

Janneke van der Ros

# ALSKENS FOLK

Levekår, livssituasjon og livskvalitet  
for personer med kjønnsidentitetstematikk

Januar 2013

 Likestillingscenteret

**Likestillingscenteret (LS)** er et tverrfaglig kompetansemiljø med lang erfaring fra utvikling og formidling av teoretisk og praktisk kunnskap om likestilling, med hovedvekt på kjønn ([www.likestillingscenteret.no](http://www.likestillingscenteret.no)). I tillegg vurderes alltid flerdimensjonalitet med andre diskrimineringsgrunner (funksjonsnivå, seksuell orientering, alder, etnisitet og religion mv.) der dette er relevant og fruktbart. Senteret initierer og gjennomfører utviklingsprosjekter, konferanser, kurs, analyser og kartlegginger (FoU-arbeid), og deltar aktivt i metode- og kunnskapsutviklingen på fagfeltet praktisk likestilling. LS er grunnfinansiert fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og samarbeider med mange kunnskaps- og utviklingsaktører.

LS har god basis kunnskap om hvordan likestilling kan integreres i planverk, kvalitetssikringssystemer, tjenesteområder og personalområdet. Likestillingsintegrering innebærer at arbeidet for å fremme likestilling skal integreres i det løpende daglige arbeidet i virksomheter, i alle beslutningsprosesser, på alle nivå og i alle steg av prosessen og av de aktører som deltar i arbeidet med å fatte beslutninger. Senteret arbeider med nasjonale og internasjonale prosjekter, i tillegg til å være et regionalt likestillingscenter som skal kjenne regionens utfordringer godt.

Hovedsatsingsområder:

- Arbeidsliv
- Kjønn og makt, deltakelse i beslutninger
- Barn og unge, oppvekst og yrkesvalg
- Likestillingsintegrering som virkemiddel i regional utvikling

**Stensveen Ressurssenter** er et privat foretak som arbeider med å gi fysisk og psykisk støtte til transpersoner, personer med diagnosen transeksualisme og andre med kjønnsidentitetstematikk. Vi bygger vår støtte på å være medmennesker, og møter hver enkelt som den han eller hun selv opplever å være. Vi ønsker at Stensveen ressurscenter skal være et sted der transpersoner kan få styrke ved å hvile ut, dele sine historier, få økt kunnskap og innsikt om sin situasjon for så å gå styrket videre i livet. Mange velger Stensveen som første kontakt for å komme videre i en vanskelig livssituasjon. Denne overgangsfasen kan karakteriseres som *veien fra et liv i frykt og ufrihet til et liv i frihet uten frykt*.

Når en person kommer til oss for første gang er det mye spenning som skal løses ut. Da er god tid til trygg samtale nødvendig. Det er viktig å få fortalt sin historie, ofte for aller første gang. Disse samtalen vil også åpne for bekreftelse på at dette er en vanlig forekommende situasjon, men bare så ukjent for de fleste. Når tillit er etablert vil ofte både den indre opplevelsen av hvem man er og det fysiske uttrykket komme av seg selv. De fleste har en oppfatning av hvem de er og kan definere seg selv når de er trygge. Denne prosessen vil også bli en avklaring fordi mange aldri har kunnet gå så langt tidligere.

Hele tiden mens vi er sammen vil behovet for faglig hjelp fra lege, psykolog, terapeut være tema. Mange vil ha et slikt behov og får hjelp til å etablere kontakt. Stensveen Ressurssenter tilbyr hjelp på ulike områder.

- Samfunnsinformasjon
- Samtale og rådgivning, et møtested og sosial tilpasning
- Utprøving og avklaring av kjønnsidentitet og – uttrykk, det fysiske kjønnsuttrykk
- Akutt mottak ved livs og identitetskrise
- Støtte til familie

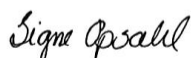
## Forord

Bakgrunnen for forskningsprosjektet er regjeringens handlingsplan "Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009 – 2012". Et hovedmål med planen er et samfunn som er preget av åpenhet, toleranse og inkludering også når det gjelder seksuell orientering, kjønnsidentitet og ulike kjønnsuttrykk. Handlingsplanens overordnede mål er å få slutt på diskrimineringen som lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT) opplever i ulike livsfaser, sosiale sammenhenger og i arbeidslivet, og bidra til bedre levekår og livskvalitet for gruppene.

Formålet med prosjektet er å presentere viktige trekk ved levekår, livssituasjon og livskvalitet til personer med kjønnsidentitetstematikk, det vil si personer som erfarer manglende samsvar mellom kjønn tillagt ved fødsel og egen opplevd kjønnsidentitet.

Takk til oppdragsgiver Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som har finansiert forskningen. Oppdragstaker har vært Likestillingscenteret (LS) med Stensveen Ressurssenter som underleverandør. Prosjektleder har vært Janneke van der Ros, seniorforsker ved Likestillingscenteret (LS) og førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer (HiL). Stensveen Ressurssenter, ved Marion Arntzen, har deltatt i rekruttering av informanter og vært samtalepartner underveis i prosjektet. Mona Renolen (LS) har koordinert prosjektet, deltatt i gjennomføringen av fokusgruppesamtalene og skrevet kapitlet om barn og unge i Del II. Mona har også sammen med Ingrid Guldvik (HiL) kommet med innspill til hele rapporten.

Hamar 11. januar 2013



Signe Opsahl  
Daglig leder

## Prosjektleders forord

Forskningsprosessen har vært som et puslespill – vi fikk hele tiden nye biter. Vi var ikke alltid sikre på hvor biten skulle legges og måtte prøve oss fram. Bildet endrer seg når nye biter kommer til. Når vi utforsker et hjørne her, et stykke der, ser vi nye mønstre. Noen ganger tror vi, ja – nå ser vi det klarere. Inntil nye informanter viser frem andre aspekter. Stadig nye farger, fasetter og elementer dukker opp. Vi vil ikke hevde at bildet vi presenterer i rapporten her er ferdig, at vi har funnet så mange biter at vi kan si at alle konturene går frem. Noen viktige aspekter kan vi vise frem, men det er mange hvite flekker enda.

Våre informanter har vist utallige måter å håndtere og mestre "annerledeshet" på. Kjønnsmangfold er berikende for samfunnet, det utfordrer vanetenkning, krever at vi forkaster båsene og tar inn over oss forskjellighet. Også som forskere har vi blitt utfordret på begrepsbruk og på sannhetsgehalten i våre tanker.

Dette er det første norske bidrag til levekårsforskning om "T"-en i LHBT-feltet. Vi har tolket vår oppgave til å belyse spesielt de aspekter ved levekår som myndighetene kan påvirke, og der det offentlige kan bidra til økt livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. Vi vet at mange sliter med diskriminerende strukturer, avvising fra familiemedlemmer og partner, og trakassering fra arbeidskolleger, lærere eller medelever. Bildet er langt fra rosenrødt eller skyfritt. Men vi vet også at mange mestrer livet og håndterer omgivelsenes uvitenhet, diskriminering og trakassering forbausende bra. Vi har møtt sterke personligheter, transtalenter, og "overlevende".

Vi takker informantene for at de tok seg tid til å stille opp, og for at de våget å slippe oss inn og viste oss tillit. Vi takker for åpenhjertelige samtaler, for deres entusiasme for prosjektet og gode kommentarer og tilbakemeldinger.

Vi takker selvsagt vår "støttekontakt" og kunnskapsrike medarbeider, Marion Arntzen, for innsikter, innspill og "medspill". Det har vært en fryd å jobbe sammen med Marion.

Vi har hatt gode meningsutvekslinger og kreative (og lattermilde) stunder med vår mangfoldige referansegruppe. Vi takker for innspill – jeg er overbevist om at dere har bidratt til en bedre rapport.

Sist, men ikke minst, takker vi for oppdraget. Vår oppdragsgiver, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, LHBT-senteret ved Hanne Grasmo og Bjørn Lescher-Nuland har bidratt med entusiasme og gode innspill underveis. Kollegaene på Likestillingscenteret har vært interesserte tilhørere i mange lunsjpauser. Takk til min fru, Gøril Nilsen for tålmod, støtte og trøst underveis og for å holde skansen hjemme; hun har sett lite til meg i det siste. En takk også til kollega Ingrid Guldvik for kritisk og konstruktiv gjennomlesning av rapportutkast. Til slutt, takk til Mona Renolen for koordinatorinnsatsen og for gode forslag til strukturering av mine tekster.



Janneke van der Ros  
Prosjektleder

## Sammendrag

Prosjektet undersøker hvordan personer med kjønnsidentitetstematikk sine erfaringer virker inn på levekår, livssituasjon og livskvalitet, og er den første levekårsundersøkelsen om gruppen i Norge. Personer med kjønnsidentitetstematikk opplever ubehag på grunn av diskrepans mellom tillagt kjønn og selverfart kjønnsidentitet; og mange bryter med den heteronormative tokjønnsmodellen. Tre fokusgruppesamtaler med i alt 19 personer med kjønnsidentitetstematikk om deres hverdag i familie, skole og arbeidsliv, helsevesenet og andre offentlige etater har gitt innsikt i levekår og livskvalitet. Fokusgruppene tema var: a) komme ut-prosesser, b) erfaringer med helsevesenet og c) barn og unge voksnes erfaringer med spørsmål rundt kjønnsidentitet.

Rapporten fremhever to hovedfunn. Det ene handler om *mangelfulle kunnskaper om og lite forståelse* for kjønnsidentitetstematikk på alle arenaer: skolen, arbeidsplassen, familie, helsevesenet og andre offentlige institusjoner. Det har alvorlige følger som intoleranse og transfobiske holdninger, med diskriminering, utestenging, stigmatisering og trakassering. Mange velger derfor aldri å komme ut, med negative virkninger på livsvilkår og livskvalitet; informanter forteller om deres tidligere liv preget av skam, skyldfølelse og redsel for å bli "avslørt". Selv om det å stå frem har hatt en høy pris for mange, ved å bli avvist av familie, miste arbeidsoppgaver eller jobben, eller sågar foreldreretten, var belastningen med å skjule ens kjønnsidentitet større. Livskvalitet blir vesentlig bedre når det er samsvar mellom kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet, og anerkjennelse og respekt for den de er.

Det andre hovedfunnet gjelder helsevesenet og handler om mer enn utilstrekkelig transkompetanse blant helsepersonell. Langt flere enn de få som diagnostiseres for transseksualisme, har behov for transrelaterte helsetilbud; fravær av diagnosen ekskluderer fra transrelatert offentlig helsetilbud og det har store innvirkninger på livskvalitet. En viktig tilbakemelding fra informantene er kravet om transrelaterte helsetilbud som er differensierte og tilfredsstillende for de mange ulike personer med kjønnsidentitetstematikk. Behov varierer fra veiledning for å håndtere sin kjønnsidentitetstematikk, til ulike typer kjønnsbekreftende behandling, som kirurgiske inngrep og/eller hormonbehandling. Mange ønsker å passere i sin kjønnsidentitet uten omfattende inngrep; de har kjønnsbekreftende helsebehov som proteser, hårfjerning, stemmetrening mm. Forholdsvis små grep kan gi betydelig økt livskvalitet. Det handler om å anerkjennes, og fungere i samfunnet, uten å bli møtt med skepsis.

Mens de eldste informantene hadde få eller ingen muligheter for informasjon og hjelp, og til å leve i samsvar med sin kjønnsidentitet, opplever yngre informanter større toleranse og bedre tilgang på informasjon og hjelp. På bakgrunn av slike generasjonsforskjeller vil vi hevde at samfunnet beveger seg i retning av mer forståelse og toleranse.

Vi har skissert noen forslag vi betrakter som grunnleggende for livskvalitet for prosjektets målgrupper: 1) Mer kunnskap om variasjon i menneskers kjønnsidentitet utover en enkel kvinne-mann forståelse. Det er spesielt nødvendig i skolesektoren, 2) Økt transrelatert kompetanse i helse- og omsorgssektor, og utvikling av helsetilbud tilpasset de varierende behov for kjønnsbekreftende helsetilbud, og regionale tilbud av transrelaterte helsetjenester; 3) utvide diskrimineringslovvernet ved å inkludere grunnlag som kjønnsuttrykk og -identitet, 4) opphevelse steriliseringskrav for å få nytt juridisk kjønn.

## Summary

The main research question addressed in this first study of Norwegian transgender people is how transgender experiences frame their living conditions and quality of life? The research contains of a qualitative study of 19 persons with different trans status. The data is gathered through three focus groups with the following three topics to explore living conditions: 1) coming out as transgendered, 2) experiences with the public health care system, and 3) children & young adults' experiences with trans issues in school and family settings.

We present two key findings. First, we observed a general lack of knowledge about trans gender issues and low understanding of and compassion for transgendered people. This lack of trans related knowledge is specifically precarious in the public health care system, and the educational system. The general lack of knowledge produces intolerance and trans phobia, discrimination, exclusion, stigmatization and harassment. As a result many people with gender identity issues never dare come forward. Their life situation continues marked by shame, guilt and a fear of being unmasked, as our informants told characterized their lives before coming out. Coming out, and being out, about their gender identity is tough and is not without consequences, (such as losing family ties, job, partner and/or child), they nevertheless experience the burden of hiding one's gender identity to be more damaging to the quality of life.

The second key finding is related to the differentiation of public health care services, where those few diagnosed with transsexualism are entitled to trans related public health care, a.o. hormone and sex reassignment treatment, while those without the diagnosis are not eligible for any treatment, and private expenses for treatment are not reimbursed. Our informants experience adequate trans health care as essential to their quality of life and. Health needs vary from consultations and guidance to handle one's life situation to needs for surgery and/or, hormone therapy. Many trans persons want to pass in their gender identity and this may imply other types of gender identity confirming health treatment such as dentures, hair removal, voice training etc. Such relatively small changes may greatly improve the quality of life, and should be part of public health care services.

The data shows generational differences with regard to access to information about and support around gender identity issues and with regard to living in accordance with one's gender identity. Consequently, we claim that society is moving in the direction of better understanding and tolerance.

To increase the quality of life for individuals with gender identity questions following measures are suggested:

- improved knowledge about trans gender identity issues in the general public
- secure expert knowledge about trans gender issues and trans related health care needs in the public health care system, and
- establishment of a variety of trans health services in accordance with individual trans people's needs in the public health care system, and the establishment of a number of regional trans health care services
- legal protection against discrimination on the basis of gender identity and gender expression
- the elimination of the praxis of requesting sterilization for obtaining new legal gender status

## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	5
Ordliste .....	9
Forkortelser .....	12
Leseråd .....	12
<b>Del I Innledning</b> .....	<b>13</b>
Forskningsspørsmålene .....	14
Begrepsavklaring .....	15
Omfang av personer med kjønnsidentitetstematikk: hvem får telle med? .....	20
<b>Forskningsperspektiv og metodologiske refleksjoner</b> .....	<b>22</b>
Ståsted: Statsvitenskap, kjønnsforskning og interseksjonalitet .....	22
Kjønn – Et sentralt organiserende prinsipp .....	23
Levekår og livskvalitet .....	25
Internasjonal levekårsforskning .....	26
Forskningsetiske refleksjoner .....	27
Sentrale verdier for gode levekår i den norske velferdsstaten .....	28
<b>Forskningsdesign</b> .....	<b>30</b>
Et kvalitativt forskningsopplegg .....	30
Forske med, ikke på .....	31
Fokusgruppesamtaler .....	32
Rekruttering av informanter .....	33
Informantene .....	34
<b>Del II Resultatene</b> .....	<b>38</b>
Hva "sier" datamaterialet? .....	38
<b>Komme ut, eller også: "tre inn i verden som den som en er"</b> .....	<b>39</b>
Veien til selverkjennelse .....	40
Ulike utgangspunkt for å komme ut/tre inn i verden .....	40
Seksuell orientering og så kjønnsorientering .....	43
Transfobi – den internaliserte og den påført utenfra .....	44
Mange veier ut av skapet og inn i verden .....	44
Generasjonsforskjeller .....	46
Å komme ut i familien, dilemma og støtte .....	47
Å komme ut på arbeidsplassen .....	50
Oppsummeringer og diskusjon .....	54
<b>Erfaringer med helsevesen og helsetilbud</b> .....	<b>56</b>

Psykisk helse, "de overlevende".....	57
Kjønnsbekreftende behandling.....	59
Transseksuell eller transperson – avgjørende for livsløpet.....	64
Erfaringer fra helsevesenet generelt.....	67
WPATH og SOC – gjennomgripende fornyelse av transrelatert omsorg.....	69
Oppsummering og diskusjon.....	70
<b>Barn og unge.....</b>	<b>72</b>
En svært sårbar gruppe.....	72
Hovedtrekk ved livssituasjonen til barn og unge.....	73
Tidlige minner om annerledeshet.....	74
Pubertet – ingen nåde lenger.....	77
Familie og venners betydning.....	80
Søken etter informasjon og hjelp.....	83
Oppsummering.....	85
<b>Del III Begrepsavklaring, oppsummering og anbefalinger.....</b>	<b>87</b>
Begrepsavklaringer.....	87
Oppsummeringer og anbefalinger.....	92
Rettferdighet, anstendighet, autonomi, og likestilling.....	97
Anbefalinger og forslag til tiltak.....	99
Videre forskningsutfordringer.....	103
<b>Konklusjon.....</b>	<b>104</b>
<b>Etterord:.....</b>	<b>105</b>
<b>Referanser og kilder.....</b>	<b>106</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>111</b>
Organisering av prosjektet	
Informasjonsskriv om prosjektet for å rekruttere informanter	
Informasjonsbrev til informantene i de tre fokusgruppene	
Intervjuguide	
Forslag til toalettløsning for alle uavhengig av kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk	



## Ordliste

Ordlisten er i stor grad hentet fra den norske oversettelsen av SOC 7 som Caro Kirsebom er i ferd med å ferdigstille på oppdrag av LHBT-senteret. Uttrykk med \* er sitert fra Kirsebom sin ordliste.

**Androgyn:** av gresk andro=det mannlige og gyn=det kvinnelige. Angir personer med uttrykk og/eller atferd som en gitt kultur og tidsperiode anses som både kvinnelig og mannlig

**Cisperson:** av latin CIS=på samme side. Person hvis kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er i samsvar med kjønn tillagt ved fødselen

**Hen:** et kjønnsnøytralt/alternativt pronomen

**\*Internalisert transfobi:** Når internalisering av samfunnets normative kjønnsforventninger har resultert i ubehag ved egne følelser av å være, eller å ha identitet som, transperson.

**Juridisk kjønn:** Kjønn registrert i Folkeregisteret ut fra kroppslig kjønn tillagt ved fødsel eller endret etter kjønnsbekreftende behandling (som i norsk tolkning av direktiv om fastslått "reell kjønnskonvertering" innebærer fjerning av eggstokker/testikler (sterilisering).

**\*Kjønn (sex):** Ved fødselen blir kropp tillagt mening som mannlig eller kvinnelig (sex assigned at birth), vanligvis basert på hvordan ytre genitalia ser ut. Når ytre genitalia er flertydige vurderes andre komponenter av kroppslig kjønn (innvendig genitalia, kromosomsammensetning og hormonnivåer) for å kunne tillegge barnets kropp et kjønn. For de fleste mennesker samsvarer kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk med kjønn kroppene deres ble tillagt ved fødselen. For transseksuelle, transpersoner og ikke kjønnsnormative, samsvarer ikke kjønnsidentiteten eller kjønnsuttrykket med det kroppslige kjønn tillagt ved fødselen."

*Oversettters notat:* På norsk er inndelingen i kroppslig/somatisk/biologisk kjønn, og sosialt kjønn, det vanlige i oversettelse av skillet sex/gender. Å kun skrive "kjønn" er uklart eller upresist.

**\*Kjønnsbekreftende kirurgi:** Kirurgi som skal endre primære og/eller sekundære kjønnskarakteristika for å bekrefte en persons kjønnsidentitet. Slik kirurgi kan være en viktig del av den medisinske nødvendige behandlingen for å minske kjønnsdysfori.

**"Kjønnsbekreftende behandling slik LLH definerer:** kirurgisk, hormonell, psykiatrisk eller psykologisk behandling som bidrar til at en person skal kunne leve i overensstemmelse med sin kjønnsidentitet.

**"Kjønnsbekreftende behandling:** kirurgisk og/eller hormonell behandling, og/eller psykoterapi, som bidrar til at en person skal kunne fungere i overensstemmelse med sin kjønnsidentitet.

**\*Kjønnsdysfori:** "ubehag som er forårsaket av en diskrepans (manglende samsvar, oversettters anm.) mellom en persons kjønnsidentitet og kjønn kroppen ble tillagt ved fødselen (og den assosierte kjønnsrollen og/eller primære og sekundære kjønnskarakteristika")

**\*Kjønnsidentitet:** En persons opplevelse av å være mannlig (en gutt eller mann), kvinnelig (en jente eller kvinne), eller et alternativt kjønn (gender) (for eksempel guttejente, jentegutt, transperson, genderqueer, evnukk).

**\*Kjønnsidentitetsforstyrrelse:** Formell diagnose som ble fremsatt av *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Rev (DSM IV-TR)* (American Psychiatric Association, 2000). Det karakteristiske ved en kjønnsidentitetsforstyrrelse er en sterk og vedvarende identifisering på tvers av kjønn, og et vedvarende ubehag ved ens kroppslige kjønn, eller følelse av å ikke passe inn i kjønnsrollen

som blir forventet av det kjønn, i en grad som forårsaker klinisk signifikant ubehag eller begrensninger på sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder.

**Kjønnsoperert kvinne:** kroppslig født mann med kjønnsidentitet som kvinne, som gjennom kjønnsbekreftende behandling har utviklet kvinnelige kjønnsuttrykk og som oftest også har endret juridiske kjønn (det siste fortsetter i Norge sterilisering – fjerning av testikler)

**Kjønnsoperert mann:** kroppslig født kvinne med kjønnsidentitet som mann, som gjennom kjønnsbekreftende behandling har utviklet mannlige kjønnsuttrykk og som oftest også har endret juridiske kjønn (det siste fortsetter i Norge sterilisering – fjerning av eggstokkene)

**\*Kjønnsrolle eller kjønnsuttrykk:** Karakteristika ved personlighet, utseende og atferd som i en gitt kultur og historisk periode er utpekt som maskuline eller feminine (d.v.s. mer typisk for den mannlige eller kvinnelige sosiale rollen). Selv om de fleste mennesker sosialt sett presenterer seg i kjønnsroller som sees som klart mannlige eller kvinnelige, presenterer noen mennesker seg i en alternativ kjønnsrolle som genderqueer, eller spesifikt som transperson.

**\*Kvinne-til-Mann (KtM):** Adjektiv som beskriver individer hvis kropp ble tillagt jentekjønn ved fødselen som endrer eller har endret kropp og/eller kjønnsrolle til en mer maskulin kropp eller rolle.

**\*Mann-til-Kvinne (MtK):** Adjektiv som beskriver individer hvis kropp ble tillagt guttekjønn ved fødselen fikk som endrer eller har endret kroppen og/eller kjønnsrollen til en mer feminin kropp eller rolle.

**\*Personer som ikke er kjønnsnormative (Gender nonconforming people):** Dette beskriver personer som har kjønnsidentitet, kjønnsrolle eller kjønnsuttrykk som er forskjellig fra det normative for det kroppslige kjønn de ble tillagt ved fødselen, i en gitt kultur og historisk periode.

**Psykologisk /mentalt kjønn:** referer til det kjønn en person identifiserer seg som.

**Tokjønnsmodellen:** den hegemoniske tankemodellen som forstår kjønn som å bestå av to motsatte og gjensidig utelukkende kategorier, der forskjeller primært knyttes til biologi og henviser til reproduktive rolle/potensiale og der heteroseksuell begjær er implisitt i modellen. Modellen kan ses i motsetning til forståelser av kroppslig og identitetsmessig mangfold som ikke er todelt eller primært reproduksjonsorientert.

**\*Transperson:** beskriver en mangfoldig gruppe med individer som krysser eller overskrider kulturelt definerte kjønnskategorier. Kjønnsidentitetene til transpersoner er i varierende grad ikke i samsvar med kjønn, kroppene deres ble tillagt ved fødselen.

Skeiv Ungdom definerer det som følger: "personer hvis utseende eller identitet uttrykker et annet kjønn enn det som ble registrert for dem ved fødsel. Noen transpersoner føler at de er verken menn eller kvinner og utfordrer vårt binære kjønnsystem ved å innta plassen som et tredje kjønn eller ved å ikke definere seg i kjønnskategorier overhodet. Transperson er et samlenavn som inkluderer blant annet transvestitter og transseksuelle. Trans handler om kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (...) Det er individuelt i hvilken grad transpersoner ønsker behandling for å få kroppen mer i samsvar med kjønnsidentiteten." ([www.skeivungdom.no](http://www.skeivungdom.no))

I rapporten betegner transpersoner et bredt og mangfoldig spekter, fra de som kaller seg transvestitter som tidvis velger å være i annet kjønnsuttrykk, til de som på fulltid lever i et kjønnsuttrykk forskjellig fra

kjønn tillagt ved fødselen. Androgyne, kjønnstvedtvedt, kjønnsavvisende og andre ikke kjønnsnormative i uttrykk og tilhørighet faller også inn under betegnelsen transperson.

Transperson er et politisk og teoretisk paraplybegrep og en mulig identitetskategori, slik det brukes internasjonalt (transgendered eller trans\*). Det er også her nyttig for å henvise til manglende samsvar som et stort og mangfoldig fenomen, som inkluderer mange mulige opplevelser og narrativer.

**\*Transisjon (transition):** Tidsperioden der personer går fra å fungere i den kjønnsrollen som forbindes med kjønnen kroppene deres ble tillagt ved fødselen, til en annen kjønnsrolle. For mange involverer dette å lære og sosialt sett leve og fungere i "den andre" kjønnsrollen. For andre betyr det å finne frem til den kjønnsrollen og det kjønnsuttrykket som er mest komfortabelt for dem. Transisjon kan eventuelt involvere feminisering eller maskulinisering av kroppen ved hjelp av hormoner eller andre medisinske prosedyrer. Hva transisjonsprosesser innebærer, og deres varighet, er variabelt og individualisert.

NB. Oversetteren har besluttet å bruke transisjon/ere i tråd med *SOC* sin definisjon over og gjennomgående bruk av "transition" som både substantiv og verb, i forbindelse med endringer i kropp, kjønnsuttrykk *og/eller* hvilken kjønnsrolle man opptar, alt *basert* på kjønnsidentitet.

**\*Transseksuell:** Adjektiv (ofte brukt av folk som praktiserer medisin) som forsøker å beskrive personer som ønsker å endre eller har endret deres primære eller sekundære kjønnskarakteristika gjennom feminiserende eller maskuliniserende medisinske tiltak (hormoner og/eller kirurgi), vanligvis ledsaget av en permanent endring med hensyn til kjønnsrollen de fungerer i.

NB Det er samtidig viktig å understreke at *SOC 7* som helhet ikke anerkjenner noen separat posisjon for transseksuell/transseksualisme med hensyn til kjønnsdysfori (over) som fenomen, til etiologi, til reelle behov, eller til behandlingsberettigelse; som det står i andre avsnitt i kapittel IV, er transseksuelle en *undergruppe* av populasjonen av personer som ikke er kjønnsnormative.

