rådende kjønnsnormer i samfunnet og dilemmaet med sykeliggjøring er ikke i konflikt med perspektivet om at transpersoners behov for helsehjelp er reelt. På samme måte som idéen om det konstruerte skillet mellom sosialt og biologisk kjønn var viktig for feminismen og kvinners rettigheter, håper jeg at retningslinjens kjønnsforståelse blir en viktig og positiv faktor for transpersoners levde liv. Samtidig håper jeg at retningslinjen er et trinn som kan føre oss videre, og at vi ikke stopper og venter på dette trinnet for lenge.

# Referanser

- Aase, T. F., & Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. (2. utg.). Universitetsforlaget
- Alcoff, L. M. (2003). Introduction. Identities: Modern and Postmodern. I L. M. Alcoff & M. Eduardo (Red.), *Identities. Race, Class, Gender and Nationality* (s. 1–8). Blackwell Publishing.
- Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be?* Pearson Australia.
- Bolsø, A. (2007). Identitet og homopolitikk etter queer. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 31(4), 50–70.
- Bolsø, A. (2019). Kroppen og fantasiene om den. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 43(04), 259–272. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2019-04-02>
- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40.
- Bratberg, Ø. (2017). *Tekstanalyse for samfunnsvitere* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Brodersen, M. B. (2019). *Være homo eller gjøre kjønn?: Endringer i kjønnsforståelsene i den seksualpolitiske debatten 2003-2017* [Masteroppgave]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.
- Butler, J. (2011). *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of «Sex»*. Routledge.
- Dagbladet Meninger. (2018, juli 24). - Per er ikke «egentlig» jente fordi han liker kjoler og neglelakk [Statusoppdatering]. Facebook. <https://www.facebook.com/dbmeninger/posts/1936752129715896>
- Decaen, M. (2020, januar 28). – En eksplosjon av bekymringer. *BLIKK*. <https://blikk.no/a/184155>
- Direktoratet for e-helse. (2019). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2019*. Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Direktoratet for e-helse. (2020). *Endringsdokument for norsk utgave av ICD-10 2020-2021*. Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Direktoratet for e-helse. (2021, januar 1). *FinnKode 2021 Versjon 6.0.2*. FinnKode. <https://finnkode.ehelse.no/#help/0/-1/-1/-1>
- Direktoratet for e-helse. (u.å.). *Kodeliste ICD-10 2021 (excel)*. Direktoratet for e-helse. Hentet 5. desember 2020 fra <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Drage, C. (2017). *Kjønn i endring* [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

- Endestad, I. (2018, mars 23). Hensynet til pasientene skal alltid veie tyngst! *FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold*.  
<https://www.foreningenfri.no/hensynet-til-pasientene-skal-alltid-veie-tyngst/>
- Engesbak, R. (2016, mai 30). Endelig! *BLIKK*. <https://blikk.no/a/135250>
- Espseth, L. D. (2017). *Kjønn og «andre» kjønn: Et forslag til lesning: Offentlige diskursers konsekvenser for u/muligheter i folks liv* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Familienettverket i FRI. (2020). *Respons på Høring: Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens* [Høringssvar].
- Fjelldalen, H., & Zondag, M. H. W. (2014, februar 4). Amnesty kritiserer Norge i rapport. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/amnesty-kritiserer-norge-i-rapport-1.11519232>
- Flatnes, K. (2018). *"Jeg er ganske mye mer enn bare det at jeg ikke identifiserer meg som mann eller kvinne" En kvalitativ undersøkelse av opplevelsen av å ha en ikke-binær kjønnsidentitet* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens: Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet* [Høringssvar].
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison* (A. Sheridan, Overs.). Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1975)
- Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie I* (E. Schaanning, Overs.). EXIL. (Opprinnelig utgitt 1976)
- FRI. (u.å.). *Begreper*. FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold.  
<https://www.foreningenfri.no/informasjon/begreper/>
- Gausen, S. (2020, juli 26). Strid om nye retningslinjer for transpersoner. Uforsvarlig, sier FHI. FHI har misforstått, svarer helsedirektøren. *Aftenposten*.  
<https://www.aftenposten.no/norge/i/8mr5oE/strid-om-nye-retningslinjer-for-transpersoner-uforsvarlig-sier-fhi>
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik* (K. Risvik & K. Risvik, Overs.). Pax Forlag. (Opprinnelig utgitt 1959)
- Guldvog, B., Roland, B., Græsli, M., & Janbu, T. (2020, august 17). Helsedirektoratet svarer om ny retningslinje om kjønnsinkongruens: Vi har lyttet til fagfolk. *Aftenposten*.  
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/pLJAzR/helsedirektoratet-svarer-om-ny-retningslinje-om-kjoennsinkongruens-vi>
- Guldvog, B., Roland, B., Janbu, T., & Torgersen, J. G. R. (2020, juli 24). Ny retningslinje sikrer bedre helsetjenester for personer med kjønnsinkongruens. *Aftenposten*.  
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/zGdMBw/ny-retningslinje-sikrer-betere-helsetjenester-for-personer-med-kjoennsin>
- Hansen, T. M., & Bjerkeli, M. S. (2020, juli 29). Kjønnsskifte hos fastlege er ingen god idé. *Aftenposten*.  
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/P9kOkR/kjoennsskifte-hos-fastleger-ingen-god-ide-tone-maria-hansen-mikae>

- Hansen, T. M., Solvang, B., & Nilsen, S. (2020, februar 5). - *Angrere må tas på alvor*. BLIKK. <https://blikk.no/a/184712>
- Haraldsen, I., & Tønseth, K. (u.å.). *Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens*. eRapport. Hentet 3. mai fra <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2015>
- hartline, france rose. (2019a). *The (trans)gender equality paradox. Challenging Norway's 2016 law on gender recognition*. [Doktoravhandling]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- hartline, france rose. (2019b). (Trans)gender outlaws? A critical analysis of Norway's 2016 gender self-determination law. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 21(4), 361–380. <https://doi.org/10.5117/TVGN2018.4.005.HART>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (Red. C. Hodt-Billington)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helsedirektoratet. (2015). *Retten 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* (IS-0496; s. 178). [https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a312624f8e88e63120bf886e1a/rapport\\_juridisk\\_kjonn\\_100415.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a312624f8e88e63120bf886e1a/rappport_juridisk_kjonn_100415.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017, februar 22). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Helsedirektoratet. (2019). *Høringsutkast til nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020a, juni 11). *Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens* [Nettside]. Helsedirektoratet. Hentet 15. juni 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-helsehjelp-til-personer-med-kjonnsinkongruens>
- Helsedirektoratet. (2020b). *Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens>
- Høie, B. (2018, mars 26). Helseministeren svarer om transseksuelle barn og unge: Mitt ansvar for nasjonens døtre. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/ddpO4w/helseministeren-svarer-om-transseksuelle-barn-og-unge-mitt-ansvar-for>
- Ingierd, H. (2018, november 5). *Humaniora, samfunnsfag, jus og teologi*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/innforing/hum-sam/>
- Johansen, H. M. (2019). *Skeive linjer i norsk historie: Frå norrøn tid til i dag*. Det Norske Samlaget.
- Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Kvarstein, M. (2019). *Makt og motmakt i medisinsk kunnskap om trans\*: En kvalitativ studie av maktforholdet i kjønnsbekreftende behandling for transpersoner i Norge* [Masteroppgave]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Lerfaldet, H. C. (2019). *Seksualitet og transkjønn: Relasjoner og kampen for anerkjennelse* [Masteroppgave]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Letvik, T. (2019, juni 22). *Har avgjort 923 søknader om bytte av juridisk kjønn*. Juristen. <https://juristen.no/2018/09/har-avgjort-923-s%C3%B8knader-om-bytte-av-juridisk-kj%C3%B8nn>
- Lilleslått, M. (2018, mai 28). *Transkjønn i Norge: En historie om standhaftige pasienter og leger mot strømmen*. *Kilden*. <https://kjonnsforskning.no/nb/2018/05/transkjonn-i-norge>
- Lorentzen, J., & Mühleisen, W. (Red.). (2006). *Kjønnsforskning. En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Lov om endring av juridisk kjønn. (2016, juli 1). *Lov om endring av juridisk kjønn (LOV-2016-06-17-46)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-46>
- Mortensen, E., Egeland, C., Gressgård, R., Holst, C., Jegerstedt, K., Rosland, S., & Sampson, K. (2008). *Kjønnssteori*. Gyldendal Akademisk.
- NRK Nyheter. (2019, oktober 13). – Jeg er trans. Jeg er skapt i Guds bilde, og Gud er stolt over skaperverket sitt [Statusoppdatering]. Facebook. <https://www.facebook.com/nrknyheter/posts/10157026887736715>
- Nylenna, M. (2018). *Veileder, retningslinje, prosedyre*. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>.
- Oslo universitetssykehus HF. (2020). *Høringssvar: Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens* [Høringssvar].
- OUS Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling. (2018). *Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori: Rapport fra arbeidsgruppen*. Oslo universitetssykehus. <https://www.helse-sorost.no/seksjon/nyheter/Documents/Kj%C3%B8nnsdysfori%20Rapport%20utkast%20til%20h%C3%B8ring%200503%202018.pdf>
- Rasmussen, M. V. (2005). *Å gjøre kjønn: Performativitet og meningsskaping blant transkjønn og andre kjønn i Norge* [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.
- Ros, J. van der. (2016). *Den norske staten og transpersoner;—Velferdsstatens og rettsstatens unnløstessynder*. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 32(03), 264–289. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2016-03-03>
- Salamon, G. (2010). *Assuming a Body: Transgender and Rhetorics of Materiality*. Columbia University Press.
- Sandal, S. (2017). «*En særlig trang til å ville forandre sitt kjønn*»: *Kjønnskiftebehandling i Norge 1952-1982* [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.
- Scott, J. W. (1996). Erfaring. *ARR*, 4, 12–24.