**\*Transvestitt/ Transvestittisme:** Å gå med klær og anvende et kjønnsrolleuttrykk som i en gitt kultur er mer typisk for den andre kjønnskategorien.

NB. Foreningen for Transpersoner i Norge (FTPN), en forening opprinnelig etablert i 1966 for folk som har kalt seg, eller evt. kaller seg, transvestitter eller crossdressere, skriver på sin nettside: "**Transvestitt, TV** (...). En person som tidvis, hyppigheten varierer, helt eller delvis kler seg i "det motsatte kjønnets" klær og rolle for å føle seg vel. (...) Uttrykket transperson benyttes i dag i større og større grad fordi det oppfattes som mer dekkende." ([www.ftpn.no](http://www.ftpn.no), utheving i original).

## Forkortelser

**FTPN**, Foreningen for transpersoner i Norge, er en interesseorganisasjon for et større spekter av mennesker med kjønnsidentitetstematikk; ”transvestitter, transseksuelle, crossdressere - alle typer transepersoner - av alle kjønn og legninger.”

**GID klinikken**, tidligere navn på Seksjon for transseksualisme (SfT) ved Rikshospitalet.

**HBRS**, Harry Benjamin Ressurssenter, er en pasient- og brukerorganisasjon for personer som søker, har eller har hatt diagnosen transseksualisme og som går igjennom en kjønnskorrigerende behandling på Rikshospitalet.

**HBRSU**, Harry Benjamin Ressurssenters Ungdomsorganisasjon.

**LLH**, Landsforeningen for lesbiske og homofile, arbeider for interessene til alle under LHBT-paraplyen. LLH har et eget *transpolitisk utvalg*.

**Skeiv ungdom** er ungdomsorganisasjonen til LLH, og har også et eget *transpolitisk utvalg*.

**KtM**, første bokstaven angir hvilket biologisk/kroppslig kjønn en person har/hadde og siste bokstaven angir retning eller det kjønn man identifiserer seg med.

**LHBT**, lesbisk, homofile, bifile og transpersoner

**MtK**, første bokstaven angir hvilket biologisk/kroppslig kjønn en person har/hadde og siste bokstaven angir retning eller det kjønn man identifiserer seg med.

**SfT**, Seksjon for transseksualisme, er en del av avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin ved Rikshospitalet, som er en del av Oslo universitetssykehus.

**SOC**, Standards of Care som WPATH utarbeider

**WPATH**, The World Professional Association for Transgender Health

## Leseråd

Rapporten er delt i tre. Første del, Innledning, er en innføring i de perspektiver og forståelsesformer som ligger til grunn for forskningsprosjektet. I denne delen presenteres forskningsdesign, metoder for å samle informasjon om målgruppens levekår, livssituasjon og livskvalitet og informantutvalget. I del I har vi en gjennomgang av begreps som vil bli brukt gjennom rapporten. Del II, Resultatene, består av tre kapitler der vi presenterer våre funn når det gjelder komme ut-prosesser, erfaringer med helsevesenet og helsetilbud, og barn og unge voksne erfaringer med kjønnsidentitetsspørsmål. Dette utgjør de sentrale kapitlene i rapporten, og kan leses uavhengig av de øvrige delene. Del III, Oppsummeringer og anbefalinger er, en presentasjon og drøfting av to hovedutfordringer de med kjønnsidentitetstematikk møter, og for myndighetene; nemlig manglende kunnskap om og lav toleranse for kjønnsvarians, og utilstrekkelige helsetilbud. Kapittel to har noen refleksjoner omkring muligheter for ”det gode liv” for individer der kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og/eller tilhørighet ikke alltid samsvarer med id papirene, og og/eller ikke er i samsvar med kroppens kjønn. Til slutt drister vi oss til å formulere noen få anbefalinger på bakgrunn av de hindringer og problem vi mener å se er felles for svært mange i målgruppene.

# Alskens folk

---

## Del I Innledning

Vi har valgt betegnelsen "Alskens folk"<sup>1</sup> som tittel på rapporten. Betegnelsen angir variasjon og mangfold. Ordet *Alskens*, hadde tidligere skrivemåten "allskjønns" og betyr 'allslags'. Historisk sett er *ordet* kjønn et vidt begrep som favner mye mer enn kategoriene kvinne – mann (Fridtun 2012). Vår visjon er at vi igjen kommer frem til en videre oppfatning av kjønn enn den nåværende normative tokjønnsmodellen angir.

Formålet med prosjektet er å presentere viktige trekk ved levekår, livssituasjoner og livskvalitet til personer med kjønnsidentitetstematikk, det vil si personer som erfarer manglende samsvar mellom kjønn tillagt ved fødsel og egen opplevd kjønnsidentitet. Vi har undersøkt forskjellige generasjoners levekår og livssituasjon på sentrale områder som familieliv, skole- og arbeidsliv og helsevesenet. Fokus har vært på forhold informanter opplever som hindringer til å få uttrykke seg i samsvar med selverfart kjønnsidentitet, og som kan skape utfordrende livssituasjoner og redusere livskvalitet. Forskningen bygger på nyere nordisk og annen internasjonal forskning, som presenteres sammen med resultatene og analysene.

Vårt utgangspunkt er å produsere kunnskap som gir innsikt i hvordan politiske og medisinske maktforhold, institusjonelle vilkår, mekanismer og strukturer, normer og regler har betydning for levekår og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. På bakgrunn av resultatene skisseres noen områder der myndighetene kan iverksette tiltak for å bedre levekår og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. Rapporten vil forhåpentlig også bidra til innsikter som transpolitiske organisasjoner og enkeltpersoner med kjønnsidentitetstematikk kan nyttiggjøre seg; vårt siktemål er emansipatorisk.<sup>2</sup>

Forskningsprosjektet plasseres innenfor den samfunnsvitenskapelige forskningstradisjon; vi undersøker aktørenes muligheter og hindringer, og ser på strukturelle forhold som former handlingsalternativer og valg, som utgjør rammer for samhandling mellom aktører og offentlige institusjoner, og mellom ulike aktører og aktørgrupper. I oppsummering og konklusjon er spesielt følgende spørsmål viktig: Hvordan forholder staten og samfunnet seg til forskjeller og annerledeshet, dvs. til brudd på tokjønnsnormen, kjønnsstvedygheter, og variasjoner i kjønnsuttrykk? Og hva betyr det igjen for den enkelte person med kjønnsidentitetstematikk, hvordan forholder de seg til samfunnets institusjoner og normer, hvordan opplever han/hun/hen/ze seg til samfunnsnormer, regler og institusjoner? Aktørene ses i og ut i fra sin

---

<sup>1</sup> Tittelen er hentet fra norrøn filolog og tidligere ansatt i språkrådet Kristin Fridtun sin artikkel "Alskens kjønn" i *Maddam*; <http://maddam.no/2012/02/alskens-kjonn>. Her sier hun; "I det norske målet finn me i dag berre restar etter den gamle bruken av kjønn. Eit døme er ordet *alskens*, som før hadde skrivemåten *allskyns* («allskjønns»), og som altså tyder 'allslags'. Kort sagt: Historisk sett er kjønn eit svært vidt omgrep som femner mykje meir enn kategoriane kvinne – mann."

<sup>2</sup> Forskning som virker frigjørende gjennom å fokusere på levde liv og erfaringer til grupper som historisk har vært marginalisert (Stuttaford 2009).

samfunnsmessige kontekst. I neste avsnitt gjør vi rede for de overordnede spørsmål og for begrepene levekår, livssituasjon og livskvalitet.

## Forskningsspørsmålene

Prosjektets overordnede forskningsspørsmål er:

### **Hvordan opplever personer med kjønnsidentitetstematikk sine levekår, livssituasjon og livskvalitet?**

Forskningsspørsmålet innebærer mange aspekter og dimensjoner ved livsvilkår og livssituasjoner. Tilnæringsmåten er å få innblikk i arenaene aktørene beveger seg på i hverdagen, og hvordan aktørene, personer med kjønnsidentitetstematikk, opplever og forvalter sine livsvilkår i møte med andre aktører og med regler og normer som gjelder på disse arenaene. Vi stiller følgende spesifiserende spørsmål:

1. Hvilke aspekter ved levekårene erfares som problematiske og hvordan håndterer informantene de problematiske aspektene? Hvilke mestringsstrategier tar informantene i bruk?
2. Hvordan forholder personer med kjønnsidentitetstematikk seg til seg selv? Hvilke dimensjoner og erfaringer (for eksempel når det gjelder helsetilbud, nærmiljø og familie/venner) er viktige for deres selvfølelse og selvforståelser?
3. Hvilke betydninger har nære relasjoner for informantenes hverdag? Hvordan erfarer personer med kjønnsidentitetstematikk sine forhold til ektefelle/partner, familie, venner, arbeidskollegaer og andre? Hvordan utvikler og endrer nære relasjoner seg som følge av deres selvforståelse og endring i kjønnsuttrykk?
4. Hvilke betydninger har alder for hverdag og selvfølelse? Hvordan blir barn og unge med kjønnsidentitetstematikk møtt på institusjoner der de tilbringer hverdagen?
5. Hvordan, og på hvilke arenaer, brytes tausheten om kjønnsidentitetstematikk? Hvilke erfaringer har informantene med å "komme ut av skapet"? Hvilke situasjoner, og på hvilke arenaer velger de å være åpne om sin kjønnsidentitet? Hvilke reaksjoner møter informantene, hva gjør det med dem, og hva gjør de med reaksjonene?
6. Hvilke opplevelser og erfaringer har ulike grupper i forhold til fysisk og psykisk helse? Hvilke erfaringer gjør informantene seg i møte med helsevesenet og med andre offentlige (hjelpe)apparat?

### **Levekår livssituasjon og livskvalitet**

Vi har tatt utgangspunkt i en "formel" der informantenes *levkår* utgjøres av en kombinasjon av materielle forhold og de samfunnsstrukturer og -institusjoner informanten lever i. Levekår sammen med informantenes egne ressurser, evner og mestringsstrategier, betegner *livssituasjon*. Så er andre ledd i formelen vedkommendes forventninger til livssituasjonen, dvs. hvilke standarder ligger til grunn for forventningene og hvem/hva aktøren sammenlikner seg med. Strukturelle betingelser og individuelle ressurser (livssituasjon) sammen med forventninger gir innsikt i informantenes *livskvalitet*. Vi kombinerer aktørenes mestringsstrategier og handlingsrepertoar når det gjelder forvaltning av individets ressurser i den samfunnsmessige konteksten individet befinner seg i, og de subjektive sidene ved

livssituasjon og livskvalitet. Det er menneskets opplevelser av, og måter å håndtere livsvilkår og forutsetninger på, som er omdreiningspunktet for kunnskap om livskvalitet. Implisitt her er et aktør-struktur perspektiv. Aktørens muligheter er betinget av økonomiske og sosiale strukturer som forstås, fortolkes og (om)formes av aktørene og disse utgjør konteksten for deres opplevelser av livskvalitet.

*”Å være transseksuell, transperson eller ikke kjønnsnormativ er et spørsmål om mangfold, ikke om patologi.”<sup>3</sup> WPATH<sup>4</sup>, SOC, 7th version, 2011:4*

## Begrepsavklaring

I regjeringens handlingsplan for LHBT, bakgrunnsteksten for oppdraget, formuleres ett av myndighetenes behov som følger: ”Det er et ønske at et mer nyansert begrepsapparat kan bidra til bedre bevissthet og større åpenhet omkring ulike seksuelle minoriteter og variasjoner i kjønnsuttrykk som over tid kan bidra til at diskrimineringen av lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT) tar slutt ” (BLD 2008).

I dialog med oppdragsgiver og prosjektets referansegruppe, har vi spesifisert rapportens bidrag om begreper til følgende: *å finne frem til inkluderende, spesifiserende og politisk håndterbare begrep*. På den ene siden vektlegges hensiktsmessige kriterier som *samler* våre målgrupper, blant annet med tanke på posisjonering og synliggjøring av interesser og behov på den politiske arena. På den andre siden trengs det betegnelser som på en sensitiv og forklarende måte viser *forskjeller* innenfor og mellom grupper, som også kan uttrykke ulikheter i interesser, og klargjøre interessekonflikter og mangfold av behov. Spesifiserende begrep kan bidra til uenighet mellom grupper om politiske prioriteringer og ressursfordeling, men de kan også bidra til formulering av felles politiske krav. Begrepsbruken må samtidig være slik at allmennheten og politikere kan forholde seg til gruppene og deres interesser på politisk effektive måter; det vil si at det politisk-administrative system kan forstå problemer og hindringer i livsutfoldelse som personer med kjønnsidentitetstematikk møter, og at interesser og behov til de ulike gruppene oppfattes som legitime politiske krav.

Begrep på dette området er svært kompliserte, blant annet fordi det er sensitivt å forsøke å definere andre mennesker ut fra deres kjønnsidentitet. Vårt utgangspunkt er at alle må få definere seg selv, og det er viktig å synliggjøre mangfoldet av erfaringer og kjønnsidentiteter. Ideelt sett skulle det ikke være nødvendig å kategorisere mennesker. Gullestad (2002) skriver om hvordan kategorier kan utløse frykt, skepsis eller velvilje, og bringe med seg forestillinger som ikke alle i kategorien kjenner seg igjen i eller er fortrolig med. Flere av informanter og medlemmer i referansegruppa som har gitt innspill, har reagert på de kategoriseringene vi bruker i rapporten. Vi har derfor som overordnet begrep valgt ”personer med kjønnsidentitetstematikk”, som er en betegnelse de aller fleste er fortrolig med. Samtidig er det sentralt å ha begrep som er forståelige og klargjør forskjeller når livsvilkår til målgruppene i prosjektet skal kommuniseres. Det er viktig å skille på begrepsbruk ut fra bruksområde; begrep som skal brukes i politisk sammenheng, og begrep som skal formidle innsikt i, og fremheve, erfaringsmangfoldet blant

<sup>3</sup> “Being transsexual, transgender, or gender nonconforming is a matter of diversity, not pathology”.

<sup>4</sup> WPATH står for World Professional Association of Transgender Health. Deres Standards of Care (SOC) er anerkjent som helse- og omsorgsstandarder blant klinikere og fagfolk på det globale transfeltet, for transseksuelle, transpersoner og andre ikke kjønnskonforme personer. De er nylig revidert (2011). SOC utgis i disse dager (2013) også på norsk, oversatt i regi av LHBT-senteret (Bufdir) og Universitetet i Agder.

personer med kjønnsidentitetstematikk. For oss er det en viktig prinsipiell posisjon at ingen av kategoriene eller begrepene uttrykker legitimering av en type offentlig tjenester, helsetilbud eller behandling versus en annen, men illuderer at ulike grupper i kjønns mangfoldet får eller har fått svært ulike muligheter til livsutfoldelse, avhengig av om, og eventuelt hvordan deres kjønnsidentitetstematikk blir anerkjent av samfunnet og dets institusjoner, som eksempelvis helsevesenet.

Vi har valgt samlebetegnelsen *personer med kjønnsidentitetstematikk*, der vi inkluderer samtlige personer som erfarer, eller har erfart ubehag forårsaket av en eller annen form for diskrepans mellom opplevd kjønnsidentitet og kjønn tillagt ved fødsel ut i fra kroppstegn. I prosjektets konkurransegrunnlag er begrepet "personer med kjønnsidentitetsproblematikk" brukt; men når vi foretrekker "tematikk" fremfor "problematikk", er det for å dempe oppfatninger om at spørsmål rundt kjønnsidentitet bare er problemfylte; tematikken byr på mange utfordringer, men også på gleder og skaper talenter knyttet til å være friere i forhold til en tokjønnsmodell. Kjønnsidentitet er en persons opplevelse av å være mann eller kvinne, mannlig eller kvinnelig, begge deler, ingen av delene, ha en flytende identitet eller å være et alternativt kjønn. En persons kjønnsidentitet er ikke nødvendigvis alltid i samsvar med personens kjønn tillagt ved fødselen, som avspeiler seg i personnummeret<sup>5</sup>. Personer med kjønnsidentitetstematikk er forskjellige fra hverandre med henblikk på hvordan de håndterer og forholder seg til tematikken; det vil si hva de ønsker å gjøre, har mulighet til og får anledning til å gjøre med sitt ubehag. På grunnlag av statens svært differensierende håndtering av ulike personer med kjønnsidentitetstematikk, skiller vi mellom to hovedretninger, *transpersoner og transseksuelle*.

Med *transpersoner* mener vi å beskrive en mangfoldig gruppe personer som krysser, overskrider eller sprenger grenser for kjønnskategoriene, fordi de opplever manglende samsvar mellom tillagt kjønn og egenopplevd kjønnsidentitet. Gruppen består av personer med ulike kjønnsidentiteter, fra de som kaller seg transvestitter, dvs. personer som fra tid til annen velger å være i annet kjønnsuttrykk, til de som hele tiden eller det meste av tiden lever i ett eller flere kjønnsuttrykk som samsvarer med deres kjønnsidentitet(er), som er forskjellig fra kjønn tillagt ved fødselen. I gruppen transpersoner inngår videre de som oppfatter seg å være androgyne, det vil si som identifiserer seg med to kjønn og ønsker å fremheve trekk fra begge kjønn i sitt/sine kjønnsuttrykk. Dessuten inngår personer som avviser å bli definert innenfor ett eller flere kjønn, og personer som på annet vis ønsker å være eller uttrykke seg ikke kjønnskonform eller ikke kjønnsnormativ. Et sentralt fellestrekk for personer som sammenfattes under dette begrepet er at ikke alle lar seg forstå innenfor tokjønnsmodellen.

Den andre hovedgruppen, *transseksuelle*, angir personer som har fått anerkjent sin identitetstematikk, dvs. sin problematikk knyttet til manglende samsvar mellom psykologisk kjønn og kroppslig kjønn. De har en formell diagnose for sin kjønnsidentitetsforstyrrelse, nemlig transseksualisme, F64.0. Denne tilstanden beskrives med følgende kjennetegn: en sterk og vedvarende identifisering på tvers av kjønn, og et vedvarende ubehag ved ens kroppslige kjønn, eller følelse av ikke å passe inn i kjønnsrollen som blir forventet av det kjønn som en har blitt tillagt, i en slik grad at det forårsaker klinisk signifikant ubehag, og/eller medfører begrensinger på sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder (ICD 10). Diagnosen gir adgang til kjønnskonverterende eller kjønns(-identitets)bekreftende behandling.<sup>6</sup> I gruppen transseksuelle finnes de som foretrekker betegnelser som "personer med diagnose transseksualisme", eller "kjønnsopererte kvinner og menn", de har gjennomgått omfattende

<sup>5</sup> Det tredje tallet etter fødselsdato i personnummeret angir kjønn; oddetall angir hankjønn; partall angir hunkjønn

<sup>6</sup> En slik behandling tar i Norge vanligvis mellom 8 og 10 år.



kjønnsbekreftende behandling, og endret juridisk kjønn slik at personnummer er i samsvar med det kjønn de er operert til. I gruppen inngår også de som er under behandling, ”kjønnskorreksjonspasienter”.

Mange blant kjønnsopererte kvinner og menn identifiserer seg ikke med, og ønsker ikke å bli omtalt, som transperson<sup>7</sup>. Mange velger så langt det lar seg gjøre å legge sin historikk med å være født i et annet kjønn, og være kjønnsoperert bak seg. Samtidig velger en del kjønnsopererte kvinner og menn å omtale seg som transperson; det gjelder også flere blant informantene i vårt utvalg. Ikke alle som har diagnosen transseksualisme ønsker å gjennomføre fullstendig kjønnskonverterende behandling. Det er således ikke vanntette skott mellom hovedgruppene på individnivå. Blant transpersoner er individer med kjønnsidentitetstematikk som ikke har diagnosen transseksualisme, men som likefullt betegner seg som transseksuelle. Og det kan også gjelde personer som har blitt utredet og fått diagnosen annetsteds enn på Rikshospitalet, som i Norge er eneste med myndighet til diagnostisering. Personer i denne gruppen har en del fellestrekk, men også innenfor gruppen her er det noen betydelige forskjeller. Et sentralt trekk for de med kjønnsidentitetstematikk og diagnose fra Rikshospitalet, er at de anerkjennes som ”pasienter” og tilkjennes omfattende og livsvarige helsetjenester.

Det som er *felles* for samtlige er kjønnsidentitetstematikken, det at de opplever en eller annen form for ubehag forårsaket av manglende samsvar mellom tillagt kjønn og den selverfarte kjønnsidentitet, med andre ord inkongruens mellom psykologisk kjønn og kroppslig kjønn. I den 7. versjon av Standards of Care (SOC7) omtales det som kjønnsdysfori. Og den inkluderer mer:

”Kjønnsdysfori: ubehag som er forårsaket av en diskrepans mellom en persons kjønnsidentitet og kjønnnet kroppen ble tillagt ved fødselen (og den assosierte kjønnsrollen og/eller primære og sekundære kjønnskaraktistika)” (til norsk ved Caro Kirsebom, LHBT-senteret 2013, i trykken).

Den avgjørende *forskjellen* er altså den medisinske statusen<sup>8</sup>. Transseksuelle har, eller utredes for, den mentale helse diagnosen transseksualisme, F64.0 og F64.2<sup>9</sup>. Det betyr ikke at alle benevner seg selv slik. I hovedgruppen transpersoner finner vi de som ikke enten ønsker å bli diagnostisert eller har diagnose men ikke ønsker å gjennomføre alle deler av standardbehandlingen, og de som har vært til utredning og ønsker behandling, men ble vurdert til ikke å fylle kriteriene for diagnosen F64.0. Dersom en ikke får/har oppnådd diagnosen, eller ikke ønsker å inngå utredning, blir ens ubehag med manglende samsvar mellom tillagt kjønn og egen kjønnsidentitet ikke anerkjent av myndighetene. Det har avgjørende betydning for tilgang til og finansiell støtte til diverse helsetjenester. Diagnosen, utstedt av riktig instans,

<sup>7</sup> Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS) er en interesse- og brukerorganisasjon for kjønnskorreksjonspasienter og kjønnsopererte kvinner og menn, de omtaler disse personene som kjønnsopererte kvinner og menn og som kjønnskorreksjonspasienter, avhengig av hvor i behandlingsprosessen de er. ”Transseksuelle” er den internasjonalt anerkjente betegnelsen for de med diagnosen F64.0, og vi har valgt å bruke dette begrep i rapporten.

<sup>8</sup> Dette gjelder for tiden, med andre ord før de nye SOC7 retningslinjer har nedfelt seg i norsk praksis. Og som berører og har berørt alle personer med kjønnsidentitetstematikk så langt.

<sup>9</sup> F står for diagnoser som inneholder diverse adferds og personlighetsforstyrrelser. Kategorien inkluderer en rekke tilstander og atferdsmønstre som er vedvarende og synes å uttrykke individets typiske livsstil og måter de forholder seg til seg selv og andre på. F64 angir ulike typer kjønnsidentitetsforstyrrelser, som transseksualisme (F64.0), kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen (F64.2) eller andre (F64.8) og uspesifiserte kjønnsidentitetsforstyrrelser (F64.9). De to sistnevnte diagnosene gir i Norge ikke tilgang til kjønnsbekreftende eller kroppsjusterende behandling. Klassifiseringen av diagnosene er fra Verdens helseorganisasjonens International Classification of Diseases, den såkalte ICD10. Denne er under vurdering, og også her forventes en deparologisering av kjønnsidentitetstematikken.

Rikshospitalets Seksjon for Transseksualisme (SfT)<sup>10</sup>, har vært, og er ”inngangsbilletten” til det offentlige behandlingsapparatet. Der i ligger adgang til, og offentlig finansiering av standardbehandlingen: psykiatrisk utredning, oppfølging i forbindelse med hormonbehandling, Real Life Test, og diverse kirurgiske inngrep for å feminisere eller maskulinisere kroppen slik at den blir i overensstemmelse med ens kjønnsidentitet. Hva den enkelte ønsker å gjøre, og har mulighet til å gjøre med hensyn til sin kjønnsidentitetstematikk, hvilke handlingsalternativ de har, og hvilke livsvalg de gjør, og kan gjøre, er utslagsgivende for videre livsløp og livssituasjon. Her er det avgjørende forskjeller i muligheter mellom de med og de uten diagnose.

Et annet skille handler om forståelser av kjønn: de fleste transseksuelle vil betrakte, eller gi uttrykk for at de betrakter, kjønn som en dikotom kategori; dvs. en er enten mann eller kvinne, i tråd med den herskende oppfatning av tokjønnsmodellen. Deres ubehag kan ofte bunne i ønske, om å være det andre kjønn. Blant transpersoner er oppfatninger av kjønn som et kontinuum, med mange varianter i kjønnspektret og med åpning for flytende identiteter og for endringer i kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk oftere mer uttalt. Men blant transpersoner finner vi også de som ikke oppnådde diagnose, men ønsker kjønnskonverterende behandling, så skillet er ikke skarpt og entydig.

Skillet mellom hovedgruppene oppleves av flere som problematisk: mange transseksuelle, dvs. som har diagnosen har fått den ved å anvende retorikken, bl.a. følelse av å være ”født i feil kropp”, og ønske om å være i ”motsatt kjønn”, og ved å tilpasse seg kriteriene for diagnostisering uten å ville forfekte en binær tokjønnsmodell. Blant transpersoner finner vi de som kjenner sterk ubehag på grunn av manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og kjønn tillagt ved fødsel, og som har ikke blitt trodd, ikke fikk diagnose, og ikke tilgang til kroppsjusterende behandling og har en tokjønnsmodell forståelse. Det ser også ut til at det er generasjonsforskjeller med tanke på hvordan en oppfatter kjønn og kjønns mangfold. Skillet er først og fremst ment å illustrere de muligheter diagnosen inneholder for å forfølge sine livsprosjekt.

Vår forståelse av kjønn åpner for en videre oppfatning av kjønn enn (en heteronormativ) tokjønnsmodell med de to gjensidig utelukkende kategoriene kvinne og mann. Vi oppfatter kjønn som et kontinuum, med mulige (men ikke nødvendige) ytterpunkter i kvinne og mann, og med en rad av plasseringer og flere mulige kombinasjoner. Videre anser vi kjønn, kjønnsidentitet og kjønnstilørighet for å kunne være flytende og foranderlige. I rapporten bruker vi begrepet ”kjønn tillagt ved fødsel”, evt. forkortet til ”tillagt kjønn”. Dette viser til kjønnskategorien den enkelte ble plassert i da de blir født, ut fra kroppslige kriterier som gir det nyfødte barnet status som jente eller gutt. Fravær av penis og, i tilsvarende, evt. lengden på penis er avgjørende her; dvs. at det anatomiske kjønn danner grunnlaget for kjønnskategorien barnet får anvist (West og Zimmermann 1991). Kjønnskategorier medfører bestemte forventninger, og konsekvenser av slike forventninger er sentrale i analyser av datamateriale. Vi har brukt begrepet ”kroppslig kjønn”, som først og fremst viser til utgangspunktet for forventninger til informantens kjønnete adferd og utseende. Begrepet ”kroppslig gutt eller jente” er mindre deterministisk enn ”biologisk kjønn”, i og med at det kroppslige kjønn kan justeres, mens biologisk kjønn består av flere komponenter, der flere ikke lar seg justere eller endre.