- Skeiv Ungdom. (2020). *Respons på Høring: Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens* [Høringssvar].
- Skeiv Ungdom. (u.å.). *Skeiv fra A-Å*. Skeiv Ungdom. <https://skeivungdom.no/skeiv-a-a/>
- Solheim, J. (1998). *Den åpne kroppen. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur*. Pax Forlag.
- Stortinget. (u.å.). *Endringer i straffeloven mv. (Avvergingsplikt, utenomrettslig tvangsekteskap, diskrimineringsvern mv.) (unntatt kap. 9, 10, 12, 14 og 16)*. Stortinget; Justiskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/>
- Stryker, S., & Aizura, A. Z. (2013). Introduction: Transgender Studies 2.0. I *The Transgender Studies Reader 2* (s. 1–12). Routledge.
- Stryker, S., & Whittle, S. (Ed.) (2006). *The Transgender Studies Reader*. Routledge.
- Surén, P., Wæhre, A., Tønseth, K. A., Bauge, I. S., & Stoltenberg, C. (2020a, juli 21). Helsedirektoratet kommer med uforsvarlige retningslinjer for kjønnsinkongruens. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/MRzMWB/helsedirektoratet-kommer-med-uforsvarlige-retningslinjer-for-kjoennsink>
- Surén, P., Wæhre, A., Tønseth, K. A., Bauge, I. S., & Stoltenberg, C. (2020b, juli 31). Uforsvarlig ny retningslinje for behandling av kjønnsinkongruens. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/OpGqaw/uforsvarlig-ny-retningslinje-for-behandling-av-kjoennsinkongruens-sur>
- Sørli, A. (2018, mars 28). På korstog for nasjonens døtre. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/kultur/pa-korstog-for-nasjonens-dotre/69649897>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjernshaugen, A., Berg, O. T. & Gisle, J. (2017). Høring. I Store Norske Leksikon. <https://snl.no/h%C3%B8ring>
- Utenriksdepartementet. (u.å.). *Høring—Norges andre rapport til FNs menneskerettighetsråd om gjennomføringen av menneskerettighetene i Norge* [Høring]. Regjeringen.no. [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mr\\_norge/id736409/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mr_norge/id736409/)
- World Health Organization. (u.å.). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. World Health Organization. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Conforming People [7th Version]*. World Professional Association for Transgender Health. <https://www.wpath.org/publications/soc>
- Wæhre, A., & Tønseth, K. A. (2018, mars 21). Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret, Bent Høie? *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/BJvg49/vi-har-faatt-en-eksplosiv-oekning-i-antall-tenaaringsjenter-som-oensker-aa>