<sup>10</sup> Seksjon for transseksualisme (SfT) er en del av Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin ved Rikshospitalet, som er en del av Oslo universitetssykehus. SfT skal ivareta den landsdekkende funksjonen som Rikshospitalet er pålagt i forbindelse med kjønnskorrigerende behandling - fra psykiatrisk vurdering, hormonell behandling, kjønnskorrigerende kirurgi og post-operativ oppfølging for mennesker med diagnosen transseksualisme.

Vi deler oppfatningen som gjennomsyrrer den nye, sjuende, versjonen av World Professional Association of Transgender Health (WPATH) Standards of Care (SOC) at det transseksuelle, transpersoner eller ikke kjønnsnormative *ikke* er uttrykk for en patologisk tilstand, og ikke trenger diagnostisering for å gi adgang til helsetjenester. De nye retningslinjer understreker at personer med kjønnsidentitetstematikk skal ha tilgang på og adgang til helsetilbud som de *selv* opplever som nødvendig for å oppnå en akseptabel helsestandard og øke sin livskvalitet. Statens differensierende håndtering, med utgangspunkt i diagnose skaper store ulikheter i levekår og livssituasjon; grupperingen er ment å anskueliggjøre konsekvenser av det offentlige helsevesenets forskjellsbehandling for livskvalitet til den enkelte person med en kjønnsidentitetstematikk.

I figur 1 fremstilles de to hovedgruppene og undergruppene for å gi oversikt over mangfold og overlapp i spektret av alle med kjønnsidentitetstematikk. En skal ha i mente at gruppene/kategoriene *ikke* er gjensidig utelukkende og de må ikke tolkes som *identitetskategorier*.<sup>11</sup> Formålet med figuren er å gi en oversikt over begrep vi bruker i rapporten.

“Categories may recognise you, even if you do not Recognize the category.” Browne & Bakshi: 2011:63



<sup>11</sup> Ved enhver type forenkling vil noen personer ikke føle seg ivaretatt, mene seg feilplassert eller ønske andre navnet på "boksene". Det er viktig å se kategoriseringene i lys av formålet som her er å skille ut hovedgrupper, uten dermed å si at vi har dekket hele mangfoldet.

## Omfang av personer med kjønnsidentitetstematikk: hvem får telle med?

Det er mange kalkulasjoner av omfanget på personer med kjønnsidentitetstematikk, og ulike studier kommer frem til svært ulike resultater. Varierende beregninger skyldes både bruk av ulike undersøkelses- metoder og ulike definisjoner av fenomenene. Seksjon for transseksualisme (SfT) anslår omfanget av de med diagnosen transseksualisme i Norge til 1:50.000 (Helsedirektoratet, 2012: 3). Det er ikke internasjonal enighet om prevalens av personer med kjønnsidentitetstematikk.

I ulike internasjonale studier legges forskjellige kriterier til grunn for beregning av prevalens<sup>12</sup>. Olyslager og Conway skiller mellom fem ulike grupper: 1) de som har diagnosen transseksualisme, 2) de som søker hjelp for tematikken, 3) pasienter under hormonbehandling, 4) de som holder på med sosial "transition", 5) og de som er under kirurgisk behandling (Olyslager & Conway i Motmans 2010:39). Disse forskerne velger å vurdere omfanget ut i fra faser i en behandling, eller ut fra type kjønnsidentitetstematikk-status individer har på ulike tidspunkt. Dette er viktige differensieringer, med helsepolitiske konsekvenser. I en nederlandsk befolkningsundersøkelse om seksuell helse skilles det mellom inkongruent og ambivalent kjønnsidentitet, som angir grad av styrke i ubehag grunnet manglende samsvar mellom psykologisk og kroppslig kjønn. Rundt 5 prosent (1:20) av både kvinner og menn oppga å føle ambivalens eller usikkerhet rundt sin kjønnsidentitet. Omfanget av respondentene som ga uttrykk for kjønnsdysfori og som ønsket hormonbehandling og/eller kirurgi var betydelig mindre og med forskjeller mellom (kroppslige) kvinner og menn: 0,6 prosent (1:165) menn og 0,2 (1:500) prosent kvinner (Kuyper 2012:135). Et skotsk team (1999) undersøkte utbredelse ved å spørre fastleger om hvor mange pasienter med kjønnsidentitetsproblem de hadde registrert i sin praksis. De kom frem til et omfang tilsvarende 1:7.440 for menn og 1:31.153 for kvinner (Wilson, Sharp & Carr 1999 i Kuyper 2012:130). Den svenske prevalensundersøkelsen ved Olsson & Möllers (2003) baserer seg på antall henvendelser om kjønnsbekreftende behandling til Nasjonale Råd i Sverige. De kom frem til omfang av transseksuelle personer på 1:312.500 menn og 1:526.300 kvinner. I en Belgisk undersøkelse der prevalens ble beregnet ut fra antall søknader om kjønnsbekreftende behandling, kom en frem til 1:12.900 menn og 1:33.800 kvinner (DeCuyper m.fl. (2007) i Kuyper 2012).

Forskjellene i resultatene av prevalensberegninger har altså bakgrunn både i ulikheter i respondenters definering av seg selv (inkongruens eller ambivalens) og i forskjeller i hvem som får telle med; de som har endret kropp og eventuelt identitetspapirer, eller alle de som oppsøker hjelp og oppgir behov for kjønnsbekreftende behandling. Det som viser seg som et entydig resultat i beregningene er større utbredelse blant de som ble tillagt mannlig kjønn enn blant de tillagt kvinnelig kjønn. Noen av tallene viser bare toppen av et isfjell. Andre tall (som fra Kuyper 2006) viser "hele isfjellet og en del av polarområdet også" (Kuyper 2012:130, min oversettelse), det vil si at flere enn de som har fått diagnose og behandling er med i beregningen.

Forskjeller i omfang må også forstås i sammenheng med tilgang til behandling. Der tilbudet er tilgjengelig for flere, er også det kjente omfanget av personer med kjønnsidentitetstematikk større. Nederland har to sykehus som tilbyr utredning, diagnostisering og behandling, og det finnes et relativt godt utbygd apparat for informasjon og støtte ([www.transvisiezorg.nl](http://www.transvisiezorg.nl)). Ca. 300 personer søker årlig til et Universitetssykehus i Amsterdam, og rundt 50 søker til et sykehus nordøst i Nederland. Også Belgia har flere tilbud, sykehuset i Ghent er viden kjent for sin ekspertise på transseksualisme. Byene Antwerpen, Brugge og Liege har egne fagteam og i tillegg er det enkelte leger ved andre sykehus i Belgia som har

<sup>12</sup> Prevalens uttrykker utbredelse av en sykdom målt i antall syke dividert med befolkningstallet

erfaring med tematikken (Motmans m.fl 2010:67). Betydningen av samfunnsmessige strukturer, generelle holdninger og tilgang til utredning og behandling blir spesielt tydelig når vi sammenlikner omfang av transseksuelle personer i vesteuropeiske land med eksempelvis Singapore som har et nøyaktig og komplekst registreringssystem. Der rapporteres det om høy prevalens: "/... /1:2.900 transkvinner og 1:8.300 transmenn. Disse tallene demonstrerer hva sosiale konvensjoner og ideer, kulturelle faktorer og tilgjengelighet av kirurgi har å si for omfang /... /"<sup>13</sup>(Tsoi 1988 i Motmans m.fl. 2010:37, min oversettelse).

Grunnen til at vi bruker såpass mye plass på å beskrive omfang og på å vise hvor ulike beregninger er, er for å vise hvor komplisert fagområdet er. Det gjør det vanskelig for myndighetene å beregne omfanget av behov for (og kostnadene ved) helsetilbud, og det viser at det er mange ulike typer av behov. Samtidig er det nødvendig for myndighetene å skaffe seg oversikt over omfang og innsikt i variasjoner i behov for å etablere gode og likeverdige tilbud til alle borgere med slike behov. Helsetilbudene skal være både differensierte, dekkende og tilfredsstillende for ulike grupper av personer med kjønnsidentitetstematikk.

Hvordan går vi så frem i dette forskningsprosjektet for å få innsikt i levekår, livssituasjon og livskvalitet til individer med kjønnsidentitetstematikk, og der vi kjenner lite til omfang, variasjoner og behovene for bl.a. offentlig bistand og helsetilbud? I det følgende presenterer vi forskningsspørsmålene og gjør rede for forskningsdesign, metodologiske valg og teoretiske betraktninger.

---

<sup>13</sup> This demonstrates the impact of social conventions and ideas, cultural factors and the availability of SRS on prevalence/... /."

# Forskningsperspektiv og metodologiske refleksjoner

## Ståsted: Statsvitenskap, kjønnsforskning og interseksjonalitet

Denne undersøkelsen har et samfunnsvitenskapelig utgangspunkt, som mer spesifikt bygger på statsvitenskap og kjønnsforskning. Et *statsvitenskapelig utgangspunkt* innebærer å vurdere forholdet mellom staten og dets borgere, statens behandling av og trygging av sine borgere, og om det skjer på borgernes egne premisser. Har borgerne tilgang til og mulighet for å la sin stemme bli hørt, og klargjøre sine interesser og behov? I denne undersøkelsen er det forholdet mellom staten og personer som ikke alltid passer inn i en normativ tokjønnsmodell som ligger til grunn. Normer og holdninger er sosialt, dvs. samfunnsmessig konstruerte fenomen. Implementeringsstudier er en annen del av det statsvitenskapelige forskningsfelt, som viser at problemet ofte er *iverksettingen* av politikken. Forskere har eksempelvis påpekt at brudd på implementering av menneskerettslovgivningen når det gjelder transpersoner ikke er uvanlig (Browne og Bakshi 2011).

Som *kjønnsforskere* tenker vi kritisk omkring kjønnskonstruksjoner, kjønn og identitet, kjønnsforståelser og kjønnsordninger. I denne sammenhengen er det tokjønnsmodellen og heteronormativiteten som er sentrale forståelsesformer. Samfunnet er organisert rundt kjønn, i oppfatningen av at det kun finnes to kjønn, kvinner og menn, og at disse reproducerer seg - sammen, den såkalte heteronormativiteten. Alt annet faller utenfor normer for "det vanlige" eller det "naturlige". I prosjektet er mangfold i kjønnsuttrykk og kjønnsidentiteter sentralt; at kjønn like gjerne kan forstås som et kontinuum, hvor kvinne og mann utgjør ytterpunktene, og hvor det finns mange plasser på skalaen der personer med en søkende holdning til kjønn kan føle seg mer hjemme. I tillegg til en romslig oppfatning av kjønnsorienteringer, eksisterer det også et mangfold av seksuelle orienteringer: hvilke(t) kjønn en person til enhver tid er tiltrukket av og ønsker å være intim med. I en slik forståelse er både kjønn og seksuell orientering flytende og åpne posisjoner; forståelsen angir at det finns mer en to valg, og at valgene kan endres i løpet av livet. Trans som prefiks kommer fra latin og angir bevegelse. Møte med personer med kjønnsidentitetstematikk innebærer å møte ikke-konforme, ikke-dikotome, ikke-varige og ikke-entydige kjønnsforståelser. Vi bruker terminologien kjønnsstilthørighet, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk for å angi både mangfold og bevegelse. En annen betegnelse leseren vil møte i rapporten og som betegner ikke-transpersoner, altså motstykket til "trans", er "cis": det er det latinske prefiks for "på samme side" (som) eller "på denne siden"(av) og refererer i transgender studier til samsvar mellom kjønn tillagt ved fødselen og kjønnsidentitet<sup>14</sup>.

Normer for kjønn og for ulike typer kjønns spesifikk adferd, veves sammen med andre over- og underordningsforhold, som blant annet klasse, alder, etnisitet, funksjonsevne, religion og nasjonalitet. Samspillet mellom disse (og muligens flere) markører sammenfattes i betegnelsen *interseksjonalitet*. Også levekår til personer med kjønnsidentitetstematikk må ses i lys av denne komplekse "veven" av over- og underordningsforhold, og vi etterstreber å undersøke livsvilkår med tanke på betydningen av

<sup>14</sup> Kristen Schilt and Laurel Westbrook (2009:461) definer cisgender som en betegnelse for ".../ individuals who have a match between the gender they were assigned at birth, their bodies, and their personal identity"

personers plass i veven. Betydningen av interseksjonalitet som et viktig perspektiv ligger i deler av kjønnsforskningen, så vel som i transstudier (Namaste 2000, 2009; Scott-Dixon 2009, Lykke 2010). På individnivå betegner et interseksjonelt perspektiv egenskaper ved personen som gjør at vedkommende kan tilhøre flere minoriteter samtidig. På samfunnsnivå angir begrepet kryssende diskrimineringsgrunner, der kjønn er ett men ikke alltid nødvendigvis det viktigste grunnlaget for diskriminering eller for ufordelaktig forskjellsbehandling. Markører som etnisitet, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, klasse/lag og funksjonsevne tillegges stadig større vekt også i det politiske felt. Det er ikke kjønn, kjønnsuttrykk og –identitet(er) alene som avgjør individers livskvalitet og levekår: det henger sammen med andre individuelle egenskaper og ressurser, og i det enkelte individs kontekst. I rapporten har vi sett på betydningen av alder, kjønnstilhørighet(er) og kjønnsuttrykk og til en viss grad seksuell orientering og klasse/sosial status.

Vi har vektlagt en tilnærming til interseksjonalitet som et sensitiverende grep. Med dette mener vi en bevisst sensitivitet overfor hvordan komplekse og forskjellsskapende kategoriseringer veves inn i hverandre (Berg, Flemmen og Gullikstad 2010). Metodologisk har vi forsøkt å håndtere interseksjonalitet gjennom en studie av levd liv i flerdimensjonalt perspektiv. Begrepet interseksjonalitet gir en teoretisk tilgang til å sette fokus på at minoriteter, i vår sammenheng personer med kjønnsidentitetstematikk, gjennom prosesser i samfunnet der noe eller noen gjøres til ”den andre” (Berg, Flemmen og Gullikstad 2010). Posisjonen som sårbar minoritet som kjennetegner personer med kjønnsidentitetstematikk er blant annet resultat av omfattende prosesser, forståelser, handlinger og praksiser som rangerer, ekskluderer og etablerer annerledeshet i forhold til kjønn forstått innenfor den heteronormative tokjønnsmodellen.

## Kjønn – Et sentralt organiserende prinsipp

Innenfor samfunnsvitenskapelig kjønnsforskning generelt, og i dette oppdraget spesielt står kjønn sentralt, både som teoretisk begrep og som hverdagslig og materiell erfaring. Før vi går inn i analysene presenterer vi her ulike måter å forstå kjønn og kjønnsforhold på, sett fra trans- og cispersoners ståsted.

Kjønnsforståelser omfatter ulike nivå: på samfunnsnivået oppfattes kjønn som et sentralt organiserende prinsipp i lovgivning, arbeidsliv og familieliv; og som organiserende prinsipp er det et dikotomt begrep, med to kategorier: kvinne og mann. Samfunnet er organisert rundt disse to motpoler, og den heteronormative relasjon etablert i den hegemoniske kjernefamilien: far, mor og noen barn, fortrinnsvis av hvert kjønn.

På et annet nivå, det symbolske nivå, forstås kjønn som et kulturelt prinsipp som henviser til normer, forventinger til disse to kjønn i den binære kjønnsforståelsen, det vil si ”cultural agreements about what is recognizable and acceptable as masculine, feminine and androgynous<sup>15</sup> /... / (Green 2004:121). Det innebærer kulturbestemte normer om arbeidsdeling, passende adferd for disse to kjønn, normer om klesdrakt, utseende, hobbyer, interesser med mer for kvinner og menn. På dette nivå utprøves grenser og brytes normer. Her foregår forhandlinger om kjønn: både forhandlinger om det bare er to kjønn, og forhandlinger om hva kvinner/menn/kjønns-nonkonforme/kjønnsoverskridere/kjønnsutforskende, med kan tillate seg av atferd og uttrykk (Bornstein 1995, Davy 2011, Serano 2007, Holter 1996, Valentine 2007).

<sup>15</sup> Her har Green tilføyd en 3. verdi: mellom det feminine og det maskuline: androgynt: med egenskaper og uttrykk som har vært tilskrevet og antatt å tilhøre både kvinner og menn

Det tredje nivå, eller innfallsvinkel er kjønn som egenskaper ved individet. Her er bildet mer kompleks, for vi kan skille mellom ulike måter individet forholder seg til kjønn på. I kjønnsforskningen har det vært vanlig å skille mellom tre forståelser: kjønn som noe individet *er, har, gjør* (Holter 1996, West & Zimmerman 1987). Vi tilføyer flere måter å forholde seg til kjønn på: 4) individer *blir gjort til* kjønn av omverden, og 5) vi *forhandler* om kjønn – dvs. cispersoner forhandler helst om *normer* for de to kjønn, og transpersoner forhandler å få være de(t) kjønn en opplever seg å være eller å få lov å slippe kjønn; dvs. at andre leser oss som kjønnsvesen, og vil definere hva som er egnede normer for det kjønn de leser oss som.

I den andre formen for kjønn vi omtaler, vi *har* kjønn, opplever de med kjønnsidentitetstematikk at det ikke er samsvar mellom de kjønnstegn de *har* på kroppen og kjønnsforståelsen i hodet, og for mange kjennes det nødvendig å endre på kroppens kjønnstegn for å etablere samsvar. Her velges ulike kroppslige justeringer. En rekonstruksjon av genitaliene for å få bedre samsvar mellom kroppen og ens psykologiske kjønn, kaller biologiprofessor Roughgarden "genital geometri". Men, sier Green: "I don't believe that genital configuration (or genital geometry /.../) is what defines either one's sex or one's gender" (Green 2004:120).

Mange individer i transspektret har ikke fått utført, ønsker ikke å få utført, eller får ikke innvilget genital rekonstruksjon. Det skaper mellomposisjoner med tanke på det *å ha kjønn*, og det kan gjøre cispersoner svært forvirret i møte med en transperson. Et viktig poeng i de tilfeller der det ikke er "genital geometri" eller samsvar, er at mens transpersonen vil gi forrang til det *psykologiske* kjønn (deres kjønnsidentitet), så gir omverden (politi, leger, passkontrollører, med mer) forrang til personers kjønn ut i fra diverse tegn på kroppen. Det vil med andre ord si at det for en transperson heller ikke er samsvar mellom egen og andres forståelse av ens kjønn; og omverden har, eller tar ofte det avgjørende ordet. Et eksempel er en person i kvinneuttrykk som ble tatt for narkotikasmugling, men plassert i mannsavdelingen i fengselet, til tross for at personen hadde et utvetydig kvinneuttrykk og var under hormonbehandling. Flere i vårt informantutvalg opplever ofte at de blir feildefinert. Slike episoder av manglende samsvar mellom egen kjønnstilørighet og andres kjønnsforståelse gjør livet til transpersoner svært komplisert. De politiske spørsmål blir: hvem skal få ha definisjonsmakten til en persons kjønnsidentitet? Med hvilken rett, og med hvilke konsekvenser? Her kommer også spørsmål om juridisk kjønn inn med styrke – hvem sin (kjønns-) definisjon skal få ha gyldighet?

Det er i den tredje formen for individuelt kjønn, der vi *gjør* kjønn, at forskjellene mellom cis- og transpersoner er stor. Cispersoner er "på plass" i sin kropp relativt problemfritt; det er gjenklang mellom kroppens kjønnstegn og psykologisk kjønn. Cispersoner kan komme i konflikt med normer og regler på bakgrunn av måten de *gjør* kjønn, men dette er i så fall konflikter som finner sted utenfor en selv. Personer med kjønnsidentitetstematikk erfarer konflikt mellom kroppslig kjønn og psykologisk kjønn. De må foreta valg om de vil/tør stå frem i det kjønnsuttrykk de opplever samsvarer med sin kjønnsidentitet, dvs. de må velge hvilke/t kjønn de vil "gjøre", og hvordan de vil "gjøre" det kjønn de velger å gjøre. Noen ønsker, om mulig, ikke å gjøre kjønn, de avviser kjønn, eller ønsker å opptre kjønnsutvetydig. Et enkelt eksempel kan kanskje illustrere minoritets- kontra majoritetsperspektivet i samfunnet: i fokusgruppene spør vi våre informanter "På hvilket tidspunkt i ditt liv oppdaget du/erkjente du din kjønnstilørighet?" Forestill deg et slikt spørsmål stilt til en cis-person. Det er parallelt til spørsmål LHB-individer ofte får: når oppdaget du at du er homo/lesbe? Har forskere noen gang spurt en antatt



heteroperson når de oppdaget at de var hetero? Det såkalt selvsagte forblir umarkert i majoritetsbefolkningen; det stilles ikke spørsmål ved det.

Den fjerde forestilling om kjønn, som noe vi *blir gjort til* av andre, er særs viktig for personer med kjønnsidentitetstematikk, det kan erfares eksistensielt truende å bli "lest" feil, det vil si fortolket feil, når det gjelder sin kjønnsidentitet. Å bli sett, erkjent og anerkjent som den en er, og ikke blir gjort til noen en ikke kan forholde seg til er sentralt. Mange personer med kjønnsidentitetstematikk forteller om lettelse når deres kjønnsbekreftende behandling bidrar til å forenkle "fortolkningsrammen", når de er kommet ut av sin "uncategorizability": "From my perspective, my gender has not changed; I have simply made its message clear" (Green 2004:192).

I den femte innfallsvinkelen til kjønn, som individer *forhandler* om, er cispersoners og transpersoners forhandlinger ulike: mange transpersoners holdning til kjønn innebærer en avvisning av *kjønnsdikotomien*. De velger å betrakte kjønn som et kontinuum, hvor kategoriene kvinne og mann eventuelt kan utgjøre ytterpunkter på skalaen, men der det finns mange måter å være kjønn på. De forhandler således ikke om definisjon av kjønnsbestemmelse, men om plassering på skalaen. Transerfaringer "forstyrrer" den "enkle" tokjønnsmatrisen samfunnet er organisert rundt og som har lett for å bli oppfattet som "naturlig" fordi den forekommer mest. Og tokjønnsmodellen forekommer mest fordi det er den normative modellen, som produserer folks opplevelser og uttrykk og deres narrativer om egen identitet og oppførsler så det virker tilsynelatende koherent.

Det er i denne intrikate veven av kjønn, kropp, kroppstegn, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnsespesifikke normer og forventninger, at informantene erfarer verden.

Feministiske innsikter og kjønnsstudier utvidet våre forståelser av kjønn ved å skille mellom det "å gjøre kjønn", "være kjønn" og "å ha kjønn". Kjønnskategoriene får utvidet innhold og anvendelse. Skillet mellom sosialt og biologisk kjønn, sex/gender, revolusjonerte på 1970-80 tallet kvinneforskernes forståelse av kjønn og fastslo kjønnskategoriernes samfunnsmessige implikasjoner. Skillet mellom psykologisk og kroppslig kjønn bidrar med nye betydninger og nye måter å gjøre og forhandle om kjønn. I møte med kjønns-nonkonforme, kjønnsvarierende og kjønnsoverskridende uttrykksformer sprenges kjønnskategoriene; de må reformuleres, gis nytt innhold, utvides, og kanskje endog miste sin posisjon som "sanne" representasjoner av verden. Møter med personer med kjønnsidentitetstematikk bebuder nye måter å erkjenne og anerkjenne individer på. I dypeste forstand dreier det seg om at respekten for informantene får oss til å re spektare: til å se en gang til .

## Levekår og livskvalitet

Vårt utgangspunkt for å gjennomføre en undersøkelse om levekår, livssituasjon og livskvalitet skiller seg fra den tradisjonelle skandinaviske levekårsforskning, som i stor grad bygger på en kombinasjon av objektivt målte materielle betingelser og den subjektivt bestemte bruken av disse. Levekår er ofte begrenset til det som kan måles kvantitativt ved livet til den enkelte. Et overordnet mål i den tradisjonelle levekårsforskningen har vært å belyse utviklingen og fordelingen av gjennomsnittlige levekår for ulike befolkningsgrupper (Melberg 2000). I tillegg er perspektivet i norske levekårsundersøkelser utvidet ved å inkludere arenabegrepet eller kontekst for å si noe om rammene individet har mulighet til å bruke sine ressurser innen (op.cit).

Melberg tar til ordet for å se på betydningen av relasjoner og opplevd livskvalitet, og foreslår et nærmere innblikk i hvordan individet reflekterer selv med hensyn til tilfredshet med sin livssituasjon. Melberg argumenterer for fokus på individuelle ressurser og hvordan individer opplever sine muligheter, og foreslår å samle kunnskap om folks muligheter til og forutsetninger for å leve et anstendig liv. Vår tilnærming bygger delvis på Melbergs innfallsvinkel. I analysen har vi, som vi har redegjort for innledningsvis, tatt utgangspunkt i en slags ligning der informantenes livssituasjon er en kombinasjon av informantenes levekår og egne ressurser. Lavekår består av materielle forhold og de samfunnsstrukturer og -institusjoner informanten lever i. Andre ledd i formelen vedkommendes *forventninger* til livssituasjonen. Livssituasjonen, altså de strukturelle betingelser og individuelle ressurser, gir sammen med forventninger innsikt i informantenes livskvalitet. Formelen kombinerer aktørens mestringsstrategier og handlingsrepertoar når det gjelder forvaltning av aktørens ressurser i den samfunnsmessige konteksten vedkommende er i, med de subjektive sidene ved livssituasjon og livskvalitet. Opplevelser av, og måter å håndtere livsbetingelser og forutsetninger på, er omdreiningspunktet for kunnskap om livskvalitet.

### Internasjonal levekårsforskning

Internasjonal forskning viser gjennomgående til vanskelige levekår for personer med kjønnsidentitetstematikk. Forekomster av marginalisering, trakassering og diskriminering er funn vi finner igjen i samtlige internasjonale forskningsrapporter. En undersøkelse gjennomført i Storbritannia i 2007 oppsummerer med at nivået på uvitenhet i helsesektoren og hos fastleger er nedslående. Arbeidsplassen er en spesielt fiendtlig arena, og byråkratiet utfordrer til kamp gjennom hele livet. Og alt dette begynner allerede på skolen, hvor både barn og lærere deltar i transfobisk mobbing (Whittle, Turner og Al-Alami 2007:kpt 8). Også skotske myndigheter og *Scottish Transgender Alliance* (STA), har gjennomført både kvalitative og kvantitative undersøkelser i senere år. Resultatene er nedslående; for eksempel nevner to tre-deler av respondentene at de har blitt møtt med trakassering av fremmede. Så mange som en fire-del har opplevd trakassering i familien. Hele 80 prosent av personer med kjønnsidentitetstematikk har opplevd vold i hjemmet, ifølge en annen undersøkelse ved STA (2008). Halvparten av respondentene har møtt og møter trakassering på arbeidsplassen, mange velger derfor å etablere sin egen bedrift. For mange respondenter dreier det seg om kumulative erfaringer; dvs. de møter diskriminering og utsettes for trakassering på mange arenaer, i tillegg opplever respondentene manglende kunnskaper i helsetjenester. Den skotske rapporten fastslår at andelen uføre er høy, og de rapporterer om høy arbeidsløshet. STA gjennomførte i tillegg en holdningsundersøkelse blant innbyggere som viste at i den grad Skotter har diskriminerende holdninger, så retter de seg mot transpersoner og ikke kjønnskonforme personer, og sigøynere (STA 2010). I en nylig gjennomført undersøkelse fra USA: "Injustice at every turn": A report of the national transgender discrimination survey" kommer det frem lignende grelle observasjoner av levekår for transpersoner:

"Transpersoner og ikke kjønnskonforme møter urettferdighet overalt: i barnehjem og i skolesystemet som lover trygghet og opplæring, på krevende og ekskluderende arbeidsplasser, i butikken på hjørnet, i hotellresepsjonen, på legekantoret og legevakten, foran dommere, i hendene på huseiere, politikonstabler, helsepersonale og andre omsorgsprofesjoner <sup>16</sup> (Grant, Mottet & Tanis 2011:3, min oversettelse).

<sup>16</sup> "Transgender and gender non-conforming people face injustice at every turn: in childhood homes, in school systems that promise to shelter and educate, in harsh and exclusionary workplaces, at the grocery store, the hotel front desk, in doctors' offices and emergency rooms, before judges and at the hands of landlords, police officers, health care workers and other service providers"

Oppsummeringen bygger på data fra 6450 informanter fra hele USA. Forskernes hovedformål var å få innsikt i arenaer og typer av diskriminering som respondentene erfarer i hverdagen, og hvordan de håndterer livsvilkår som forverrer seg som følge av diskriminerende handlinger (som å miste arbeid, bolig, sosialhjelp, og så videre) hvilke handlingsrepertoar de anvender for å skape seg en akseptabel livssituasjon.

## Forskningsetiske refleksjoner

Det å forske med personer og grupper som er marginaliserte krever noen spesielle forskningsetiske refleksjoner og praksiser. Prosjektet forholder seg til de forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Prosjektet er meldt til, og godkjent av, personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Det er flere forskningsetiske hensyn som det har vært viktig å ivareta i dette prosjektet, og vi har vært spesielt opptatt av tre hensyn.

Anonymisering og samtykke er selvsagt helt sentrale; flere i disse gruppene er ikke, eller bare delvis, åpne om sin kjønnsidentitetstematikk. Vi har i stor grad vært avhengige av selvrekuttering av informanter. Informantene fikk gjennom informasjonsskriv og brev (se vedlegg) fylldig informasjonen om forskningsprosjektet slik at de kunne danne seg et bilde av forskningen, av prosjektets formål og hva det innebærer for den som ønsker å delta som informant. I forkant av fokusgruppesamtalene ble det igjen informert om grunnlaget for deltakelse: frivillighet og anledning til å trekke seg til enhver tid under hele prosjektperioden uten konsekvenser. Informantene godkjente at fokussamtalene ble tatt opp, de har fått beskjed om at kun prosjektleder og – koordinator har tilgang til opptakene og at materiale slettes ved prosjektperiodens slutt. Informantene har fått tilsendt referat fra fokusgruppesamtaler med anledning til å rette opp, og/eller be noe av innholdet fjernet. Informantene har videre fått utkast til rapport til gjennomlesing for å godkjenne sitatbruk i rapporten, og rette opp eventuelle feil.

Det er alltid en utfordring å utforme teksten og konteksten slik at den enkelte ikke skal kunne kjennes igjen av utenforstående. Der det har vært nødvendig for å sikre anonymitet har vi endret på enkelte biografiske data. Vi har valgt å oversette sitater til bokmål fra nynorsk og dialekt, og ikke å ta med sitater som gir informasjon om arbeids- og/eller familieforhold som kan føre til mulig identifikasjon av den enkelte.

For det andre har det vært svært viktig at resultatene og formidlingen av dem ikke bidrar til en eventuell ytterligere stigmatisering av grupper som allerede er sårbare. Det bør unngås at forskningsformidlingen bidrar til at det i befolkningen for øvrig etableres eller befestes stereotyper av gruppene det forskes med. Vi har vært forsiktige med å operere med inndelinger eller betegnelser som kan gi grunnlag for urimelig generalisering. I den grad vi deler inn i grupper, er det, som vi tidligere har nevnt, viktig å poengtere at slike inndelinger ikke representerer personer på individnivå. Enhver må få definere seg selv, eller få avstå fra å definere seg. Vi har etterstrebet å formidle resultatene med respekt for informantene, og vårt mål har vært å bidra til kunnskap som er emansipatorisk, det vil si at innsiktene vi formidler skal kunne anvendes av målgruppene, og komme dem til gode. Det er både i gruppene og samfunnets interesser å få noen inntrykk av hvor godt velferdsstaten, rettsstaten og demokratiet fungerer i forhold til disse sårbare minoriteter.

For det tredje har det vært viktig med innsikter i og refleksjoner omkring motstridende synspunkter og interesser. Når forskningen skal gi innsikter i samfunnsmessige prosesser og mekanismer som har

betydning for minoritetsgrupper kan det medføre negative omtaler for eksempel for offentlige institusjoner. Hensynet til belastninger for tredjepart må avveies mot hensynet til forskningens kritiske funksjon og "sannhetssøken". Dette har vært særlig viktig når det gjelder forholdet mellom informantene og det offentlige behandlingssystemet. Prosjektets formål har vært å sette fokus på levekår og livskvalitet til personer med kjønnsidentitetstematikk; det offentlige behandlingssystemet har ikke vært en del av prosjektoppdraget. Det er informantenes narrativer som ligger til grunn for våre analyser. Deres fortellinger og erfaringer er i stor grad tilbakeskuende. Innen livshistorieforskning har det blitt diskutert i hvilken grad en kan stole på tilbakeskuende data. En vurdering av dette må sees i sammenheng med formålet; formålet er å undersøke hvordan begivenheter forstås, bearbeides og håndteres av informantene, det er deres "sannheter" vi forholder oss til (Gautun (2003) i Nuland og Grønningsæter 2009). Det gjelder også narrativer der bare den ene parten høres, for eksempel i kapittel om erfaringer med helsevesenet generelt, og spesielt med Rikshospitalet som Landsfunksjon for utredning, diagnostisering og behandling. I vårt oppdrag ligger å vurdere hva disse erfaringer betyr for informantenes levekår og livskvalitet.

## Sentrale verdier for gode levekår i den norske velferdsstaten

Et sentralt spørsmål for velferdsforskning er: Hva er viktige levekårskomponenter, og hvem får definere disse? Hvilke forhold oppleves som barrierer som må ryddes av veien for at individene skal kunne forfølge sine livsprosjekt? Her kan mange generelle forhold komme inn, som negativ forskjellsbehandling eller diskriminering, begrenset autonomi, samt forhold som mer spesifikt angår personer med kjønnsidentitetstematikk og som vi kommer nærmere inn på i analysen: mangelfull kompetanse om kjønnsidentitetstematikk i samfunnet, og et utilstrekkelig offentlig transrelatert og transkompetent helsetilbud. I oppsummeringen vurderer vi målgruppenes livskvalitet og livsvilkår opp mot noen sentrale verdier i det moderne norske samfunnet som skal sikre alle borgere muligheten til å leve et godt liv. Vi har diskutert oss frem til fire slike sentrale verdier: rettferdighet, anstendighet, autonomi og likestilling.

### Rettferdighet

Når det gjelder personer med kjønnsidentitetstematikk er det relevant å vurdere om og eventuelt hvordan samfunnet ivaretar rettferdighet mellom borgere som er svært ulike, og der visse grupper velger å posisjonere seg utenfor samfunnets tokjønnsmodell og normene for de to kjønn, og der slike grupper kan ha divergerende oppfatninger om hva som utgjør et godt liv. Rawls (1971) rettferdighetsteori kan være en inspirasjonskilde ved at den løfter frem at moderne demokratiske samfunn er pluralistiske, og at det dermed finnes ulike oppfatninger om hva som er det gode liv og hva som utgjør onde forhold. Samfunnet har, ifølge Rawls (1993), innfridd sine forpliktelser når den har stilt såkalte "primære goder" til rådighet for sine borgere. Det vil si politiske rettigheter og friheter, makt og myndighet i politiske, administrative og økonomiske institusjoner, inntekt og formue og den sosiale basis for selvrespekt (Rawls 1993:15 i Melberg 2003).

### Anstendighet

En annen inspirasjonskilde for å vurdere komponenter for levekår og livskvalitet er Margalits (1996) tanker om *det anstendige samfunn* som beskrives som et samfunn hvor institusjonene ikke ydmyker sine borgere. Det vil for personer med kjønnsidentitetstematikk bety at samfunnet beskytter mot trakassering av medborgere, og har vern mot diskriminering på skole, i arbeids- og organisasjonslivet. I vår sammenheng vil et viktig prinsipp i definisjonen av livskvalitet være hvordan samfunnsinstitusjoners

ansatte møter sine brukere. Her tenker vi på institusjoner i helsevesenet, NAV, skole, politi, tollmyndigheter, Folkeregisteret med mer. Et anstendig samfunn kjennetegnes da som et samfunn hvor borgerne ikke opplever krenkelser og diskriminering i offentlige institusjoner, i det offentlige rom og i mellomborgerlige relasjoner og møter for øvrig.

## Autonomi

En annen sentral verdi for livskvalitet er autonomi, det vil si individenes muligheter til å gjennomføre sine livsprosjekt ut fra egne valg og på basis av egne verdier. Potensialet for å skape seg et godt og autonomt liv ligger i å råde over grunnleggende ressurser (Doyal & Gough 1991). Det gode samfunn er et samfunn der myndighetene legger til rette for at borgerne har mulighet til å sikre seg grunnleggende ressurser, og dermed evner å skape seg et autonomt, selvstendig liv. Også norske levekårsforskere understreker betydningen av autonomi for livskvalitet:

”Spørsmålet om autonomi beskrives som særlig relevant for grupper som har vansker med å få gjennomslag for sine ønsker i møtet med profesjonsgrupper og politikere. Eksempler kan være funksjonshemmede og eldre, hvor idealet om autonomi tilsier muligheter til å ta uavhengige avgjørelser om innholdet i tjenestene som tilbys” (Barstad & Hellevik 2004:16).

I sitatet her blir eldre og funksjonshemmede løftet frem som eksempler, mens vi i analysen vil komme nærmere inn på hvordan personer med kjønnsidentitetstematikk i ulike sammenhenger kan oppleve vansker med å få gjennomslag for sine interesser. I en nylig offentliggjort rapport ”Gjennomgang av behandlingstilbud til transseksuelle og transpersoner” fra Helsedirektoratet (2012) gjør direktoratet en grensedragnings mellom behandlingsbehov og ”mer generelle samfunnsspørsmål knyttet til livskvalitet /.../.” Vår grensedragnings er ikke så skarp: vi hevder at gode helsetilbud er en forutsetning for livskvalitet, og at nettopp mangelfulle tilbud er én av livsbetingelsene som våre informanter nevner som årsak til redusert livskvalitet, og til muligheten for å leve autonome liv.

## Likestilling

En siste viktig verdi som bidrar til et godt samfunn og som skaper muligheter for det gode liv for sine samfunnsmedlemmer, er likestilling. Her mener vi ikke bare likestilling mellom kvinner og menn, men likestilling mellom individer innenfor et bredt kjønnspekter og kjønns mangfold. Likestilling handler om likeverd, like rettigheter, like muligheter og resultat. Forskjellsbehandling på grunnlag av kjønn er omfattet av likestillingsloven fra 1978, der er kjønn forstått som kvinne og mann, og utvidelser av lovforklaring er nødvendig for å inkludere en videre forståelse av kjønn. Likestilling er videre en del av menneskerettighetene, som uttrykker at livsbetingelser, muligheter og rettigheter skal være like, uavhengig av kjønnsstilling, -identitet eller kjønnsuttrykk. Diskrimineringsvernet i Norge er også omfattet av diskrimineringsloven (etnisitet, religion mv.), diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og arbeidsmiljøloven.

# Forskningsdesign

## Metoder for rekruttering, datainnsamling og databearbeiding

---

### Et kvalitativt forskningsopplegg

Dette kapitlet redegjør for konkret hvilke verktøy vi har valgt å bruke på bakgrunn av refleksjoner rundt forskning og metodologiske standpunkter vi presenterte i forrige kapitlet. Vi har valgt forskningsdesign og innsamlingsmetoder med tanke på landskapet vi orienterer oss i, og fant et kvalitativt forskningsopplegg mest hensiktsmessig. Det primære kjennetegnet ved et slikt opplegg er at det/de som skal utgjøre grunnlag datainnsamling er relativt beskjedent i omfang: det vil si her at vi har et relativt lite antall informanter, men vi får mye informasjon om mange aspekter ved informantenes livsvilkår, erfaringer og livskvalitet. Det gir innsikt i materielle og immaterielle forhold som danner utgangspunkt og grunnlag for blant annet mestringsstrategier, veivalg og relasjoner. Et annet sentralt kjennetegn ved kvalitative forskningsopplegg er nærhet mellom forsker og informant, basert på tillit og respekt. Et tredje trekk er at samtaler og diskusjoner utvikles i vekselspill og samarbeid mellom forsker og informant, der forsker ofte ønsker å være åpen for nye tema, og andre innfallsvinkler på bakgrunn av innspill fra informantene.

Vi vil på bakgrunn av kvalitativ datainnsamling, gjennom samtaler, ikke kunne trekke noen entydige slutninger av typen: slik er livet til personer med kjønnsidentitetstematikk. De som etterlyser en type analyse som sier "X prosent av utvalget har gode erfaringer med hormonbehandling", vil ikke finne det i denne rapporten. Vi vurderte kvantitative undersøkelser som ikke hensiktsmessige, av flere grunner: det er i utgangspunkt for lite kunnskap om hvilke erfaringer personer med kjønnsidentitetstematikk har gjort og gjør seg daglig på ulike arenaer; hjemme, på arbeidet, i utdanningssystemet, i helseinstitusjoner, i andre offentlige tjenester og i det offentlige rom. En slik mangelfull kunnskap medfører at det er vanskelig å lage gode spørreskjema som grunnlag for kvantitative undersøkelser, med treffende spørsmål og relevante og uttømmende svaralternativer for å avdekke sentrale sider ved respondentenes livsvilkår, livssituasjon og livskvalitet. For det andre er det store utfordringer forbundet med å finne frem til informanter. Det er mange medlemmer i foreningene som ønsker å være hemmelige, og mange våger ikke en gang å være innmeldt i en forening. Ett av formålene med kvantitative forskningsdesign er å kunne generalisere resultater en får frem i utvalget til hele populasjonen. Det ville i dette tilfellet si til alle personer i Norge med kjønnsidentitetstematikk. Generalisering forutsetter at forskeren har klart å få til et *representativt* utvalg av denne populasjonen, det vil si at sammensetningen av typer personer i utvalget forskeren har undersøkt, tilsvarer sammensetningen av persontyper i populasjonen som helhet (med tanke på egenskaper som eksempelvis alder, klasse, etnisitet, seksuell preferanse, geografisk tilhørighet, kjønn, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og type behandling). Vi kan ikke på noen måte forsikre oss om at vi skulle klare å finne et slikt utvalg. Dermed vil vi heller ikke i en kvantitativ undersøkelse kunne si at de funn vi gjør i utvalget kan generaliseres til "alle" med kjønnsidentitetstematikk.

Formålet med et kvalitativt opplegg er å få innsikt i mangfoldet av livssituasjoner, mestringsstrategier og handlingspotensialer for å belyse kompleksiteten. Informantene har unike erfaringer med vilkår knyttet til arbeidslivet, skole, familie- og partnerforhold, helsevesenet, NAV og andre institusjoner. Vårt utvalg

er *strategisk* sammensatt, ved at vi har lagt ulike kriterier til grunn for rekruttering av informanter, for å sikre en mest mulig mangeartet informantgruppe. Samtidig ser vi at det er noen fellestrekk i livshistoriene og erfaringer; det vil gjøre det mulig å tegne opp bilder mange kan kjenne seg igjen i. Dermed vil vi kunne gi innblikk i hva slags utfordringer personer med kjønnsidentitetstematikk møter i velferdsstaten Norge og hvilke politikkutfordringer staten møter for å ivareta interesser og behov til mangfoldet av personer med kjønnsidentitetstematikk.

## Forske med, ikke på

Det har vært ytret skepsis i transmiljøer til at personer uten egne erfaringer med kjønnsidentitetstematikk forsker på transpersoner. Delvis baserer denne skepsisen seg på ideen om epistemisk forrang. Det vil si at den som har skoen på vet hvor den trykker; at såkalt "innenfra-kunnskap" er mer "sann" enn kunnskap produsert av forskere uten personlige erfaringer med tematikken. Dels baserer skepsisen seg på erfaringer fra medisinsk og psykologisk forskning hvor det utforskede individets egne opplevelser og oppfatninger har blitt tillagt liten vekt. Engdahl peker på nok et element i skepsisen:

".../ forskning som tidligere gjorts om transpersoner har skett från ett utifrånperspektiv genom forskningens normaliserande blick, vilket resulterat i forskning som objektifierat och stigmatiserat transpersoner" (2010:26).

Dette er standpunkter vi tar på alvor og forholder oss til. Oppfatninger om kunnskap som partikulær (det vil si unik) og situert (det vil si ut ifra levd liv og erfaringer) åpner for andre metodologiske grep:

"Det är av central betydelse att tillämpa en lyssnandets metodologi som innebär ett lyssnande till trans\*personers röster och egna berättelser om erfarenheter i syfte att föra en situerad konkret .../ diskussion om begreppen identitet, rättvisa och erkännande i relation till en trans\*kontext" (op.cit).

Videre i kapitlet redegjør vi for metoder vi anvender for å sikre "et lyssnande" til våre informanternes stemmer og til deres egne fortellinger; metoden fokusgruppesamtaler som datainnsamlingsmetode. I vårt opplegg er det avgjørende å få personer med kjønnsidentitetstematikk i tale, og vi har valgt å bruke medfortolkning som grep i analysen. Vår metodetilnærming er å forske *med* våre informanter, i stedet for at de blir forsket *på*. Dette har vi gjort gjennom å be om tilbakemelding på våre fortolkninger av det som ble sagt i fokusgruppene. Både prosjektets referansegruppe og informantene har tatt aktivt del i våre fortolkninger og refleksjoner og gitt utfyllende og korrigerende kommentarer underveis. Valg av dette analysegrep bygger på vårt utgangspunkt at informantene har erfaringsposisjonen når det gjelder å vite hva kjønnsidentitetstematikk innebærer, mens vi som forskere er i posisjon til å få et overblikk over like og ulike erfaringer, og til å analysere, teoretisere og sammenfatte.

Transgender studier<sup>17</sup> har eksplodert de siste 20-30 årene. Susanne Stryker, transkvinne og velrenommert forsker i feltet, beskriver utviklingen av feltet slik:

"Transpersoner gikk fra å bli snakket om som objekter, til selv å innta en posisjon og snakke på vegne av seg selv. Ved selv å bli kunnskapsprodusenter har transpersoner brakt andre termer, temaer og forståelsesrammer inn" (Stryker 2006:11).

<sup>17</sup> Transgender studies er det internasjonale samlebegrepet for studier av alle personer med kjønnsidentitets tematikk.

Hun snakker i den sammenheng om "renarration", det vil si nye fortellinger om hvordan den heteronormative tokjønnsmodellen produseres (op.cit:12). Vi observerer et langt mer mangfoldig språkbruk etter at transpersoner kom i talerens posisjon, fra den medisinske terminologien *gender dysphoria* og *gender identity disorder*, til betegnelser som ikke er patologiserende, som kjønnsvarierende (*gender variance*), kjønnsutforskende (*gender questioning*) og kjønns-nonkonform (*gender non-conforming*) som betegner flere mulige måter å leve ut eller med sin(e) kjønnsidentitet(er).

## Fokusgruppesamtaler

I fokusgruppesamtaler er det en liten gruppe personer (6 -8) som helst ikke kjenner hverandre fra før som samles for å samtale om én eller flere forhåndsbestemte tema. Fokusgruppesamtale skiller seg fra intervju ved at samtalen går vel så mye "rundt bordet", dvs. mellom deltakerne som mellom forsker og deltakere. Forskeren fungerer som moderator som passer på at alle kommer til ordet, og at de sentrale tema fra samtaleguiden blir diskutert. Deltakerne bringer ofte opp andre tema som er relevante, og rekkefølgen av tema bestemmes i stor grad av samtalepartnere.

Mange oppfatter fokusgrupper som et vågalt metodisk grep, især i en studie som handler om personer med kjønnsidentitetstematikk, der mange har holdt og fortsatt holder tematikken hemmelig for omverdenen (Arntzen og Khars 2011). En styrke med fokusgruppesamtaler er at alle deltakerne er innstilt på å dele sine erfaringer, tanker og holdninger om emnene som tas opp, og at de gjennom erfaringsutveksling og samtaler får utvidet det vi kaller sitt "minne-rom". Med det mener vi at fortellinger fra andre deltakere i samtalen, får opp minner og nye innfallsvinkler. Deltakerne utveksler tanker og ideer om ulike tema, og vi får dermed mer informasjon enn vi ville fått ved å samtale med hver enkelt deltaker for seg. Deltagerne kan være enige og uenige, og debatterer ulike sider ved en sak, noe som øker informasjonsmengden (Berg & Lune 2012).

En annen styrke med fokusgruppesamtaler er at det skaper nærhet mellom deltakerne, samtidig som det sikrer en viss distanse fra forskerne; det er en fordel for både forsker og informant når sensitive tema tas opp. I fokusgruppesamtaler utvikles fortellinger i dialog mellom deltakerne i fellesskap.

En tredje begrunnelse for valg av fokusgruppesamtaler, er at fokusgruppene bidrar til å redusere "vi" og "dem" situasjonen. Spesielt der undersøkelsen omfatter sårbare minoriteter, minskes hierarkiske relasjoner og dempes maktforskjeller mellom forsker og den utforskede som kan oppstå i individuelle intervju. I fokusgrupper er de fra minoritetene i flertall; det skaper en mer balansert situasjon.

"Vid kunskapsbyggande om transpersoner är det angeläget att forskningen inte kännetecknas av ett 'vi och dom' tänkande, att några personer, ett 'vi', ska skapa kunskaper om ett 'dom'" (Larson mfl. 2008:22).

En innvending mot fokusgruppesamtaler vi møtte fra personer som fikk informasjon om prosjektet og invitasjon til å delta, har vært at de temaene vi ønsker innsikt i er svært sensitive og at gruppesamtaler av den grunn ikke egner seg. Det er selvfølgelig mulig at det er visse tema informantene ikke føler seg komfortable med å dele med andre, men vår erfaring er at gruppesamtaler med personer som er i noenlunde tilsvarende livssituasjon og med samme eller liknende erfaringer er svært konstruktive: ".../ fokusgrupper kan faktisk nettopp være den ideelle situasjon for å diskutere sensitive tema, spesielt når



det er likesinnede som er gruppen”<sup>18</sup> (op.cit:182, min oversettelse). Vår erfaring er at når en informant våger å bringe opp et sensitivt tema, eksempelvis følelsen av å være ensom og ”mislykket”, så åpner det for at andre også snakker om lignende erfaringer; samtalen ble mer innholdsrik og flere fortrolige tema blir brakt på banen.

## Fokusgrupper – sammensetning og tema

Informantene ble rekruttert til tre fokusgrupper ut fra ulike tema:

1. Komme ut-prosesser, familiens og omgivelsens reaksjoner
2. Erfaringer med/i helsevesenet
3. Barn og unge voksne

Fokusgruppene hadde fra fem til åtte deltagere; totalt 19 informanter. Ved rekruttering anga informantene selv hvilken fokusgruppe de ønsket å delta i.

### *Fokusgruppe 1: Komme ut-prosesser*

Sentrale kriterier for informantutvelging var å sikre et bredt spekter av personer med ulik håndtering av kjønnsidentitetstematikk, fra kjønnsopererte kvinner og menn til transvestitter. Vi ønsket videre variasjoner i deltakernes familiesituasjon: enslige, parforhold eller andre konstellasjoner, og vi ville sikre rekruttering av informanter med og uten barn. Vi rekrutterte også informanter med ulik grad av åpenhet om kjønnsidentitetstematikken. Sikring av et bredt aldersspenn var også her et viktig hensyn.

### *Fokusgruppe 2: Erfaringer med helsevesenet*

Når det gjaldt rekruttering til helsegruppen ønsket vi informanter med erfaring fra norsk helsevesen og det offentlige hjelpeapparat generelt, og personer som er i, eller tidligere har gjennomgått kjønnsbekreftende eller kroppsjusterende behandling i Norge eller i utlandet. Videre ønsket vi å rekruttere personer med ulike kjønnsstilling og kjønnsuttrykk som hadde behov for helsetjenester. Et bredt aldersspenn blant informantene var et viktig aspekt ved informantrekrutteringen.

### *Fokusgruppe 3: Unge voksne med kjønnsidentitetstematikk*

Sentrale kriterier for informantutvelging til gruppe tre var alder. Vi rekrutterte i alderen 17 til 25 år, som var i ulike faser og ståsteder når det gjaldt spørsmål rundt kjønnsidentitet og håndtering av denne tematikken. Vi ønsket unge informanter som hadde påbegynt behandling på SFT, var til utredning, de som har valgt andre løsninger eller ikke ønsker kjønnsbekreftende behandling. Blant de unge informanter har vi ikke noen som har blitt avvist. Men vi har noen som på sin side har ”avvist” Rikshospitalet, ved ikke å søke utredning på Rikshospitalet. Vi ønsket også variasjon blant deltakerne med tanke på andre aspekter ved deres liv: under utdanning, arbeidsledige i periode mellom studier og jobb, og de som er i arbeidslivet.

## Rekruttering av informanter

Prosjektets tema og informantenes karakter fordrer nøye refleksjon over rekrutteringsmetoder. En bred og strategisk sammensatt gruppe informanter vil bidra til innsikt i de komplekse sammenhengene som kjennetegner hverdagen for personer med kjønnsidentitetstematikk og vil gi forståelse for de

<sup>18</sup> “/.../ focus groups may, in fact, be ideal situations for discussing sensitive topics, particularly when in the presence of /.../ other similarly situated /.../”

mangfoldige måtene individer mestrer å uttrykke kjønnsidentitet på. I rekrutteringsprosessen og i sammensetningen av fokusgruppene har vi etterstrebet bredde, når det gjaldt faser i prosesser, ståsteder de har valgt, kjønnsuttrykksvariasjoner de lever i og med, personer som ønsker behandling, men ikke kom gjennom nåløya, andre som har valgt kirurgi i utlandet, og noen som valgte delvis kjønnsbekreftende behandling.

Informasjon om forskningsprosjektet ble spredt og relevante og interesserte personer ble bedt om å ta kontakt dersom de ønsket å delta. For å sikre et bredest mulig og balansert utvalg, søkte vi kontakt med mange ulike aktuelle "døråpnere", det vil si sentrale personer og organisasjoner som videreformidlet informasjon, og som også selv foreslo informanter. Organisasjoner og personer som deltok i prosjektets referansegruppe har vært sentrale i rekrutteringsprosessen: Foreningen for transpersoner i Norge (FTPN), Skeiv Ungdom, transpolitisk utvalg i LLH, Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS), Stensveen Ressurscenter ved Marion Arntzen, LHBT-senteret i Barne-, familie og ungdomsdepartementet og professor i sexologi Esben Esther Pirelli Benestad. Samtidig er det viktig å påpeke at informanter har "valgt oss": de som fikk informasjon og var interessert i å delta, ble anmodet om å henvende seg til oss. På bakgrunn av disse henvendelser har vi satt sammen fokusgruppene.

Når informanter blir oppmuntret av andre som også vil delta risikerer vi å få informanter som kjenner hverandre og ligner hverandre, som kan være ulik andre personer med kjønnsidentitetstematikk som ikke ønsker å delta, eller som ikke en gang har fått informasjon om prosjektet. I vårt utvalg har vi mange personer som er "ute av skapet", og som er aktive, enten i en interesseorganisasjon og/eller i andre felles fora (som eksempelvis Stensveen Ressurscenterets ulike treff). Sannsynligvis har vårt utvalg av informanter en overvekt av personer som i stor grad mestrer utfordringene som følger av å være ikke kjønnskonform og av å erfare kjønnsidentitetstematikk. Alle de som ikke er ute av skapet, og de som er i en tung fase i livet, vil sannsynligvis ikke makte å delta. Det påvirker trolig de bildene av livsvilkår og livskvalitet vi tegner opp, og kan føre til at vi presenterer for positive bilder. Dette har vi hatt i mente i analysene av datamateriale. På den annen side har de aller fleste av våre informanter hatt perioder dominert av angst, frykt, usikkerhet og ensomhet. Enkelte har opplevd perioder med nedsatt funksjonsevne og helt eller delvis arbeidsuførhet. Vi mener således at materialet gir innblikk i både sorger og gleder, følelser av avmakt og mestring, noe som kan gi økt kunnskap om hvordan myndighetene kan bidra til å tilrettelegge for bedre livskvalitet og en enklere hverdag. En del kjønnsopererte kvinner og menn har lagt sin historie med kjønnsidentitetsspørsmål bak seg og har kanskje ikke meldt sin interesse i prosjektet av den grunn. Imidlertid har flere transpersoner med svært begrenset åpenhet deltatt i fokusgruppene.

## Informantene

Våre informanter i de tre fokusgruppene dekker bredden i personer med kjønnsidentitetstematikk og sikrer variasjon med tanke på alder, geografisk spredning, seksuell orientering og kjønn, kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet. Informantene representerer også variasjoner i hensyn til valg i forhold til tematikken og med helsevesenet: vi har informanter som har fått diagnose og behandling, og andre som har diagnose, men har valgt noen få elementer i standardopplegget for behandlingen, informanter som ble avvist og har tatt behandling i utlandet, eller valgt å søke utredning og behandling annetsteds enn i Norge. Vi har ikke fått bredde når det gjelder etnisitet/nasjonalitet, funksjonsnivå, eller religiøs tilhørighet, så disse dimensjoner i det interseksjonelle perspektivet er ikke like godt ivaretatt. Det er spesielt krevende å nå potensielle informanter med etnisk minoritetsbakgrunn, og tidsbegrensning

hindret utprøving av flere kanaler og metoder for rekruttering for å få enda større bredde blant informantene.

Aldersspennet er fra 17 år til over 60, hovedtyngden ligger mellom 35-45 år. Vi får således vurdert noen generasjonsforskjeller med tanke på erfaringer med å finne informasjon, erkjennelsesprosesser og komme ut-prosesser. Mye har endret seg i løpet av de siste 30-40 åra både når det gjelder holdninger til og kunnskap om kjønnsidentitetstematikk.

Geografisk kommer informantene fra Vestlandet, Sørlandet og Østlandet, mens vi har få informanter fra Midt-Norge, og ingen fra Nord-Norge. Sju av informantene er fra de største byene (Bergen, Trondheim og Oslo), ellers kommer informantene fra så vel større byer, mindre byer og bygdesamfunn.

Med tanke på religion, var de informantene som oppga å ha en religiøs tro, kristne. Blant informantene er både aktivt troende, passiv religiøse, ikke-religiøse og ateister.

Kjønnsstilling og kjønnsuttrykk er flytende og foranderlige markører for mange av informantene. Vi har angitt informantenes egne kjønnsbestemmelser i analysen; materialet domineres av mann-til-kvinne personer (MtK) med 12 av 19 informanter. Syv informanter fikk tillagt kjønnsstatus som kvinne ved fødselen, fem av disse er kvinne-til-mann (KtM) personer. To anser seg som androgyne, de opplever seg som hverken kvinne eller mann. Blant de som identifiserer seg som transvestitter er alle født med mannskropp. Det er i tråd med annen forskning som viser at andeler transvestitter med kvinnekropp som i blant er i mannsuttrykk er små (Rasmussen 2005).

Seksuell orientering er også en flytende egenskap som har skiftet for flere av informantene, eller også fått et nytt navn når kjønnsuttrykket blir i overensstemmelse med opplevd kjønnsidentitet. Ikke alle har angitt sin seksuelle orientering, men blant de informantene som har snakket om sin seksualitet er personer som definerer seg som bifile, lesbiske, homofile og heterofile.

Når det gjelder familiesituasjon er halvparten av informantene gift eller i et samboerforhold; halvparten har barn, de fleste av dem har voksne barn som de fikk før de var åpne om sin kjønnsidentitetstematikk til partner og ellers i familien.

De fleste er i fulltidsarbeid eller under utdanning, flere er studenter/skoleelever og noen av de yngre informantene er i en mellomfase mellom skole, studier og arbeidsliv. To er uføretrygdet, men én av disse har en deltidsjobb. Når det gjelder klasse eller sosial status kan hovedvekten av informantene ut i fra utdanningsbakgrunn og yrkesposisjon plasseres i middelklassen. Vi kan ikke utelukke at informantene har et høyere funksjonsnivå enn det som gjelder flertallet av personer med kjønnsidentitetstematikk. Vårt utvalg har antakelig slagside mot spesielt ressurssterke personer. På den annen side viser en belgisk undersøkelse at utdanningsnivået blant respondentene var noe over gjennomsnittsnivået til befolkningen for øvrig (Motmans 2010). Den samme undersøkelsen viser samtidig relativ høy andel arbeidsledige blant transpersonene i utvalget. Også skotske, engelske og nord amerikanske undersøkelser påviser høyere grad av arbeidsledighet og uførhet blant personer med kjønnsidentitetstematikk. (Grant, Mottet & Tanis 2011, Whittle, Turner og Al-Alami 2007, STA 2008, 2010). Flere av våre informanter som ikke har fått diagnosen, selv om de har ønsket, og andre som ikke har ønsket å underlegge seg utredning på SfT finansierer selv de kjønnsjusteringer de har trengt og hormonpreparater. Dette understreker det sterke behov for denne behandlingen, men også ulikheter i ressursgrunnlag.

Typiske grupper som ikke er representert i vårt materiale er bl.a. personer med rusproblemer, personer som prostituerer seg, personer med annen etnisk, nasjonal og/eller ikke kristen religiøs bakgrunn, og personer med funksjonsnedsettelse. Det er en utfordring og et viktig område for videre forskning, hvordan sammenvevingen av flere diskrimineringsgrunner virker inn på levekår og livskvalitet til disse grupper. Jack Harrison, medarbeider og representant for forskningsgruppen for den omfattende undersøkelsen som ble gjennomført i USA i 2011: "Injustice at Every Turn" understreket på et seminar nylig at samtlige som ikke tilhører de "hvite"/Caucasian rase kommer langt dårligere på absolutt alle indikasjoner når det gjelder diskriminering, trakassering, vold, HIV smitte, helsetilstand, yrkesaktivitet.

### Fordeling av informanter over ulike dimensjoner

Retning av transisjon	KtM	MtK	Kjønnskritisk/ androgyn
Helt, delvis eller ikke kjønnsoperert <sup>19</sup> med diagnose transseksualisme	4	1	
Transperson uten diagnose, Ikke fått/ikke ønsket	1	8 <sup>20</sup>	2
Transvestitt (ønsker ikke behandling)		3	
Sum	5	12	2

I forkant av fokusgruppesamtalene hadde vi e-post korrespondanse med informantene, hvor de fleste fortalte om seg selv og begrunnet sitt ønske om å delta i prosjektet. E-postene varierer fra relativt omfattende fortellinger, til svært korte presentasjoner, de inngår i vårt datamateriale. Hovedmaterialet er de fem timer lange fokusgruppesamtaler. Tilbakemeldinger på referat av fokusgruppesamtale som ble sendt ut i etterkant betraktes også som en del av datamateriale, likeledes tilbakemeldinger på utkast på rapporten som informantene fikk tilsendt mot slutten av skriveprosessen. Her var det også anledning til å se på og godkjenne/utdype/korrigere direkte sitater fra den enkelte som vi har brukt rapporten.

### Møter med pasient- og interesseorganisasjoner, behandlingssiden og andre aktiviteter

Vi har hatt møter med ledelsen for Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS), styret i Foreningen for transpersoner i Norge (FTPN), transpolitisk nettverk i Landsforeningen for lesbiske og homofile (LLH), styret for Harry Benjamin Ressurssenters ungdomsorganisasjon (HBRSU), transpolitisk utvalg i Skeiv ungdom, leder for Seksjon for transseksualisme (SfT) ved Rikshospitalet, Ira Haraldsen og professor i sexologi Esben Esther Pirelli Benestad. På disse møtene har vi fått utdypet hvilke saker de ulike organisasjonene prioriterer, med hvilke begrunnelser og hvordan de hevder sine interesser på den politiske arena. Møter med organisasjoner og behandlere blir ikke behandlet som empiri i analysene, men har vært viktige for å utvide vår fortolkningshorisont, og gi dypere innsikt i mange tema.

<sup>19</sup> Vi utdyper denne tredelingen i et senere avsnitt

<sup>20</sup> To av disse har fått stilt diagnosen transseksualisme av annen psykolog/psykiater enn de som arbeider ved Seksjon for transseksualisme på Rikshospitalet (SfT); Det gir ikke tilgang til kjønnsbekreftende behandling ved SfT.

Det har vært tre møter med referansegruppen og fem møter med underleverandør i prosjektet Marion Arntzen ved Stensveen Ressurscenter. Prosjektleder har deltatt på et seminar om transseksualisme som HBRS arrangerte i samarbeid med SFT på Lillehammer juni 2012, besøkt Mangfoldskafé på Stensveen noen ganger og vært tilhører i et seminar om juridisk kjønn og steriliseringspraksis og ett om intersex ifm Skeive dager i mai 2012, og presentert noen sider ved prosjektet på Transminnedagen, 20. november. Seminar om USAs forskningsrapport "Injustice at every turn" med Jack Harrison, arrangert av LLHs transpolitisk utvalg, desember 2012.

# Alskens folk

---

## Del II Resultatene

”Den virkelige oppdagelsesreisen, er ikke å oppdage nye landskaper, men å få nye øyne.” Marcel Proust

### Hva ”sier” datamaterialet?

Datainnsamlingen og analysene er strukturert rundt tre hovedtema: 1) selverkjennelsesprosessen og erfaringer med å leve eller opptre offentlig i annet kjønnsuttrykk, *komme ut-prosesser*, 2) erfaringer rundt helsespørsmål, ikke minst knyttet til kjønnskonvertering eller justeringer av kroppen 3) erfaringer fra ungdomstid, med vekt på hvordan barn og unge voksne med kjønnsidentitetsspørsmål blir møtt i sin hverdag. I tillegg har informantene diskutert omtale- og tiltaleformer, pronomen, begrepsbruk og tema omkring transpolitisk organisering og prioriteringer.

Tittelen på kapittelets innledning er misvisende, datamateriale ”sier” ikke noe, det er vi som fortolker det som har blitt sagt i fokusgruppesamtalene. I analysene av det empiriske materialet har vi spesielt fokus på dimensjoner og elementer ved personer med kjønnsidentitetstematikk sine levekår og livsbetingelser som myndighetene kan ta styring med eller ha kontroll over. Levekår og livskvalitet påvirkes av samfunnets organisering og av de forståelsesformene som har forrang. Hvordan entrer transrelevante problem den politiske dagsorden og hvordan blir slike problem formulert politisk (Bacchi 1999)? Myndighetenes valg når det gjelder å forholde seg til kjønnsvarians og politikernes vilje og evner å håndtere kjønnsrelatert annerledeshet er viktige parametere for livsbetingelser og livskvalitet.

Vår analytiske tilnærming kan best beskrives som fenomenologisk: vi tar utgangspunkt i informantenes narrativer om eget liv og livserfaringer, gjengitt i deres ord, og forstått i konteksten livet leves i. Datainnsamlingen skal gjenspeile empati, lydhørhet og selvrefleksjon når en skal velge den fenomenologiske analysetilnærmingen (van Manen 2007). I analysen leser vi materialet flere ganger og ut fra forskjellige problemstillinger. Levekår, livssituasjon og livskvalitet handler om hvordan individet mestrer utfordringene livet byr på i den spesifikke konteksten de møter utfordringene. Vi spør: Hva var handlingsrommet, hvilke muligheter fant personen frem til for å leve i tråd med sin kjønnsidentitet? Hvilke begrensninger opplevde den enkelte, og hvilke veier fant de for å overkomme dem? Hvor fant de ressurser, allianser, hvem var hjelperne? Et annet perspektiv vi har lagt vekt på i prosjektet er å få frem hverdagsfortellinger. Vi er ikke bare opptatt av kriser og store omveltninger, men like mye hverdagens gleder og sorger. I motsetning til mye internasjonal forskning vil vi også vise gledene i hverdagen.

”Hvem avgjør hva som konstituerer livskvalitet for meg og for folk som er lik – og ulik - meg?”<sup>21</sup>, spør Green retorisk (Green 2004:122). Det er ikke opp til oss, forskere, å avgjøre det; vi samler informasjon og finner frem til likheter og forskjeller, og analyserer det i forhold til livskvalitetsverdier vi har presentert tidligere: rettferdighet, autonomi, anstendighet og likestilling.

---

<sup>21</sup> I original: «Who decides what constitutes «quality of life» for me and for people like – or unlike – me?»

# Komme ut, eller også: "tre inn i verden som den som en er"

*"Den grenseløse ensomheten var noe av det vanskeligste".*

Sitatet beskriver livssituasjonen til mange personer med kjønnsidentitetstematikk, før de valgte å komme ut eller "tre inn i verden som den som de er"<sup>22</sup>. Mange av informantene forteller at de har vært alene om disse påtrengende og dypt eksistensielle spørsmål knyttet til sin kjønnsidentitet, en identitet som ikke var i samsvar med kjønn tillagt ved fødsel og der kjønns spesifikke forventninger til og normer for personens adferd, klesstil, interesser ikke kjentes riktige for dem.

Hovedtema i kapitlet er veien til selverkjennelse, prosessene med å komme ut eller tre inn i verden og reaksjonene dette medførte og fortsatt medfører. I analysen har vi sett på om og eventuelt hvilken kjennskap informantene hadde til kjønnsidentitetstematikk under sine egne erkjennelsesprosesser. Vi har spurt hvor de fant informasjon og hjelp og hvilke mestringsstrategier de tok i bruk i prosessen med å fortelle eller vise seg for noen i det kjønnsuttrykk som følte riktig for dem. Vi gjengir erfaringer med å komme ut til familiemedlemmer eller partner, på arbeidsplassen, i skolen og i det offentlige rom. Vi har sett etter forskjeller mellom ulike generasjoner. Å komme ut og tre inn i verden, er ikke noe transpersoner gjør en gang for alle. Mange kommer ut flere ganger før de våger å leve helt i ønsket kjønnsuttrykk og i tråd med sin kjønnsidentitet/-tilhørighet. Mange blir konfrontert med sitt valg igjen og igjen. Andre opplever at noen ripper opp i deres historie, og at de om igjen må håndtere omgivelsenes reaksjoner på å være "kjønnsoperert kvinne eller mann", eller på reaksjoner dersom deres valgte kjønnsuttrykk bryter med folks forventninger til kjønn.

Mange personer med kjønnsidentitetstematikk lever skjult, mens de fleste av våre informanter lever helt eller delvis åpent. Alle disse har imidlertid vært i den situasjon der de levde skjult, og dermed vil deres erfaringer også kunne gi innsikter i grunner til at få velger å komme ut og stå frem som de er. Informantenes erfaringer er svært varierte i komme ut-prosessen, fra en som sier: *"Jeg har jo vært livredd for hvordan folk /.../ vil ta dette her. Men i verste fall så rister de på hodet og går videre,"* til de som har blitt møtt med taushet, trakassering og avvisning.

<sup>22</sup> Begrepet «komme ut» er overtatt fra LHB terminologi, og angir når transpersoner første gang kommer i selvvalgt kjønnsuttrykk. Uttrykket "Å være som den som en er" er inspirert av Ulrika Engdahl (2010) sin dr.gradsavhandling Att vara som/den 'en' är: En etisk diskussion om begreppen rättvisa, erkännande och identitet i en trans\*kontext

## Veien til selverkjennelse

Det er mange, i sær blant de mer voksne informanter, som beretter at reportasjer i ukeblad, avis eller på TV var deres første møte med en annen som liknet dem. Først da ble det mulig å sette ord på følelsene av å være annerledes; det minsket ensomheten og følelsen av å være alene om dette. Behovet for og ønsket om å vise seg som den en er tiltar, mens styrken i skammen avtar. Media har hatt liknende virkning i andre land, en medieforsker formulerer sine funn som følger: *"/.../ mediene blir en "aktualiserende kraft" i identitetsutviklingen av respondenter med kjønnsidentitetstematikk"* (Ringo i Motmans 2010:71, min oversettelse<sup>23</sup>).

For de yngre har det vært lettere å finne hjelp: pasientforeningen HBRS, andre transorienterte interesseorganisasjoner, offentlige rollemodeller, Stensveen Ressurssenter som ble særlig profilert etter TV serien "Jentene på Toten", har vært og er viktige arena i erkjennelsesprosesser og under komme ut faser. For de yngre informanter er også internett en betydningsfull informasjonskilde. "Klara Kloks spørrespalte", som er en informasjonsspalte for ungdom nevnes som en informativ side (<http://www.klara-klok.no>). Pasientforeningen HBRS holder jevnlig seminarer rundt om i landet, og besøker ungdomsskoler, lokale helsestasjoner, kommunale instanser med mer for å informere om den type kjønnsidentitetstematikk som er spesifikt relatert til "født i feil kropp" narrativer og til diagnosen transseksualisme. Likevel opplever den yngre generasjonen å møte mangelfull kompetanse og informasjon i oppveksten, noe vi kommer tilbake til i kapitlet om barn og unge.

Mange har brukt år av sitt liv, først på å erkjenne og anerkjenne tematikken, så på å tørre å komme ut og tre inn i verden. Én informant brukte mer enn 30 år; hun var over 50 da en psykolog endelig satte ord på hennes smerte. Noen forteller om hvordan de kjøpte tøy tilpasset kjønnsidentitet og ønsket kjønnsuttrykk, og hvordan de kastet klærne i fortvilelse, gang på gang: *"Nå må det være slutt, sa jeg til meg selv."* Men det sluttet ikke, og de kjøper tøy på nytt. De slåss med seg selv i årevis, og til slutt har de fleste av informantene valgt å stå frem til tross for frykt for reaksjonene. Presset blir for stort, og de bryter tausheten fordi de øyner en mulighet til et bedre liv. Som en informant uttrykte det: *"Så tøff du er, har noen sagt til meg da jeg kom ut, men det var mye tøffere ikke å være seg selv."* Så viktig er det for mennesket å bli anerkjent, sett og forstått, og likt som den som en er.

Erkjennelsen har betydning for hvordan en person velger å tre inn i verden, og det kan være svært mange år mellom tidspunkt for selverkjennelsen at ens selverfarte kjønnsidentitet ikke er i samsvar med kjønn tillagt ved fødsel, og tidspunktet der en begynner å snakke høyt om tematikken. På bakgrunn av informantenes narrativer om deres erkjennelsesprosesser, og deres komme ut og tre inn i verden erfaringer, ser vi flere måter å håndtere denne erkjennelsen på, og valg av komme ut strategier som passer for den enkelte person med kjønnsidentitetstematikk.

## Ulike utgangspunkt for å komme ut/tre inn i verden

De to hovedgruppene vi presenterte innledningsvis, transpersoner og transseksuelle har forskjellige forutsetninger for komme ut-prosessen. Dette har sammenheng med forskjellige utgangspunkt: om de har anledning til å gå gjennom kjønnsidentitetsbekreftende behandling, enten fordi de har diagnosen eller fordi de har ressurser til å gjennomføre de typer behandling de trenger utenlands, og den (langt

<sup>23</sup> "Ringo investigated the impact of the media on the identification processes of trans men (transgender and transsexual), finding that the media facilitated the process of finding one's identity to different degrees and *that the media act as an 'actualising agent' in the identity development of transgender respondents*"



større) gruppen som ikke har anledning til kjønnsbekreftende behandling fordi de ikke fikk den diagnosen de ønsket for å oppnå behandling, eller fordi de ikke ønsker utredning og/eller noen form for kjønnsbekreftende behandling.

*Transseksuelle*, herunder "kjønnsopererte kvinner og menn" og "kjønnskorreksjonspasienter", er ofte nokså entydig i sin erkjennelse av at deres kjønnsidentitet er det motsatte kjønn. De har fått støtte for sitt ønske om å bekrefte sin kjønnsidentitet gjennom utredning og diagnosen transseksualisme, hvorved de har fått tilgang til standardopplegget for kjønnsidentitetsbekreftende behandling ved Rikshospitalet. Den er en langvarig og omfattende prosess med psykiatrisk utredning, hormonell behandling og flere kirurgiske inngrep. En viktig del av behandlingen er den såkalte *Real Life Testen* som innebærer at personen, samtidig med hormonbehandlingen, skal leve i det kjønnsuttrykk de ønsker å leve som i minimum ett år før kirurgiske intervensjon innvilges. Pasienten er nødt å prøve ut å være i verden som den hun/han føler seg som overfor familiemedlemmer, blant venner, i skole- eller arbeidssammenheng og til alle i omgivelsene som ikke kan unngå å bli vitne til endringene personen gjennomgår. Noen som skal begynne med slik behandling velger å flytte til et nytt sted og begynner livet i det ønskede kjønnsuttrykk uten at noen kjenner ham/henne, men pasienten vil i starten likevel ha tvetydig kjønnsuttrykk som kan "avsløre" situasjonen.

Ikke alle med diagnosen transseksualisme ønsker å gjennomgå hele standardbehandlingen, noen tar kun hormoner, andre velger hormonbehandling og toppkirurgi<sup>24</sup>. Bornstein skiller mellom pre-opererte (før operasjoner), post-opererte (etter operasjonene) og ikke-opererte transseksuelle (Bornstein 1995:121). Vi tilføyer kategorien "delvis-opererte". Samtlige som ønsker kroppsjusteringer er avhengige av å tilføre kroppen hormoner på livstid. De synlige kroppsendringene fører til at de er nødt til å fortelle om sin kjønnsidentitetstematikk. Blant våre informanter som er kjønnsopererte, eller i gang med kjønnsbekreftende behandling, hadde de fleste nettopp valgt å fortelle om tematikken i forbindelsen med behandlingen.

Transseksuelle lever i ønsket kjønnsuttrykk og etter kjønnskonvertering vil de fleste *passere*; det vil si at de vil bli sett og oppfattet som kvinne eller mann, det vil neppe være synlig for omgivelsene at de er kjønnsopererte. For utenforstående fortøner prosessen seg som et "kjønnskifte", men for vedkommende selv er det den endelige kjønnsidentitetsbekreftelse. Etter behandlingen må de velge om de vil være åpne om sin historie eller ikke. Mange faktorer spiller inn; om de bor på samme sted som før behandlingen slik at mange vet om tematikken uansett, det beror på hva slags arbeid de har, og hensyn til familie kommer inn. Noen opplever at historien blir med dem og blir brakt opp enten de vil eller ei i ulike sammenhenger, som et sekstiårs lag, en klassefest, eller sønnens konfirmasjon.

Det som kjennetegner komme ut strategier til de med diagnosen transseksualisme er at de i forbindelse med den kjønnsbekreftende behandlingen er nødt til å være åpne om sin kjønnsituasjon. Behandlingen gjør dem til (kjønnsopererte) kvinner og menn, med korrekt juridisk kjønn, nytt personnummer og samsvar mellom kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Om de så vil være åpne om sin historikk, og om de velger å definere seg som transpersoner, eller som transmann og transkvinne, er for noen et politisk begrunnet valg.

*Transpersoner*, den andre hovedgruppen av personer med kjønnsidentitetstematikk, omfatter et langt

<sup>24</sup> Det vil si fjerning eller oppbygging av bryst

bredere og mer mangfoldig spekter, fra transvestitter som fra tid til annen velger å være i annet, eller motsatt kjønnsuttrykk, til de som på fulltid lever i et kjønnsuttrykk forskjellig fra kjønn tillagt ved fødselen. I tillegg har noen mer androgyne, kjønnsstvedyde, kjønnsavvisende eller andre ikke kjønnsnormative uttrykk og tilhørighet. Noen av informantene i denne kategorien er kroppslige kvinner og har valgt å uttrykke sin kjønnsstilhørighet i et androgynt uttrykk. Deres tilnærming er å være utydelig eller tvetydig i sitt kjønnsuttrykk; de ønsker å formidle at kjønn ikke er en relevant kategori for dem; tvert om, de fraber seg å bli kjønnsbetegnet.

Mange av de som velger å komme ut er synlig trans, i betydning at vi eksempelvis "ser" en kroppslig mann i kvinneuttrykk, eller en kroppslig kvinne i mannsuttrykk, eller en androgyn person med tvetydig kjønnsuttrykk. Noen transpersoner har diagnose F64.0, og kan dermed inngå i gruppen transseksuelle, men markerer seg fra andre med diagnosen transseksualisme ved at de ikke ønsker å gjennomgå alle elementer i den kjønnskonverterende behandling. De velger f.eks. bort å gjennomføre genitalkirurgi og/eller sterilisering, med den konsekvens at de da ikke har anledning til å endre sitt juridiske kjønn. Andre transpersoner går ikke fullstendig over i et annet kjønn, fordi de ønsker å være kjønnsvarierende, og forstår seg selv som et eller annet sted på kjønnskontinuumet. Mange lever godt med et slikt valg: *"Det har blitt så mye lettere i det siste"* sier en informant som nokså nylig har valgt å leve åpent i sitt kvinneuttrykk, og som bruker både manns- og kvinnenavn, for å angi dobbeltheten i sin kjønnsstilhørighet: *"Så vet dere litt hvor jeg står."*

Blant transpersoner observerer vi mange ulike komme ut strategier, avhengig av hvilket/hvilke kjønnsuttrykk de velger å leve med. Variasjonene har også sammenheng med grad av åpenhet om sin kjønnsidentitetstematikk den enkelte føler seg bekvem med ovenfor sine omgivelser. Noen velger fullstendig åpenhet, andre varierer åpenhet og kjønnsuttrykk, avhengig av setting og omstendighet. Noen informanter har valgt en forsiktig strategi, ved bare å vise seg i annet kjønnsuttrykk overfor utvalgte venner eller familiemedlemmer. Noen ønsker å bli tiltalt med både kvinne- og mannsnavn, mens andre veksler mellom kvinne- og mannsnavn, og enkelte vil permanent tiltales med et navn som er uttrykk for annen kjønnsstatus enn den tillagt ved fødsel. Noen transpersoner har diagnosen transseksualisme, men ønsker ikke å gjennomgå alle elementer i standardopplegget for kjønnskonvertering<sup>25</sup>. Andre transpersoner, derimot, skulle gjerne hatt diagnosen og fått tilgang til behandling, men får den ikke. De er henvist til andre strategier for å kunne leve best mulig i sin selvopplevde kjønnsidentitet. Alle slike faktorer og betingelser spiller inn i den enkeltes komme ut-prosess og omgivelsenes reaksjoner.

*"Jeg er veldig mye mer Ola enn jeg er Kari", vi møtte Ola.*

En gruppe definerer seg som *transvestitter*, det gjelder også noen informanter i vårt utvalg; innimellom ønsker disse å være i motsatt kjønnsuttrykk enn det de vanligvis identifiserer seg som. Deres komme ut strategier skiller seg dermed fra andre strategier vi har nevnt: de vi møtte fremstår som menn storparten av tiden, og de lever ut sin kvinnelige side fra tid til annen<sup>26</sup>. Noen kler seg i sitt andre kjønnsuttrykk bare på møter i foreningen (FTPN)<sup>27</sup>, andre kler seg om når de er på reise i andre byer, eller på ferie. For noen kan det å være transvestitt vise seg å være en fase i en prosess med å prøve ut og bli mer sikker i sin kjønnsidentitet. Som følge av at de definerer seg som transvestitter, og kler seg om

<sup>25</sup> Disse vil falle inn under begge hovedgruppene, både transseksuell og transperson

<sup>26</sup> Ingen av informantene er kvinner som velger å være i mannsuttrykk av og til.

<sup>27</sup> Foreningen for transpersoner-Norge

bare av og til, er heller ikke behovet for å komme ut, og gjøre sin doble kjønnsidentitet synlig for omgivelsene like påtrengende. *"Jeg føler ingen grunn til å presse det på andre. Ferdig med det."* De vi møtte, lever ut den siden av seg i hemmelighet for mange i familien og for de fleste av sine venner. *"Ingen har noe med hvordan jeg er"*, sier en av informantene.

På bakgrunn av historiene om å komme ut som vi har fått høre, kan vi hevde at de som tar sjansen på å slå opp skapdøren og tre inn i verden i sitt ønskede kjønnsuttrykk: Her er jeg – ta vel i mot meg som den som jeg er!, erfarer i hovedsak nettopp det: å bli tatt vel i mot. De opplever at det viste seg ikke å være så farlig som de trodde. Deres frykt for andres negative reaksjoner var i mangt en internalisert frykt, en indre stemmen som holdt dem i hemmelighet unødige lenge. Omgivelsene møter dem med undring og nysgjerrighet, og med usikkerhet: men åpenhet bidrar til at livet stort sett er greiere enn før.

## Seksuell orientering og så kjønnsorientering..

Det tar (ofte) tid før en person med kjønnsidentitetstematikk skjønner at det er der problemet ligger: i manglende samsvar mellom kroppens og hodets kjønn. Mange av informantene har først vært "forvirret" når det gjelder seksuell orientering. Kanskje er jeg homo, kan de ha tenkt. En sa: *"Jeg som er en mislykket gutt, går hen og forelsker meg i de tøffe gutta – er jeg homo, tro?"*. Å ha homoseksuelle relasjoner er fortsatt ikke helt stuerent i vårt samfunn: et av de mest brukte skjellsord i ungdomsmiljøer er "Homo".

Her er det viktig også å trekke fram den "omvendte" utvikling: fra kjønnsorientering til seksuell orientering. De aller fleste barn og unge som prøver ut andre kjønnsuttrykk enn den tillagt ved fødselen ender faktisk opp med en lesbisk eller homofil seksuell identitet. Pirelli Benestad anslår at det gjelder i alle fall er mer enn halvparten, mens kun en av ti ender opp i trans-spektret et sted<sup>28</sup>.

Det er tydelige kjønnsforskjeller med tanke på å prøve ut annet kjønnsuttrykk: jenter og kvinner har større handlingsrom, de kan oppføre seg gutteaktig, være tomboy, kle seg i mannskler, kjærtegne en venninne uten at det utløser homofobiske eller transfobiske reaksjoner. Det ser ikke ut til å være så truende som når gutter opptre feminine, eller når menn foretrekker sex med menn. Når en mannlig transvestitt skal kle seg i kvinneuttrykk bruker flere av informantene uttrykket "kler seg ned", med andre ord: å kle seg fra mann til kvinne er en statusforskyvning nedover. I uformelle samtaler har transkvinner kommet med anekdotiske observasjoner om at de blir møtt med andre holdninger nå som de er kvinner enn da de var i sitt mannsuttrykk. Serano (2007) foreslår at feministiske forskere som vil studere kvinnediskriminering, bør snakke med transkvinner, for de har erfaringer fra begge sider av "kjønns-gapet".

Mange av våre informanter har erfaringer fra å komme ut som homofil/lesbisk, og har møtt homofobiske reaksjoner og holdninger, før de forstod at seksuell preferanse for personer av samme kjønn ikke løste noen problem. De måtte etter hvert belage seg på å komme ut nok en gang og være beredt på å møte transfiendtlige til forskjell fra homofiendtlige reaksjoner. Forskjellene mellom disse er ikke så store; begge fobiene er basert på uvitenhet, frykt for det ukjente og en samrøre av at det "de fleste" gjør, er "det naturlige". Først må de håndtere homofobien, så må de rå med transfobien.

<sup>28</sup> Samtale med Esben Esther Pirelli Benestad ifm forskningsprosjektet, mai 2012

## Transfobi – den internaliserte og den påført utenfra

Erfaringer med og opplevelser av diskriminering, trakassering, marginalisering, ekskludering og usynliggjøring er viktige inngangsporter til å forstå hverdagen til personer med kjønnsidentitetstematikk. De må ses i sammenheng med individers-, grupper-, og organisasjoners håndteringer av annerledeshet, og med holdninger til mindre vanlige former for kjønnsuttrykk som bidrar til at slike mekanismer av underordning/avvisning trer i kraft. En innfallsvinkel er hverdagsmøter med transfobier; transfobi har en internalisert og en utenfra påført komponent.

En innfallsvinkel er hverdagsmøter med transfobier; transfobi har en internalisert komponent og er noe personer møter. Internalisert transfobi refererer til frykten personer med kjønnsidentitetstematikk føler for avvisning i familien, blant kolleger og/eller ved ledelse i arbeidssituasjonen, eller av medelever eller lærere på skolen. Det henviser også til frykt for avvisning og uro for respektløs behandling i det offentlige rom og i møter med helsevesen og andre offentlige institusjoner (Hemmings 2002; Whittle m.fl. 2000; Larsson, Lilja og Fossum 2008). Denne internaliserte fobien er en viktig dimensjon for å forstå hvordan individene håndterer sine livsvilkår. Mange personer med kjønnsidentitetstematikk har, som følge av å være "annerledes" når det gjelder kjønnsrolleforventninger, møtt skrekk, avsky og avvisning. Disse møtene har gjort dem overbevist om at det må være noe "galt" og "feil" ved dem. De har tidlig lært å forholde seg taus om egen kjønnsforståelse og om ønsket kjønnsstilhørighet. Slike erfaringer, som de oftest opplever allerede fra barnsben av, fester seg og påvirker dem resten av livet. Dette kalles tilbakeholdstraumer: "Internalisering av selvhat, skyld, tvil på seg selv og lav selvfølelse i barndommen har innvirkning på transpersoner gjennom hele livet" <sup>29</sup> (Kennedy og Hellen 2010:41).

Den andre komponenten i transfobi møter personer med kjønnsidentitetstematikk utenfra. Den kommer til uttrykk når venner, kolleger eller familiemedlemmer avviser dem når de får høre om dette; den viser seg i avvisning, latterliggjøring, mobbing, trakassering og fysisk og psykisk mishandling, så vel i familien, på skolen, arbeidsplassen, i offentlige rom og ved offentlige tjenesteytere. Manglende kunnskap og utilstrekkelig kompetanse blant offentlig ansatte, mangel på åpne og sterke forbilder og lite informasjon vedlikeholder og underbygger transfobiske holdninger og adferd. Transfobi, både den opplevde og den forventede, forviser mange transpersoner til et liv i taushet, og bidrar til at kjønnsopererte kvinner og menn tier om sin fortid.

## Mange veier ut av skapet og inn i verden

Informantene har tenkt nøye gjennom metoder for å formidle sin "hemmelighet" før de går til det store skritt å våge seg ut i verden i annet kjønnsuttrykk. De har resonnert rundt hvem som skal få vite, i hvilken rekkefølge, og de har funnet frem til måter det skal fortelles på. Og de forteller at de har sett for seg mange skrekkscenarier i forhold til hvordan folk ville reagere når de fortalte.

Noen velger å fortelle det til mange på én gang: de sender brev med bilde av seg i selvvalgt kjønnsuttrykk, og de sender med en liste over hvem som får samme brev. Det er med tanke på at mottakerne da får vite hvem de kan snakke med, uten at det blir usikkerhet om de avslører en hemmelighet. Denne løsningen velges også i blant med tanke på foreldre:

<sup>29</sup> "The internalization of self-hatred, guilt, self-doubt and low self-esteem in childhood affects transgender people throughout their lives".

*”Så jeg skrev et brev. /... / Og da fortalte jeg også hvilke andre jeg hadde fortalt det til, sånn at min mor for eksempel ikke ble sittende helt alene men kunne snakke med sønnen min eller søsteren min.”*

Noen få går ut offentlig i lokalsamfunnet gjennom pressen, og har gode erfaringer med total åpenhet. Det bidrar til ufarliggjøring og avmystifiserer noe som kanskje har vært tema for sladder og baksnakking i årevis.

En informant som brukte mange år før han til slutt sto frem som mann forklarer:

*”Jeg tror det er noe med at du må være klar over at den frykten du har er mer din egen, enn fra omgivelsene. Man kan bli møtt med dårlige reaksjoner, men i de fleste tilfeller så går det mye bedre enn det man tror. Sånn at man må liksom finne den tryggheten i seg selv”.*

Til tross for at det ofte går overraskende greit, har mange også erfart at det har en pris å stå frem, de har fått merke andres motstand og avvisning. Vi ser også at enkelte informanter har valgt ikke fullstendig åpenhet på grunn av svært negative erfaringer. En ung informant skal i gang med hormonbehandling, men vil ikke fortelle det til sine foreldre: *”Nei, jeg er et av de barna som har den erfaringen at hvis du sier noe hjemme så blir det bare verre. Så jeg prøvde å ikke si noe hjemme”.* En annen forteller om en traumatisk erfaring fra da han kom ut som mann på slutten av videregående:

*”Så jeg valgte å stå fram der. Det var russetreff /... / og da var det tre gutter som fant ut at de skulle voldta meg. Så jeg flykta for livet den natta. Jeg klarte heldigvis å komme meg unna, men da ble jeg redd husker jeg, for å stå frem.”*

Disse informantene har på ulike arenaer opplevd vold, trusler om vold, trakassering og diskriminering som følge av kjønnsuttrykk, kjønnsidentitet eller bakgrunn som kjønnsoperert. På grunnlag av det har deres handlingsstrategier vært delvis åpenhet.

En annen bakgrunn for å stå bare delvis frem gjelder spesielt informantene som identifiserer seg som transvestitt. Én av informantene er aktiv i foreningen for transpersoner, men utenom miljøet er det bare kona han velger å være åpen for, han ser transvestitt-delen av seg selv som en privatsak. En annen synes det er leit at kona ikke vil forholde seg til at han er transvestitt: *”Men hun synes jo det er ubehagelig det temaet der. Og jeg har prøvd å snakke om det, men det... hun er veldig negativ altså, vil helst ikke snakke om det. Det er vanskelig”.*

Han har siden barndommen hatt sterkt behov for å kle seg om, og har fortalt dette til kone, barn og øvrig familie. Men det er et ikke-tema i familien, og det opplever han som sårt, men noe han må respektere. For noen er det greit ikke å fortelle noe til omgivelsene, det er slik de vil ha det. Informantene vet om mange som ikke tør komme til møter i foreningen, som ikke en gang tør melde seg inn i foreningen av redsel for at et brev fra foreningen skal kunne avsløre dem.

Flere informanter forteller at når de til slutt valgte åpenhet var det også med tanke på å hjelpe andre i lignende situasjoner. Ei forteller om en sterk opplevelse da en fortvilet mor i en fortrolig samtale fortalte henne om sønnens transseksualisme og hvor vondt sønnen hadde det:

*”Og da hun satt og fortalte det, så gikk hele livet mitt i resyme, hun satt egentlig og fortalte om meg. Og det gikk så sterkt inn på meg, kan dette virkelig skje i dag! Hva kan jeg gjøre for å hindre noe sånt? Det første jeg må gjøre; jeg viser meg. Jeg står frem og viser at det går an å leve som dame selv om jeg ser ut som en mann”.*

Ønsket om å hjelpe andre er også et uttrykk for hvor sterkt informantene selv opplevde det å leve store deler av livet med sin kjønnsidentitetstematikk de følte måtte være hemmelig:

*”Hvis jeg kan bruke de årene jeg har fremfor meg, hvis jeg har noen år fremfor meg, så vil jeg bruke de årene til å jobbe slik at de som kommer etter ikke trenger å gå gjennom samme helvete som jeg har vært igjennom.”*

De vet av egen erfaring hvor viktig det er å ha forbilder og rollemodeller. Hadde de hatt forbilder da de var yngre kunne det gitt styrke til å stå frem tidligere, og bidratt til bedre livskvalitet langt tidligere i livet. Flere tar på seg å være en slags ”mentor” for andre som sliter med å finne sin kjønnsidentitet, som er redd for snakke med fastlegen, eller for å be om en henvisning til Sft. En informant som jobber med ungdom sier at hans viktigste misjon er å bidra til at ungdommene lærer å reflektere over hva som er kjønn og kjønnsidentitet? *”Det må hverdagsliggjøres”*, sier en annen. Og for at det skal bli hverdagslig må noen tørre å stå frem, gi et ansikt til alle de som er usynlige.

Våre observasjoner forklarer delvis hvorfor transpersoner ser ut til å være så få i antall. Julia Serano, biolog og transkvinne, problematiserer at personer med kjønnsidentitetstematikk er usynlige, og gjerne forblir usynlige eller også igjen blir usynlige etter at de står frem. Hun kaller det ”trans-erasure”, som vi oversetter med ”transpersoners usynliggjøring”. Seranos argumentasjon er følgende:

*”For det første er det bare en liten andel av transpersoner som noen gang kommer ut som transseksuelle. For det andre, disse som kommer ut, gjør dette samtidig med at de skal gå gjennom kroppskorrigerende og da blir de kjønnsnormative med det kjønn de identifiserer seg som. Da synes de ikke lengre, fordi de holder tett om sin kjønnskorrigerende. /... / Slike prosesser har bidratt til at de fleste transseksuelle effektivt blir borte, og usynlige i cisbefolkningen både før og etter transisjonen” (Serano 2007:188-189, min oversettelse<sup>30</sup>).*

Vi kan tilføye at også transvestittene for det meste er usynlige.

## Generasjonsforskjeller

*”Vi som vokste opp på 60- og 70-tallet, det var jo et svart hull. Første gang jeg så noen som hadde det som meg, det var TV program i sort hvitt selvfølgelig, og min far satte seg ned å så på det for det var noen transvestitter i USA som hadde show. De hadde egen missekonkurranse. Og det syntes han var veldig festlig. Og når jeg gikk opp på rommet mitt den kvelden så visste jeg hva jeg var. Herregud, jeg var jo transvestitt! Det hadde jeg ikke ant.”*

De eldste informantene gikk langt inn i voksen alder før de kunne begrepsfeste sine følelser, tanker og ønsker:

*”Jeg skjønte ikke, jeg visste ikke, jeg trodde det var meg det var noe feil med. Og jeg hadde jo sett innslag om transvestitter på fjernsyn, nei – det er ikke meg, jeg er ikke i den kategorien, men hva var jeg?”*

<sup>30</sup> “First, /.../ a small percentage of trans people ever comes out as transsexual. Second, those who come out often do so concurrently with their decision to physically transition and /.../ they [will] be gender-normative in their identified sex and [will] remain silent about their trans status post-transition. This has helped ensure that most transsexuals effectively disappear within the cissexual population both pre- and post-transition.”

Alle beskriver at de fra de var barn ikke visste hva dette var for noe, noe som førte til ensomhet og skamfølelser. Noen ba til Gud i barndommen, og tenkte at Gud må jo se at noe ikke er på plass. Andre håpet og drømte at i morgen, neste uke eller etter sommerferien vil kroppen min passe med den jeg er. Det fantes ikke forbilder, rollemodeller, eller tv-stjerner før i 1952 da en av de første kjønnsopererte, Christine Jørgensen, ble kjent. I Norge ble historien publisert i ukebladet "Familien". Langsomt ble det flere reportasjer, og Berthold Grünfeldt, sexolog og lege ved GID klinikken<sup>31</sup>, begynte å snakke offentlig om kjønnsidentitetsdysfori. Åpenheten til sexologen og transpersonen Esben Esther Pirelli Benestad har vært til stor hjelp for mange de to siste tiårene: "Det var faktisk norsk ukeblad som hjalp meg, med en historie der om en som het Esben", forteller en informant som beskrev dette som første steget mot å ringe Rikshospitalet for 20 år siden.

Sammenlignet med de yngre informantene reflekterer de godt voksne informantene en fortid med sterkere angst og skyldfølelse. Dette "noe" var så skambelagt, også fordi det ofte ble forbundet og forvekslet med noe seksuelt. De unge voksne informantene forteller om andre betingelser for å finne ut av sin kjønnsidentitetstematikk. De har også andre forventninger til å finne informasjon og få rådgivning og hjelp til å bedre livskvalitet ut fra sitt ståsted, og sine ønsker og behov. Det finnes gode og stadig flere informative nettsider, om en kjenner til begrep og ord å søke ut ifra. Informasjonsflommen kan imidlertid også være forvirrende; den er omfattende, men også ofte misvisende og ikke sjelden seksualisert og pornofisert.

Informasjonstilgang er overveiende positivt, og mulighetene for seriøs og god informasjon finnes, selv om det er begrenset hva som finnes av norske nettsider. Generelt er åpenheten større, og mulighetene flere. Pasientforeningen HBRS, Pirelli Benestad som rollefigur og hens praksis som et sted å få profesjonell hjelp og Stensveen Ressurssenter, har vært og er viktige arenaer i erkjennelses- og komme ut-prosesser. De representerer ulike tilbud og favner dermed bredden i kjønnsidentitets-spekteret. Behovet for informasjon, veiledning og profesjonell hjelp ser likevel ut til å være langt større enn kapasiteten. I tillegg er de fleste tilbudene begrenset til Sør- og Østlandet.

## Å komme ut i familien, dilemma og støtte

*"- og vi er fortsatt gift, det er det fine.  
Uten henne hadde jeg ikke sittet her."*

I avsnittet nedenfor tegner vi noen bilder av ulike familiesituasjoner, og presenterer reaksjoner det kan fører med seg: hva betyr det for de andre når ens nære viser helt nye sider ved seg selv? Vi ser på reaksjoner på "kjønnsforvandlinger" i nære relasjoner.

En felles erfaring fra informantene er at familien og omgivelsene ofte trenger tid for å kunne venne seg til og akseptere den nye situasjonen. Dette er noe flere understreker som en viktig del av prosessen:

*"Det har stort sett gått greit, men jeg har måttet gi folk tid. Når jeg selv har brukt så lang tid til å komme fram til det så...". Foreldre trenger tid, de kan oppleve det som "å miste" en sønn eller datter: "Når jeg sto fram så tok egentlig familien min det veldig bra./.../ For mora mi trakk det over tid, hun sørga nok mye over den personen og de drømmene hun mista."*

<sup>31</sup> Berthold Grünfeldt var professor i sosialmedisin, sexolog, leder av helserådet og senere også teamleder på GID-klinikken på Rikshospitalet. GID-klinikken er det gamle navnet på Seksjon for transeksualisme (SfT)

Det er flere som har erfart at det de prøver å fortelle ikke synker inn, og at de ønsket de ble møtt med mer forståelse.

*”Det som ofte har irritert meg med en sånn komme ut-prosess, er at jeg skulle ønske det var naturlige greier. At jeg skulle komme inn, også skulle alle vite at det var sånn, også kunne du snakke om det. Jeg hadde ikke lyst til å måtte sette meg ned med min mor og si: nå skal jeg fortelle deg noe alvorlig om hvordan jeg har det – jeg hadde lyst til at det skulle gli inn. Men det skjer ikke på den måten. Så du må slå i bordet og si: sånn er det.”*

En av de yngre informantene opplevde at faren håpet lenge hun skulle ombestemme seg:

*”Han satt og sa at han ikke kan skjønne hvorfor jeg orker å gå gjennom dette jeg absolutt vil gjennom. Det er jo ikke normalt. Og han hadde nok trodd at jeg skulle være enig med ham /... / Han forsto nok ikke at han hadde sagt noe galt før jeg hadde holdt på i ti minutter med å si at dette er noe jeg vil. Jeg er dønn sikker nå. Du kan ikke si noe som gjør dette annerledes.”*

Flere har opplevd total avvisning fra deler av slekten. En av informantene forteller at hele familien vendte seg mot ham. Informanten som ble kjønnsoperert for 20 år siden, opplever fortsatt at enkelte slektninger ikke vil ha noe med ham å gjøre. Han får høre at han er en skam for familien, at det er belastende for andre å ha med ham å gjøre.

*”Til dags dato får jeg mye dritt for hun [et familiemedlem] mener at jeg har påført familien så mye smerte, og så mye skam. Og hun er så bekymra for den skammen jeg påfører hennes sønn. At han skal få dritt fordi han har en onkel som ‘egentlig er dame’.”*

En eldre informant ble avvist av et av barna, barnebarn og søsken da hun sto frem som kvinne. Hun ønsket kommunikasjon, ønsket å forklare situasjonen og snakke med hele familien. De andre barna hennes som også syntes det var vanskelig, tok i mot tilbudet om å snakke sammen, og for dem har relasjonen gått seg til. Kjennetegnende for de forholdene som forblir brutt, er motviljen mot å kommunisere med og høre på personen det gjelder. De får dermed ikke innsikt i og forståelse for hva det vil si å forholde seg til en kjønnsidentitetstematikk.

Det motsatte ytterpunkt er der familiemedlemmene hadde sett tegningen, og som godtok og aksepterte personen i sitt valgte kjønnsuttrykk når de ble fortalt om det. Disse familiemedlemmene, som kan være partner, barn eller foreldre har gjerne et nært forhold til personen det gjelder. De ser personen og forstår hvor viktig dette er for vedkommende, og de føler ofte at brikkene faller på plass. En informant forteller at det var moren som satte ord på hennes smerte, og hjalp henne inn i prosessen. Moren hadde skjønt at det var noe i veien, og at det hadde med kjønn å gjøre. En dokumentar om transseksualisme gjorde at moren skjønte situasjonen, og ba datterens fastlege om å sende henvendelse til Pirelli Benestad. Der fikk informanten hjelp og henvisning videre til SfT. Den samme moren fortalte om datterens transseksualisme til familien og gjorde dermed hennes situasjon adskillig enklere.

Disse narrative illustrerer betydningen av kommunikasjon med familiemedlemmene i komme ut-prosessen. Nærmere halvparten av respondentene i en omfattende undersøkelse om diskriminering nevner å ha mistet kontakt med familien som resultat av crossdressing eller kjønnskorrigerings; over en tredjedel føler seg ekskludert på grunn av sitt valgte kjønnsuttrykk og noe over en tredjedel har familiemedlemmer som ikke lengre vil snakke med dem (Whittle mfl. 2007:68).



Om lag halvparten av informantene har barn, og forteller om forskjellige strategier, og ulike forutsetninger for å snakke om tematikken avhengig av kontekst og tid. De fleste fikk barn før de kom ut, og noen forteller at det å bli foreldre gjorde det vanskeligere å velge å komme ut i annet kjønnsuttrykk. Dette gjelder spesielt de litt eldre informantene. For henne som forsøkte å komme ut på 70-tallet, endte det med tvangsinnleggelse: *”To psykiatere fortalte meg at jeg måtte vise ansvar, ovenfor min familie, mine barn, og også min jobb; at jeg ikke kunne holde på sånn og bare følge min lyster og min legning.”* En annen som fikk barn for noen tiår tilbake sier: *”Jeg har sklidd inn og ut av ønsket om å gjøre noe, men valgte ikke å leve det ut når jeg fikk barn, av hensyn til dem.”*

De aller fleste informantene som har hjemmeboende barn i dag, har valgt å fortelle hvordan det er. Er barna nokså små ser det ut til å gå relativt smertefritt: så lenge barnet forsikres om at den foresatte ikke blir borte fra dem, kan de få være i det kjønnsuttrykk de vil. Ei som har gått offentlig ut som transperson på hjemstedet, forteller at barna ikke har blitt mobbet på skolen: *”De har fått noen spørsmål fra andre barn ‘nei, pappa er transe’ og hva er det? Jo, av og til så ser han ut som ei dame.”* Åpenheten har gjort at prosessen har gått fint for alle parter. Litt eldre og voksne barn reagerer oftere med mindre velvilje, i noen tilfeller også med avvisning.

Det er gjort lite forskning på barns reaksjoner når en av foreldrene gjennomgår kjønnsbekreftende behandling. De få studiene vi har funnet, tyder på at det ikke oppstår store problemer, uten at vi dermed kan fastslå at en foreldres spørsmål om egen kjønnsidentitet ikke har negative konsekvenser. De negative effektene det har vært bekymring for, er barnas utvikling av egen kjønnsidentitet og hvordan barnas venner reagerer. En informant som gjennomgikk kjønnsbekreftende behandling tidlig i 20-årene, fikk senere barn med sin kone ved hjelp av sæddonor. Han forteller at han ble anbefalt ikke å fortelle sønnen at han er en kjønnsoperert mann, da det kunne forstyrre barnets kjønnsutvikling. Senere angret han på at han fulgte dette rådet: *”Det som ble vanskelig for sønnen min var at jeg ikke er hans biologiske far. Så snakket vi om hva er egentlig en pappa?”* De få undersøkelser som er gjort gir ikke evidens for negative konsekvenser av en foresattes transidentitet. Konsekvensene for barnet er verre dersom kontakten med den foresatte blir brutt (Green 1998, Ettner og White 2000). En undersøkelse bekrefter vår informants erfaringer at barn som er yngre når en foresatt endrer kjønnsuttrykk har lettere for å tilpasse seg den nye situasjonen og ha gode relasjoner så vel til den foresatte som til sine venner (Ettner og White 2007).

Omlag halvparten av informantene er gift eller i samboerforhold. Det tærer hardt på et forhold hvis partneren ikke visste om tematikken før de etablerte seg, og det ender ofte med brudd. Omtrent halvparten i vårt utvalg har blitt skilt på grunn av kjønnsidentitetsspørsmål. Der hvor den ene parten har vært åpen om utfordringer rundt sin kjønnsidentitet før en startet å bygge et liv sammen, er det større sannsynlighet for at forholdet holder. Flere informanter har gått gjennom komme ut og kjønnskonverteringsprosessen etter å ha etablert seg på nytt, og mange av dem hevder at de ville ikke klart det uten partnerens støtte og bistand. Alle i vårt materiale har gått gjennom prosessen med kvinnelig partner. Utenlandske undersøkelser viser at kjønnsopererte *menn* oftere enn kjønnsopererte kvinner er i stabile forhold, og forblir hos kvinnen de var sammen med før kirurgiske behandling (Motmans 2010:73).

For noen er det å være transperson i forholdet en utfordring: noen har unnlatt kjønnsbekreftende behandling for husfredens skyld. *”Om jeg kunne velge om igjen, og om jeg var yngre, visst ville jeg tatt operasjon”* sier en informant, som har blitt enig med kona om ikke å ta noen form for behandling, men

hun lever i sitt kvinneuttrykk. Andre har forhandlet seg til hormonbehandling, men ikke (genital-)kirurgi og deler sitt liv inn i en kvinne- og en mannsuttrykksdel i ekteskapet. En slik oppdeling av samliv og av seg selv kan være en krevende øvelse for alle parter. En av informantene forteller dog om et ganske frydefullt samliv, hvor de av og til er på shopping på byen som to gode venninner. En informant opplevde at kona ikke var så bekymret for ektefellens identitet som transperson, men for å bli forlatt av kjæresten sin. Kona lever godt med sin ektefelle i både kvinne- og mannsuttrykk. *”Da behøver jeg ikke lengre bortforklare at det står så mange damesko i gangen”.*

En informant forteller om dårlige erfaringer når hun har fortalt om sin kjønnsidentitetstematikk til kjærester og hun har derfor bestemt seg for å gjennomgå kjønnsbekreftelsesprosessen før hun inngår noen ny kjærestereelasjon. Flere informanter har den holdning: de vil gjerne ha en nær relasjon, men ikke før de er ferdige med de kjønnsbekreftende prosessene.

Seksualitet er et sensitivt emne, i trans- som i cispersoners relasjoner, som man ikke sier mye om, annet en kanskje på legekontor eller hos terapeut. I medisinske termer blir en kjønnsoperert kvinne som foretrekker menn kalt for en ”homoseksuell transseksuell”; m.a.o. det er det *biologiske* kjønn som (fortsatt) tas som utgangspunkt for seksuell bestemmelse (Motmans 2010:83). Vi forholder oss til personens selvdefinerte kjønnsidentitet som utgangspunkt for seksuell orientering. Det er en utfordring å bestemme den seksuelle orienteringen til transpersoner som velger en dobbel kjønnsidentitet: hva er deres seksuelle preferanse, hvis de viser preferanse for kun ett kjønn?

I en oppfølgingsstudie av kjønnsopererte kvinner og menn ved Ghent Sykehus undersøkte forskerteamet for transseksualisme sine pasienters seksuelle preferanser etter kjønnskonverterende kirurgi, SRS<sup>32</sup>. Godt over halvparten av de kjønnsopererte kvinner i deres utvalg (56 prosent) og nesten samtlige kjønnsopererte menn (91 prosent) hadde sin seksuelle orientering mot kvinner. Andelen med det vi ville si var en lesbisk preferanse blant transkvinner er altså langt høyere enn den er blant transmenn og blant den ciskjønnete delen av befolkning, der andeler varierer mellom 3 og 8 prosent (De Cuyper m.fl. 2006:682). I medisinsk terminologi ville en si at ”han”, altså den kjønnsopererte kvinnen, forblir i større grad heteroseksuell i sin orientering. Kvinner gift med kjønnsopererte menn rapporterer at disse mennene har en fordel når det gjelder seksuell tilfredsstillelse, for de kjenner og forstår kvinner bedre (Steiner og Bernstein i Motmans 2010:74).

## Å komme ut på arbeidsplassen

*”[Jeg] lever nå som mann og kvinne om hverandre /... / Arbeidsplassen har akseptert det, så de vet ikke hvem som kommer om morran.”*

I prosessen med å komme ut på arbeidsplassen, er informantenes erfaringer delte. Flere forteller om gode erfaringer. I slike tilfeller er gjerne ledelsen på arbeidsplassen med og tilrettelegger: *”Og den prosessen var veldig grei, for jeg fikk veldig god hjelp av personalsjefen min. Vi hadde mange samtaler og planla åssen det her skulle bli gjort.”* En annen melder: *”Jeg informerte arbeidsgiver, også informerte de mine tidligere kollegaer mens jeg ikke var der. Det var vel noe fordi jeg ikke kunne være tilstede. Og det tok de veldig greit synes jeg.”*

<sup>32</sup> Sex Reassignment Surgery

Disse informantene opplevde at det ble tilrettelagt fra ledelsen, og at prosessen ovenfor kollegaer foregikk innen ryddige rammer. Det gjorde at de også møtte respekt og støtte fra kollegaer i ettertid. En forteller at han tror det gjorde det lettere for ham at en annen transperson i nærmiljøet hadde stått frem på sin arbeidsplass før ham. Å se at andre har håndtert det godt, gir en bekreftelse og trygghet på at åpenhet er en god vei å gå, både for den det gjelder, og for ledelsen på arbeidsplassen. Flere forteller også at deres åpenhet på studiestedet og på arbeidsplassen førte til positiv respons: *”Studentmiljøet /.../ det er helt supert. Da jeg sto frem /... / syntes dem [på studiestedet] at det var så interessant og spurte og de hadde veldig respekt og syntes dette var bra.”*

Til tross for støtteerklæringer, opplever mange delte reaksjoner på arbeidsplassen og blant enkelte kollegaer, medstudenter eller forretningsforbindelser. Slike reaksjoner kommer gjerne til uttrykk på en mer subtil måte. De kan føle seg observert, de opplever at noen holder avstand eller slutter å hilse: *”Når folk får vite det, så legger du merke til at de begynner å se på deg på en litt annen måte, de studerer deg, ikke sant. Så du føler deg veldig beglodd.”*

Enkelte har opplevd utestenging på arbeidsplassen. Ei forteller at da hun kom så langt i prosessen at hun kom i kvinneuttrykk på jobben, begynte det å skje ting. *”Resultatet var at hun [informanten omtaler seg selv i 3.person] mistet jobben sin, for de hadde ikke bruk for henne. Det var omorganisering, og plutselig hadde jeg ikke noen jobb.”*

En informant opplever at adferden til kolleger og venner endrer seg når de er i mer offentlige situasjoner. Nesten umerkelig skjer det at de stiller seg litt lengre unna. De setter seg ikke like frivillig ved siden av henne, som om de er redde for det som kalles: *”trans by association”*; at de skal bli tatt for å være trans de også:

*”De har ikke noe i mot meg, men det virker som de er redde for at de kan bli stilt i dårlig lys ovenfor andre. Hva skal andre tenke om meg når vi to står sammen? Også gjør de dumme ting mot meg basert på det, de vil helst ikke ha meg ved sin side.”*

Slike erfaringer oppleves som vonde, og beskrives som belastende å leve med i lengden. Det kan også være en grunn til at noen gir uttrykk for at de ikke ønsker å fortelle om sin bakgrunn som kjønnsoperert kvinne eller mann. For transpersoner som ikke nødvendigvis passerer, er slike erfaringer en nokså permanent del av tilværelsen.

En kjønnsoperert mann opplevde at en ny kollega startet det han beskrev som heavy trakassering:

*”Trusler om vold, innesperring på toaletter med skremsler, putting av sånn she/male pornobilder fra Thailand i posthylla mi. /... / Hva skulle jeg gjøre, jeg kunne jo ikke bevise at det var ham, selv om jeg kjente igjen stemmen hans, jeg hadde jo ikke noe fysisk bevis. Hvis du skal anmelde og sette i gang den prosessen og komme ut for kollegaene dine, da føler du deg voldtatt offentlig rett og slett”.*

En mistet jobben i et mannsdominert miljø, da hun begynte å komme på jobb i kvinneuttrykk. Hun klagde og fikk medhold, men føler likevel at hun tapte:

*”Min erfaring er at jeg taper uansett. Jeg opplevde at jeg ble sparket ut av [tidligere arbeidsplass] etter at jeg kom ut og begynte å leve livet mitt. Jeg gikk videre med den saken*

*internt /... /og opplevde jo det at jeg fikk til slutt medhold. Men det hjalp ikke, jeg hadde jo da blitt kastet ut /... / jeg hadde ikke noe mer der å gjøre."*

Tre av informantene forteller om erfaringer med at arbeidsgiver har forsøkt å skvise dem ut av stillingene de hadde før de skiftet kjønnsuttrykk. De forteller at de har kjempet i mot denne behandlingen, men fant det vanskelig å bevise at diskriminering hadde foregått.

*"Du blir pressa ut, du blir skjøvet ut, du får en dårligere jobb. De sparker deg ikke rett ut, for da vet de at de blir tatt for det. Men de skviser deg sakte men sikkert ut, de bruker feil pronomen, bruker kundene mot deg /... /"*

Andre former for diskriminering de forteller om:

*"Du blir på en elegant måte fratatt arbeidsoppgaver. Du blir gitt arbeidsoppgaver hvor de håper at du ikke vil gidde det. Du merker at de blir opptatt av hvordan du gjør ting, og du føler deg overvåket, nærmest forfulgt. Du blir livredd for å gjøre en feil, slik at de kan ta deg."*

De har forsøkt å si i fra, gått til sak, tatt det opp med fagforeningen. Men det koster: *"De fleste som har vært gjennom en slik forandingsprosess, vil oppleve at du må være veldig, veldig sterk."*

En annen tilføyer:

*"Etterpå trengte jeg hjelp for å gå videre, for det går så på personligheten din når du får sånne problemer. /... / Det trengs kanaler hvor det blir snakket om sånne ting, eller tatt det opp. For jeg tror det er mange som kommer i samme situasjon."*

De informantene som har mistet jobben, eller blitt forsøkt presset ut av jobben sin på grunn av kjønnsidentitet, har likevel vært ressurssterke og funnet veier videre. En tok videreutdanning og sluttet når han var kvalifisert for ny jobb, det var viktig for ham at kollegaen som trakasserte ikke skulle få æren av å ha presset ham ut. Ei startet sin egen bedrift, og ei anna klorte seg fast og fortsatte i en tyngre stilling som få andre ville ha. For de som ikke makter slik kamp, kan trygd bli en uønsket utvei.

Forskning fra andre land bekrefter fortellingene fra informantene våre om problemer eller negativ behandling på jobb eller i arbeidsmarkedet. Arbeidslivet anses å være et av de mest problematiske områder for transpersoner (Motmans 2010:64, Whittle 2007:25, Vennix 2002:245-252). "Der, hvor de transkønnede var minst åpne og hadde fået flest negative reaksjoner, var i forbindelse med arbeide eller skole" (Gransell og Hansen 2009:4). Det er vanlig at transseksuelle mister jobben under selve kjønnsjusteringsprosessen, og det er også i den perioden at diskriminering og trakassering synes å være størst (Whittle 2007:31). Lehtonen og Mustola viser at spesielt transvestitter og MtK transseksuelle vegrer seg for å komme ut (2004:69). At klasse har betydning går frem av Vennixs undersøkelse ved at kollegers aksept og toleranse for en kollega som er trans avtar jo lavere utdanningsnivået til transpersonen og kollegene er (2002:250). En typisk løsning for å komme bort fra transrelatert diskriminering og trakassering på arbeidsmarkedet, er å bli sin egen sjef: andeler selvstendig næringsdrivende er da også betydelig blant transpersoner (Lehtonen og Mustola 2004:69).

Flere undersøkelser har vist til betraktelig høyere arbeidsledighet blant transpersoner enn i befolkningen for øvrig. I en europeisk undersøkelse finner forskerne at bare 40 prosent av transkvinner

og 36 prosent av transmenn var i yrkesaktivitet<sup>33</sup> (Whittle mfl. 2008:47). En av grunnene til høyere arbeidsledighet blant transpersoner tilskriver Motmans vanskeligheter med å få nytt navn på vitnemål og attester, og med å få referanser fra tidligere arbeidsgivere, hvilket da innebærer at de må fortelle om sin transhistorikk til ny arbeidsgiver (Motmans 2010:66). Noen undersøkelser viser også at det er forskjeller mellom KtM og MtK kjønnsopererte med hensyn til arbeidsledighet, der en blant MtK finner høyere andeler arbeidsledighet (Mulder 1992). En av faktorene som trekkes frem her er at evne til å passere i sin valgte kjønnsstilling er lavere for MtK personer enn for KtM personer, og det medfører at MtK personer i større grad utsettes for diskriminering (Vennix 2002:246). En annen faktor vi nevner er at det å gå fra mann til kvinne er en "kjønnsstatusreduksjon". Det kommer bl.a. til uttrykk ved at mannlige transvestitter sier de "kler seg ned" når de stiller i kvinnelig kjønnsuttrykk. Det er beheftet med større represalier fra intolerante omgivelser å gå fra mann til kvinne enn omvendt. Dette kommer vi også inn på i kapitlet om barn og unge.

### Kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk - problem på offentlige arenaer

De fleste informanter angir at de ikke har opplevd særlig ofte eller spesielt plagsomme episoder relatert til kjønnsuttrykk i det offentlige rom; gata, kollektivtransport, kafeen, butikken, NAV-kontoret, legevakten og så videre. Et større problem for mange er manglende samsvar mellom valgt kjønnsuttrykk og identitetspapirer. En informant forteller at han kjørte med sertifikat under matta på bilen mens han var i "real life-testen". Han torde ikke ha identitetspapirer som viste ham som kvinne i lommeboka, i tilfelle han skulle miste lommeboka. Han torde heller ikke reise utenlands, av redsel for å bli stoppet og kroppsvisitert i tollene. En annen informant nevner problem med å få endret navnet sitt på vitnemål og på attester fra tidligere arbeidsgivere. Noen arbeidsgivere forlanger betaling for å endre navn på papirene.

Bergen sporveier hadde i flere år rosa og lyseblå månedskort og argumenterte en slik fargekode med at det var viktig å kontrollere at folk ikke brukte andres månedskort og det lett ble lagt merke til hvis f.eks. en dame kom med blått månedskort. Vår informant var veldig lettet da han fikk nytt fornavn og kunne be om et blått heller enn et rosa kort. En nylig gjennomført europeisk undersøkelse i regi av Transgender Europe (TGEU) om erfaringer med offentlig transport oppsummerer som følger:

"Det offentlige rom og offentlig transport er for mange trans\*personer en ubehagelig opplevelse. Transgender Europe viser hvordan trans\*passasjerers sikkerhet og respekt er angrepet ved både kontrollører og medpassasjerer. 79 prosent av transpersoner i en EU survey rapporterte om trakassering i det offentlige rom /... /"<sup>34</sup>(Køhler 2012:1 min oversettelse).

I manntallslistene som kommunene legger ut foran valgene står borgernes kjønn tillagt ved fødselen oppført, med mindre en har fått endret personnummeret etter kjønnsbekreftende behandling. En

<sup>33</sup> In the European study by Whittle et al., only 40% of the trans women and 36% of the trans men had paid work, which is significantly below the average European employment rates of 57.4% for women and 72% for men (Eurostat figures) (Motmans 2010:64)

<sup>34</sup> Public space and usage of public transport is for many trans persons in Europe a dreadful experience. Transgender Europe shows how trans passengers often are affected in their safety, security and dignity by staff and fellow passengers. 79 percent of trans people in an EU-wide survey reported harassment in public /.../"; [www.tgeu.org/SOCIAL\\_INCLUSION\\_THROUGH\\_SUSTAINABLE\\_TRANSPORT](http://www.tgeu.org/SOCIAL_INCLUSION_THROUGH_SUSTAINABLE_TRANSPORT)

kommune der manntallet ikke viste samsvar mellom fornavn og ønsket kjønnsbetegnelse måtte skifte en side i manntallet etter klage fra en informant.

En transvestitt blant informantene forteller om en episode da han ble stoppet av politiet på vei hjem fra et møte i transforeningens lokallag og hvor han framsto i kvinneuttrykk. Han måtte vise førerkort, som viste mannsnavn og bilde av en mann. *”Ja, du kjører i mange klasser du. Vær så god. Kjør.”* Panikken vibrerer i stemmen når han forteller historien. Dette eksemplet viser at det finnes positive erfaringer i møte med offentlige tjenstepersoner.

Kjønnsidentitetskonflikter i det offentlige rom vil for mange for transeksuelle gjelde i en overgangsfase, mens de er under kjønnskonverterende behandling. For transpersoner som lever med manglende samsvar mellom kjønnsuttrykk og kjønnsangivelse i identitetspapirer, er det en konstant utfordring. Det er en skjebnens ironi at når transpersoner har oppnådd samsvar mellom kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, er det en ny type manglende samsvar som melder seg: den mellom kjønnsuttrykk og identitetspapirer og som en må leve med hvis en ikke ønsker å gjennomgå sterilisering som i Norge er en av forutsetningene for å få endret juridisk kjønn.

## Oppsummeringer og diskusjon

Et hovedfunn når det gjelder veien til selverkjennelse og til å kunne være som en er utad, er at mye frykt og usikkerhet må overvinnes. Den yngre generasjon skiller seg fra den eldre ved at de har forbilder, det er større åpenhet om temaet, mer kunnskap og mer informasjon tilgjengelig. Mange av de eldre informantene lærte tilfeldig om sin situasjon gjennom dokumentarer om transpersoner i ukeblad eller på radio/tv, og det ble for mange et avgjørende gjennombrudd til å komme videre i sin prosess.

Erkjennelsesprosessene og påfølgende komme ut-prosesser, med eller uten kjønnskonverterende eller kroppsjusterende behandlinger er anstrengende, langvarige og ofte svært smertefulle, samtidig som de fleste er glade for å ha kommet ut i ”den andre enden av tunnelen”. Mange har kommet gjennom med fysiske og psykiske sår og det kan ha betydd tap av ektefelle, og svikt i kommunikasjonen med barn eller andre i nære familie, venner, kolleger, det kan ha ført til tap av arbeid eller endring i arbeidsoppgaver, men prosessene har også gitt nye og trygge relasjoner i åpenhet og forståelse. Det er enighet blant informantene om at ikke å uttrykke seg som den en er, var tross alt verre. Det er en del av hverdagen alltid å måtte være litt på vakt, være forberedt på avvisning, latterliggjøring, trakassering eller endog vold. En fortsetter å komme ut – igjen og igjen, hele livet. Det er perspektiver og erfaringer på individnivå.

På samfunnsnivå er bildet fortsatt slik at samfunnet og samfunnsinstitusjoner oppviser foruroligende uvitenhet om kjønnsidentitetstematikk. Fortsatt hører vi ordet ”skam” i denne sammenheng; senest i TV programmet Puls med tema ”Født i feil kjønn”<sup>35</sup>, 8.oktober 2012, om barn under utredning for transeksualisme, hvor unge Atle (16 år) uttalte at han ikke skammet seg. Det at han uttalte eksplisitt at han ikke skammet seg, kan være uttrykk for at skam er forventet av de som bryter med kjønnsnormer. Uvitenhet er en vesentlig kilde for negative holdninger i befolkningen og den frembringer frykt og skam i personer med kjønnsidentitetstematikk. Det å være annerledes har generelt ikke enkle kår i det norske samfunn, og dette gjelder særlig når annerledesheten er forbundet med kjønn og seksualitet. Det er

<sup>35</sup> Tittelen henviser sannsynligvis til «født i feil kropp», men heter «født i feil kjønn», som faktisk er mer presis.

sensitive områder, hvor det hersker mye uvitenhet så vel i befolkningen generelt som blant profesjonelle.

Historiene vi har presentert og forskning fra andre land vi har referert til viser at i mange situasjoner må personer med kjønnsidentitetstematikk, og i sær transpersoner hvor manglende samsvar mellom kropp og valgt kjønnsuttrykk kan være iøynefallende, være på vakt. De kan bli møtt med uprofesjonell behandling, avvising eller også åpen diskriminering og trakassering. Det bidrar til at mange vegrer seg mot, og bruker lang tid på, å komme ut og være som de er. Med andre ord, mange er i en kronisk stressituasjon, med så vel eksterne som interne stressfaktorer som internaliserte fordommer, negativ selvbilde og lav selvfølelse (Benum 1997). Dette kalles for minoritetsstress og knyttes i litteraturen ofte til seksuelle minoriteter. Det er en tilleggsbelastning individer fra stigmatiserte grupper utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon. Hvordan den enkelte mestrer slik stress har betydning for deres helse og identitet (Bjørkman 2012). For å kunne mestre minoritetsstress i positiv retning er det nødvendig å utvikle selvtillit: det vil i vår sammenheng si å utvikle forståelsen av at valg av kjønnsidentitet er én av flere måter å være (kjønnet) menneske på. Cispersoner unnslipper et slikt valg fordi de ikke har erfart manglende samsvar mellom tillagt kjønn og selvopplevd kjønn.

Minoritetsstresset har vist seg å minske betraktelig når en kommer ut av skapet og trer inn i verden som en er. Dette går bl.a. frem av en intervjustudie med transungdom i Sverige. Å få plassert sine spørsmål om kjønnsidentitet, beskrives ikke som et problem, men som en løsning (Darj og Nathoorst-Böös 2008). Det betyr også at dersom uvitenheten i samfunnet avtar, vil det å vise seg i selvvalgt kjønnsuttrykk bli lettere å gjennomføre for den enkelte med kjønnsidentitetsspørsmål.

# Erfaringer med helsevesen og helsetilbud

”WPATH erkjenner at helse er avhengig av god klinisk omsorg, men også av et sosialt og politiske klima som sikrer sosial toleranse, likestilling og fulle rettigheter som statsborger.”<sup>36</sup> SOC, 7<sup>th</sup> version, 2011:1

## Innledning

Kapitlet bygger på informantenes fortellinger om egen helse og erfaringer med helsevesenet. Spørsmålet er hvilke erfaringer de har gjort seg i møter med helsevesenet, og i hvilken grad behov for helsetjenester blir imøtekommet av det offentlige. Vi har valgt å belyse fire tema: 1) Psykisk helse, 2) Erfaring fra behandlingstilbudet knyttet til kjønnsbekreftende behandling, 3) Skillet mellom de som får diagnosen transseksualisme på den ene siden, og de som ikke ønsker, men ikke får diagnosen og de som ikke søker utredning på den annen, 4) Erfaringer fra helsevesenet generelt. Hovedvekten ligger på punkt 2) informantenes erfaringer med transrelaterte helsetjenester og kjønnsbekreftende behandling tilbud. Omfang og kvalitet av helsetjenester utgjør sentrale momenter for våre målgruppers levekår og livskvalitet. Våre informanter har da også vært svært opptatt av å formidle sine erfaringer med det norske helsevesenet. Formålet med kapitlet er å løfte frem informantenes erfaringer, og hvorvidt de opplever å få sine behov for helsetjenester ivaretatt

En omfattende svensk undersøkelse av LHBT befolkningens helse<sup>37</sup> gjennomført i 2004-5 understreker betydningen av samfunnets organisering og strukturer for borgernes helse:

”Individernas hälsa påverkas inte enbart av levnadsvanor och biologiska faktorer utan även av hur samhället är organiserat och strukturerat. Inom folkhälsopolitiken utgår man ifrån resonemang om hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de faktorer i samhällets organisation och människors livsvillkor samt levnadsvanor som sammantaget bidrar till hälsa eller ohälsa” (Statens Folkehälsa rapport 2005: 14).

Å tilrettelegge for god helse for personer med kjønnsidentitetstematikk, handler om hvordan samfunnet møter og anerkjenner deres behov. Det omfatter mer enn diagnostisering og merkelapper i et system. Et sentralt poeng er at samfunnsmessige strukturer har betydning for helse, og dermed også for livssituasjon og livskvalitet. Diskriminering, manglende anerkjennelse av egen identitet og uklarhet rundt rettigheter er viktige forhold spesielt for våre målgruppers helse (op. cit). Den svenske helseundersøkelsen viser at homofile og lesbiske jevnt over skårer dårligere på ulike mål for helse enn befolkningen forøvrig. Videre går det frem at transpersoner er verre stilt igjen enn LHB personer når det gjelder faktorer som blant annet psykisk helse, selvmordsforsøk, bruk av alkohol, tobakk og utsatthet for

<sup>36</sup> Den engelske teksten: “WPATH recognizes that health is dependent upon not only good clinical care but also social and political climates that provide and ensure social tolerance, equality, and the full rights of citizenship.”

<sup>37</sup> der T'en dessverre fikk en noe stemoderlig plass



trakassering. Halvparten av transpersonene i undersøkelsen oppga å ha vurdert selvmord i løpet av livet (op. cit). En rekke studier i ulike land peker på liknende skjevheter når det gjelder helsetilstanden hos LHBT- personer (Institute of Medicine 2011, Whittle m.fl. 2007, Scottish Transgender Alliance 2008).

ILGA Europes<sup>38</sup> undersøkelse fra 16 europeiske land viser at problem som transpersoner opplever i møte med transrelaterte helsetilbud er bemerkelsesverdig like fra land til land (Whittle et.al 2008). Whittle's rapport og tidligere forskning (STA 2008, Whittle mfl 2006, Motmans m.fl. 2010) bevitner problem som tilgang til og kvalitet på transrelaterte helsetjenester, lavt kunnskapsnivå hos helsepersonell om transpersoners helserelaterte behov, og generelt dårlig kjennskap til og forståelse for problemer rundt kjønnsidentitetstematikk. Rapportens konklusjon:

”Forskningen i denne rapporten demonstrerer at transpersoner konsekvent nektes adgang til selv den mest grunnleggende medisinske behandling som er nødvendig for at de skal kunne leve i sitt foretrukne kjønnsuttrykk. De blir medikalisert, underlagt kategorien av mental sykdom, de blir ydmyket av leger og helsepersonell og blir nektet adgang til ikke-transrelatert omsorg fordi de er trans”<sup>39</sup> (op. cit, 2008:14,min oversettelse).

I det følgende presenterer vi helserelaterte erfaringer fra informantene. Tre av informantene har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling for flere år siden ved daværende GID klinikken, to er under behandling på nåværende SfT, én person skal i gang med utredning, to har fått avslag, hvor én av disse har gjennomgått kjønnskonerterende kirurgi i utlandet. I tillegg forteller fem av informantene at de ønsker fullstendig eller delvis kjønnsbekreftende behandling, men har valgt ikke å oppsøke SfT fordi de regner med å få avslag, bl.a. på grunn av alder; en av informantene er godt over 50, den andre som ikke regner med å ha en sjanse på grunn av alder er midt i 40-årene. De øvrige fem informanter beskriver seg selv som kjønnsavvisende/androgyn og transvestitter, og fire av disse har ikke uttrykt ønske om kroppsjusteringer. De kan likevel ha behov for andre typer transrelaterte helsetilbud, fra psykolog, sexolog eller psykiater med kompetanse på kjønnsidentitetstematikk.

## Psykisk helse, ”de overlevende”<sup>40</sup>

*”Jeg visste at jeg hadde lyst til å være jente, men jeg trodde jo at alle gutter egentlig hadde lyst til å være jente./... / Det var på grunn av det og kun på grunn av det at livet var et helvete.”*

De fleste informanter forteller om psykiske problem som følge av manglende samsvar mellom psykologisk og kroppslig kjønn. De som har et sterkt ønske om å få sin kjønnsidentitet bekreftet gjennom kroppsjusterende eller kjønnskonerterende behandling, forteller også om store psykiske problem. Men også de som opplever seg som et sted på kjønnskcontinuumet eller utenfor kjønnskategoriene, de som ikke ønsker, eller ønsker mindre kroppsjusterende inngrep, forteller at

<sup>38</sup> Equality for lesbian, gay, transsexual and transgender people in Europe

<sup>39</sup> “The research in this report demonstrates that trans people are consistently denied access to even the most basic medical treatment required to enable them to live in their preferred gender role. They are medicalised, they are subsumed into the category of mentally ill, they are humiliated by medical practitioners and they are denied access to non-trans-related care because they are trans”

<sup>40</sup> Benestad og Almås (2006) kaller transpersoner for «overlevende», bl.a. på bakgrunn av mange selvmordstanker og selvmordsforsøk blant personer i trans-spektret.

kjønnsidentitetstematikken har vært påtrengende spørsmål med innvirkning på deres psykiske helse. Et gjennomgående tema i samtalene er at ikke å kunne leve ut sin identitet gir dårligere livskvalitet. For noen har dette vært såpass alvorlig at de ikke ønsket å leve. En informant forsøkte å ta sitt eget liv første gang allerede som seksåring:

*”Men jeg skjønnte at dette går ikke veien, jeg får ikke det livet jeg trenger. Så sommeren før jeg startet på skolen så tenkte jeg at jeg orker ikke starte på skolen med jentenavnet mitt og med jenteidentiteten. Så jeg prøvde å ta livet av meg. Da ble jeg lagt inn på barnepsykiatri.”*

Hele barndommen hans ble en svært konfliktylt og krevende tid, og fra 12-13 års alder og gjennom tenårene ruset han seg for å slippe unna smertene. Også andre informanter forteller at deres livssituasjon kjentes utholdelig og førte til depresjon og selvmordstanker. *”Jeg har opp gjennom årene hatt sinnsykt, sinnsykt lyst til å være jente, men prøvd å skjule det så godt jeg kunne. /... / Jeg har alltid hatt et ønske om å dø.”*

Slike beretninger om dyp fortvilelse og selvmordstanker illustrerer alvoret i situasjonen. Også noen av de som ikke opplevde smerten like intenst, beskriver livet før de sto frem eller fikk hjelp som et helvete. Benestad og Almås (2006) refererer til personer i transspektret som ”de overlevende”.

En informant som nå er under hormonbehandling, og planlegger å gjennomføre kjønnskønvertering senere, forteller om konsekvensene av å ha undertrykt sin kjønnsidentitet hele livet:

*”Jeg er så utrolig redd for å måtte være mann. Hvis jeg ble kalt inn til å være jurymedlem eller meddommer, så ville jeg ha havnet i et mannsutvalg, og det ville jeg ikke ha takla rett og slett. For meg er det emosjonelt og ikke rasjonelt /... /, og jeg tror det er fordi jeg prøvde å leve konvensjonelt og etter forventningene hele livet. [psykiateren] skrev i henvisningen til GID at jeg hadde undertrykkelsestraumer.”*

Det har vært en så stor belastning å undertrykke sin identitet som kvinne at hun går i terapi for å håndtere traumene hun pådro seg og fortsatt sliter med, også etter at hun har fått diagnosen og har begynt å leve i samsvar med sin kvinneidentitet.

En annen konsekvens av å undertrykke sin kjønnsidentitet er ensomhet og isolasjon:

*”Hele barneskoletida ble veldig konfliktylt hvor du aldri hadde noe særlig venner, for du liksom ble skjøvet fra det ene vennskapet til det andre for du passa liksom ikke inn noe sted. Det var en veldig ensom tid.”* sier en kjønnsoperert mann.

Men også en informant som beskriver seg selv som androgyn, og som ikke kjenner behov for hverken diagnose eller kjønnsbekreftende behandling, beskriver belastningen ved å føle seg annerledes og at det førte til ensomhet i oppveksten:

*”Noe av det såreste i denne tida, i tillegg til direkte kommentarer og tilrop om klærne og væremåten min, var de stadige skuffelsene over å finne ut at ingen andre var slik jeg var. /... / Av og til klandra jeg meg sjøl for at jeg var så innmari annerledes /... / Den grenseløse ensomheten var noe av det vanskeligste.”*

Andre påkjennelser som informanter beskriver går på det å leve i frykt for å bli avslørt, og ustanselig være på vakt. Frykt og skamfølelse gjorde det påkrevd å skjule trangen for å leve ut kjønnsidentiteten:

*”Man er mester, egentlig kan man bli agent, for jeg visste alltid hvor jeg hadde tatt tingene fra selv om det var midt på natten og i mørket. Jeg visste alltid nøyaktig hvilken skuff jeg hadde tatt tingene fra slik at alt ble lagt på plass. Ingen skulle se noe, ingen skulle oppdage noe.”*

Denne informanten elsket klesskapene til sine kjærester mer enn kjærestene. En annen beretter:

*”Jeg har jo vært livredd, prøvd å gjemme det unna, og da får du noen egenskaper som du blir veldig flink til. Du må tenke mye selv, du blir veldig flinkt til å skjule ting, det er nesten så jeg skammer meg i ettertid at jeg har vært veldig utspekulert (...).”*

Et samfunn bygget på en dikotom forståelse av kjønn, den normative tokjønnsmodellen, der bare de to kategoriene kvinne og mann eksisterer, er grunnlag for følelser av ikke å kunne være i det kjønnsuttrykk som passer med ens kjønnsidentitet, men som ikke er i samsvar med omgivelsenes oppfatninger av og forventninger til ens kjønnsbestemte roller og adferd. God helse for de med kjønnsidentitetstematikk handler ikke bare om helsetilbud, det handler også om å slippe å undertrykke sin identitet. Beretningene om at de ikke kunne fortelle, leve ut, og eller bli sett i den kjønnsidentiteten de opplevde seg som, er gjennomgående. Det går ut over psykisk helse, og det forklarer hvorfor individer i transspektrret i ulike undersøkelser viser svært høye tall når det gjelder å ha vurdert eller også forsøkt å begå selvmord. Den nyeste undersøkelsen fra Nederland som ble lansert i forkant av transminnedagen i november 2012 melder at opp til 70 prosent av respondentene (N=467) svarer bekreftende på å ha vurdert selvmord. (Keuzenkamp, 2012) Hvor mange som har tatt sitt eget liv som følge av problemer i forbindelse med sin kjønnsidentitetstematikk, er det ingen som vet.

*”Kjønnsidentitetsforstyrrelse” er nå en avlagt betegnelse, siden DSM vil erstatte betegnelsen med ”kjønnsdysfori”. 2012<sup>41</sup>*

## Kjønnsbekreftende behandling

Seksjon for transseksualisme (SfT) ved Rikshospitalet har siden 1979 hatt landsfunksjon for utredning og diagnostisering av personer med kjønnsidentitetsproblem, og for behandling av pasienter med transseksualisme (Tønseth m.fl. 2010); det er eneste sted i landet det er mulig å søke kjønnskonertering. Derfor stod da også erfaringer med SfT sentralt når fokusgruppene diskuterte helse spørsmål. Vårt formål her er å presentere informantenes opplevelser med helsetilbudet knyttet til kjønnsbekreftende behandling. SfTs oppgaver er å tilby den standardiserte behandlingen av kjønnsidentitetsforstyrrelser (Gender Identity Disorder<sup>42</sup>) som omfatter psykiatrisk utredning, nevropsykologisk diagnostikk, endokrinologisk behandling, dvs. tilføring av kjønnshormoner og kirurgisk intervensjon på bryst og genitalia. Diagnosene F64.0 og F64.2 utløser dette omfattende, og offentlige behandlingstilbudet. Utredningstiden er lang, og med behandlingen tar hele konverteringsprosessene mellom 8 og 10 år. Omtrent 25-30 pasienter per år får diagnosen (ungdom som får diagnosen F64.02 inkludert), det vil si en firedel av de 100-120 som årlig blir henvist til klinikken for utredning. Det gjennomføres ca. 12-15 kirurgiske inngrep per år (Helsedirektoratet 2012:4). Behandlingstilbudet på Rikshospitalet ble lagt ned for en kort periode fra slutten av januar 2000. Det var meget uheldig for alle

<sup>41</sup> Gender Identity Disorder” is now a term of the past as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, will be replacing the term with “Gender Dysphoria,” <http://dot429.com/articles/1119>

<sup>42</sup> Og, som sitatet innledningsvis angir, i 2012 ble fjernet fra American Psychological Association’s Manual over mentale forstyrrelser (DSM-IV) og som heretter skal omtales som dysfori, ikke som en kjønnsidentitetsforstyrrelse.

som på det tidspunktet var pasienter eller under utredning, men også for kjønnsopererte kvinner og menn som trenger regelmessig oppfølging over tid, blant annet i forhold til å vurdere hormonbalanse. En informant understreket at det fortsatt er hans store frykt at tilbudet skal legges ned igjen.

Utredningen og behandlingen, både de psykologiske og de kroppslige elementene, er kompliserte prosesser. Å vurdere om en person har en kjønnsidentitetsforstyrrelse som bør behandles somatisk, med hormonpreparater og omfattende kirurgisk intervensjon, krever inngående psykiatrisk kompetanse. Legene må forsikre seg om at ikke andre personlighetsforstyrrelser enn kjønnsidentitetstematikk er mer dekkende for symptomene pasienten anfører. I tillegg må pasienten ha god psykisk og fysisk helse til å gjennomgå elementene i behandlingen. Enkelte pasienter har psykiske eller også fysiske plager som gjør at gjennomføring av behandling vurderes som uforsvarlig. Vi nevnte tidligere at ikke å passe inn i samfunnets heteronormative tokjønnsmodell er en psykisk utfordring i seg selv, og undertrykking av sterke ønsker om å leve i selvopplevd kjønnsidentitet, og redsel for å bli utsatt for trakassering bidrar heller ikke til psykisk balanse. Dermed kan det for noen bli en slags Catch22: en er i psykisk ubalanse fordi samfunnet viser lite toleranse for ens ikke kjønnskonforme adferd og uttrykk, og så lenge en er i for stor psykisk ubalanse kan en ikke få tilgang til behandling.

En ytterligere utfordring for legene er at de må være så sikre som mulig på at pasienten ikke vil angre behandlingen. De genitalkirurgiske intervensjoner er tross alt ugjenkallelige. Andelen som oppgir at de angre er veldig lav i Norge så vel som i andre vesteuropeiske land (Cohen-Kettenis m.fl. 2011). Dette må ses i samsvar med både lang utredningstid, og lav andel som får diagnose (10-15 av 100-120 henviste pasienter).

Å diagnostisere en pasient med transseksualisme er altså en prosess med mange ulike medisinske vurderinger. Det handler om å skjære i en frisk kropp og eventuelt fjerne friske kroppsorganer, det hviler et stort ansvar på de som utreder og stiller diagnose. Legeteamets vurderinger er én side av saken og vi har hatt en samtale med lederen for behandlingsteamet på SfT for å få innsikt i deres perspektiv og refleksjoner. I rapporten er det imidlertid informantenes erfaringer som er i fokus, og de er preget av narrativer om skjeve maktforhold og krenkelser i møte med helsepersonell. Informanter nevner også at de ofte ikke anser grunnlaget for diagnostisering som troverdig. Slike erfaringer og fortellinger er kjent i miljøet, og virker inn på om personer med behov for transrelaterte helsetilbud velger å oppsøke SfT. Flere av våre informanter har valgt, eller angir at de vil velge andre løsninger, også noen av de som faktisk har selve "inngangsbilletten", diagnosen.

Ubalansen i maktforhold mellom de som skal stille diagnose og dermed åpne for kjønnsbekreftende behandling og personen som søker diagnose ligger i systemet:

"De uavklarte spørsmålene rundt psykologiens rolle når det gjelder å kategorisere kjønnsvarians som en mental forstyrrelse og derved avgjøre tilgjengelighet til medisinsk behandling, og typer tilgang til medisk intervensjon en kan oppnå på grunnlag av "kjønnsidentitetsforstyrrelse" diagnosen, skaper en spesiell dynamikk mellom transseksuelle individer og helsepersonell" (Bradly 2010:1, min oversettelse).

Det finnes flere fortellinger og erfaringer i transmiljøene om hva som vil øke sjansen for å få diagnosen transseksualisme. Én fortelling er at du skal være sikker i din sak; for å få diagnosen kan du ikke tillate deg å uttrykke noen form for tvil om at du ønsker å være fullt og helt det motsatte kjønn. En anbefalt overbevisningsstrategi er å møte opp i det kjønnsuttrykk du ønsker å være i: "*Alle sier jo*

*det da, at det er lurt å komme i det uttrykket du vil være på Riksen. Hvis du ikke kommer i det, så blir det automatisk mistanke; er du helt sikker?”.*

Mange, og kanskje spesielt de yngre informantene, kjenner godt til retorikken som kan bringe dem videre til diagnosen: beskrivelsen av å føle seg ”født i feil kropp”. En annen kriteriebeskrivelse er at pasienten må betrakte fjerning av kjønnsorganer som eneste løsning (Tønseth m.fl. 2010). Det bygger opp under ”født i feil kropp” fortellingen, og gjør den mer troverdig. En konsekvens av å bruke slike ”født i feil kropp” beskrivelser er at pasienten risikerer forpliktelsen til å gjennomføre klinikkens standardopplegg for kjønnskonnevertering: hormoner og kirurgiske inngrep, inkludert irreversibel sterilisering. Pasienten kan føle at det ikke er rom for tvil, behovet for å stoppe opp og vente litt setter diagnosen i fare. Det har ført til at enkelte pasienter har foretatt større inngrep enn nødvendig for å kunne leve godt i sitt valgte kjønnsuttrykk. En annen form for usikkerhet informanter opplever de ikke kan vise og diskutere med klinikken er tanker om de ønsker fullstendig kjønnskonnevertering. Det er risikabelt og kan føre til at de mister ”inngangsbilletten”, diagnosen. Flere informanter ønsker ikke å gjennomføre fullstendig kjønnskonneverterende behandling; også blant de som har diagnosen og som har sin kjønnsidentitet innenfor én av kvinne og mannskategoriene. Spesielt når det gjelder rekonstruksjon av ytre kjønnsorganer er mange tilbakeholdne. Disse forteller at det viktigste for dem er å bli lest som kvinne eller mann av sine omgivelser i det daglige: *”/... / også er ikke underlivet mitt det viktigste for meg heller. Det er mer det å kunne gå på gata, og å kunne jobbe [i fortrukket kjønnsuttrykk].”*

En annen innvending gjelder fremgangsmåter som brukes under utredning. Pasienten gjennomgår standardiserte spørreskjemaer og strukturerte intervjuer (Tønseth 2010:130). Informantenes fortellinger går ut på at det er utbredt kunnskap i transmiljøene om hvordan en kan svare ”riktig” på disse spørsmålene, og dermed øke sjansen for å få diagnosen. Et annet moment er at også her opplever noen at de ikke våger å uttrykke tvil eller utydelighet med hensyn til sin kjønnsidentitet. De forteller at skjemaene kommer istedenfor, eller står i veien for, mer inngående samtaler med psykiater eller psykolog; pasienter føler at de ikke får vist seg som en hel person, og eventuelt også kunne ønske å få snakket om tvil og usikkerhet. En informant som fikk diagnosen i tenårene sier:

*”/... /så det er mest å krysse av på skjema, du får ikke snakket så mye rundt spørsmåla. Du føler det som du sitter på et jobbintervju nesten altså. Så hvis du har lyst til å forklare litt rundt hvorfor du har blitt sånn også videre, det føler jeg ikke at jeg fikk sagt noe eller forklart noe på en måte. Det var akkurat som [ansatt ved SFT] lette etter feil, noe de kunne ta meg på”.*

Han er fornøyd med behandlingen, men han følte ikke at det var rom for å presentere seg selv åpent og ærlig i utredningsprosessen.

Liknende erfaringer diskuterer Bremer (2007) i en artikkel om det svenske helsevesenet der hun ønsker: *”att ta tempen på genusklimatet i psykiatrins könsbytesutredningar, för att på så vis analysera makt och kön i patienters berättelser om deras möte med könsbytesvården”* (op.cit:37). Artikkelen starter med et sitat med betraktninger fra en ung person som er til utredning:

*” Ja, hur mycket vikt som läggs på det här det vet jag inte. Men jag satt själv och tänkte på det när jag gjorde alla dessa psykologiska tester /.../ Man tänkte ju att ”Ja, ska jag fylla i att jag är intresserad av bilar? Nä, jag gör inte det, det kanske blir negativt”. Och så tänkte jag*

tanken med att... ja, visst jag tycker om att pyssla med heminredning och sy och ha mig men det är klart att då stämplas ju det som väldigt kvinnligt istället då...”

Det sterke ønske om å få diagnosen og tilgang til kjønnsbekreftende behandling preger informantens tanker når de fyller ut skjemaene. Hvordan testene slår ut har store konsekvenser for livet deres. Bremer stiller seg tvilende til hvorvidt og hvordan slike tester kan slå fast om en person med spørsmål rundt sin kjønnsidentitet har den psykiatriske diagnosen kjønnsidentitetsforstyrrelse, som utløser behandling; hvor troverdige er personlighetstester? Hva sier de om kvinnelig og mannlig, dette er i stor grad kulturelle konstruksjoner, og hvem kan ut fra slike tester defineres som kvinne eller mann:

”/... / och vilka spår går det att finna i dem av en persons eventuella transsexualism? /.../ Det går till exempel inte att mäta transsexualism genom ett konkret blodprov, en röntgenundersökning, EEG, ryggmärgsprov eller någon annan form av biomedicinsk teknik. Könbytesutredningarna regleras istället i hög grad av utredarnas subjektiva antaganden om vad det innebär att vara trovärdiga män och kvinnor” (op.cit.37).

Folgerø og Hellesund har tatt opp samme problemstillingen i en norsk kontekst: når anatomi ikke lenger er grunnlag for å fastslå en persons kjønn, blir vurderinger av mannlighet og kvinnelighet hos enkeltindividet sentralt i bedømmelser av behovet for behandling og hvordan vurderes det?

”Rikshospitalets målsetninger for behandlingen er at pasienten skal oppleve at kropp og kjønnsidentitet stemmer overens. Kjønnsidentitet blir her forstått som noe som kan adskilles i en klar kvinnelig identitet, eller en klar mannlig identitet i tråd med konvensjonelle kjønnsidealene” (2009:100).

Erfaringer med å bli vurdert ut fra det som oppleves som subjektive kriterier, handler om mer enn en vurdering av pasientens kjønnsidentitet som kvinne eller mann. Andre områder som informantene har opplevd brukt som kontraindikasjon er psykisk helse.<sup>43</sup> En ung informant forteller:

*”Jeg hadde jo en historie med å være deprimert, og det visste dem jo, for det sto i papira mine. /... /og jeg sa jo at jeg har kommet kjempelangt i forhold til der jeg var før, men så klart så henger det igjen litt psykisk. Og jeg følte ikke jeg kunne si det. Og det er jo synd, for du må jo kunne være ærlig, du må jo kunne si hvordan du har det. Jeg følte at det kunne de ta meg på, og du skal ikke føle det sånn ovenfor helsevesenet som skal hjelpe deg.”*

En annen informant som fikk avslag etter flere år med utredning, har en bestemt oppfatning av at hun fikk avslag på SFT ut fra andre grunner: *”Kontraindikasjonene på Rikshospitalet var at jeg var over 25, jeg var i et samkjønnet forhold med min kone, og jeg hadde produsert unger.”* Hun fikk senere diagnosen hos en privatpraktiserende psykiater og har gjennomført genitalkirurgi i utlandet. En informant som fikk avslag på Rikshospitalet, forteller at hun valgte å være ærlig under utredningen:

*”Så jeg var ganske naiv, jeg trodde nå at jeg skulle få hjelp der. Så jeg var ærlig og svarte ikke det du skal si, som jeg har hørt. Det passet ikke så bra at jeg var noen og tredve da, pluss at jeg var åpen om at jeg var bifil.”*

Denne informanten var uten arbeid mens hun var til utredning, noe hun mener ble vurdert negativt:

<sup>43</sup> Kontraindikasjon betyr at en tenkelig eller brukelig behandling av spesielle årsaker ikke anbefales brukt.

*”Jeg fikk jo stadig vekk høre at de ville ikke gi meg diagnose før jeg var i jobb, så jeg ikke ble kasta ut på trygd... hvis jeg bare skulle sitte hjemme, så kunne jeg likeså godt bare være mann, liksom. Det er ikke noe viktig å være kvinne da.”*

Fortellinger i transmiljøene om kontraindikasjoner har konsekvenser for informantenes strategivalg. Det etableres sannheter om at du ikke kan komme som den du er, være ærlig på om du eventuell er i tvil og få fagpersoners hjelp og veiledning ut fra ditt ståsted. Noen informanter gir også uttrykk for at de er redde for å bli dårlig behandlet og velger andre steder enn SfT. En informant fikk god hjelp fra en lokal psykiater og ble diagnostisert med transseksualisme, men hun vurderte ikke å oppsøke Rikshospitalets SfT, fordi hun ikke regner med få hjelp der: SfT godtar ikke diagnoser stilt av andre, og hennes høye alder er en kontraindikasjon der.

Nok et forhold to informanter som har vært til utredning og behandling ved SfT har påpekt, er det de opplevde som en uheldig sammenblanding av forskning og klinisk virksomhet, i form av påtrykk for å godta at data om deres situasjon og utvikling brukes i forskningsøyemed. I utredningsfasen ble de bedt om å signere papirer om samtykke uten å ha blitt noe videre informert om hva forskningen går ut på. De har vært redd for at å nekte å delta, kunne få negativ innvirkning på diagnostiseringens resultat, siden fagpersonen som står for pasientens utredning også er leder forskningsprosjektet. Det er forskningsetisk problematisk at de såkalte ”gatekeepers” når det gjelder diagnostisering, samtidig er forskere. Det forsterker det allerede svært ubalanserte maktforhold der pasienten er helt avhengig av legens dom.

Informantene føler at utredningsperioden, og ikke minst tiden til de får resultatet av utredningen, er å ha livet på vent. Noen forteller at det tar flere år fra de blir henvist til SfT til de får det endelige resultatet, og som da er avslag.

*”Jeg gikk der i to og et halvt år tenker jeg, jeg følte at jeg bare satt på vent hele tida. /... / Men da hadde hun [psykologen som henviste henne] fått brev fra Rikshospitalet da, med sånn diagnose. Om at jeg var sånn derre uspesifisert [F.64.9]. Men det var liksom første gang jeg hørte om det da. Det syntes jeg var ganske så dårlig, å ikke informere meg om det.”*

En annen beretter:

*”Jeg kom dit i 2003, og de trengte altså helt fram til 2007 for å finne ut at jeg var en kjønnsforvirret mann, ikke en kvinne. I mellomtiden opplevde jeg at jeg ble diskriminert, nedverdiget, usynliggjort. Jeg eksisterte ikke som kvinne.”*

Bremer løfter også frem tiden utredningen tar og venting som et viktig element i fortellinger om møter med transseksuelle helsetjenester i Sverige.

*”Väntan är ett tema som jag menar färgar just transsexualla patienters erfarenheter” (Bremer 2010: 95).<sup>44</sup> ”Den diagnostiske prosessen er en langdryg prosess hvor desperasjon, angst og frustrasjon er vanlige erfaringer. De opplever også en ’eksistensiell konturløshet’ ” (op.cit:102).*

### **Early og late onset – eller ”ungdomselitisme”?**

En gjenganger hos informantene er beretninger om at yngre pasienter langt lettere får diagnosen og tilsagn om kjønnsbekreftende behandling enn tilfelle er for eldre søkere. En av de godt voksne informanter opplevde på kroppen det problematiske med å komme til SfT i voksen alder. Hun hevder at ”late onset”, det å være voksen når en oppdager, eller søker behandling, brukes som kontraindikasjon

<sup>44</sup> Interessant nok, som Bremer påpeker betyr pasient (det engelske: patient), faktisk tålmod.

og var en av begrunnelser SfT brukte overfor Helsetilsynet for avslag på hennes søknad om behandling. *”Det er en helt meningsløs begrunnelse, eldre pasienter har like stor rett på behandling som unge”*. Det er antakelig en ikke urimelig påstand at *”early onset”*søkere oftere får positiv vurdering av teamet: gjennomsnittsalderen for pasienter ved SfT er ca. 26 år (Helsedirektoratet 2012:3).

En viktig innvending informantene ytrer, handler om hvem som skal ha definisjonsmakten, og over hva. Først, hva bestemmer om en person er såkalt *”ordentlig transseksuell”* og har krav på behandling? Og, for det andre, hvem skal avgjøre hvor mye behandling den enkelte med kjønnsidentitetsspørsmål trenger? Kravet om irreversibel sterilisering for å få endret juridisk kjønn kan medføre at pasienten aksepterer større inngrep enn det som er nødvendig for å sikre vedkommendes livskvalitet. En stor innvending mot dagens praksis i Norge er det krevende forhold mellom medisinsk behandling og juridisk anerkjennelse av kjønnsstilhørighet. Det er en innvending som også har sin basis i menneskerettigheter (Human Rights Watch, 2011:24).

De to av våre informanter som oppfatter seg selv som transseksuelle, men som ikke fikk diagnosen på SfT, føler seg dårlig ivaretatt og har sterkt negative følelser til de prosessene de måtte gjennom. De føler seg ikke sett og hørt som den kvinnen de identifiserer seg som, og de mener at andre faktorer ved livet deres ble tillagt vekt i utredningen og som til slutt førte til avslag. I den situasjon savner de mulighet for å klage på avgjørelsen, og eventuelt også kunne få en *”second opinion”*. Det dreier seg tross alt om livsviktige avgjørelser for de som søker.

Vårt formål har vært å løfte frem informantenes opplevelser av prosessene, og formidle de inntrykk de sitter igjen med etter å ha vært gjennom utredning, og eventuelt behandling. De som søker behandling mister definisjonsmakten over sin identitet, det overdras til de fagkyndige og følgelig oppstår det et skjevt maktforhold mellom fagpersonene og personen med kjønnsidentitetstematikk, der den som søker diagnose og behandling er svært sårbar. Det har mye å si for en pasients helse og livskvalitet hvordan utredning og eventuell behandling fungerte: føler de at de har blitt sett og hørt, og foregikk utredningen på en måte som virket tillitsvekkende for dem? Det er foruroligende at fortellingene til alle våre informanter som har vært til utredning hos SfT er preget av sviktende tillit, inneholder episoder med lite respektfull behandling, og der bruk av kontraindikasjoner oppfattes som usaklige og urimelige av informantene. For de kjønnsopererte informantene går mistillit på manglende informasjon om behandling og om usikkerhet om nødvendigheten av ulike deler av behandlingen, og det gjelder måter å bli møtt på, og følelser av å bli presset til å delta i forskning.

## **Transseksuell eller transperson – avgjørende for livsløpet**

Slik situasjonen er i dag betyr det å få avslag etter utredning for diagnosen transseksualisme ved SfT differensieringen mellom transseksuell og transperson, et skille som blir avgjørende for pasientens videre livsløp og livskvalitet. Avslaget lukker nærmest samtlige dører i helsevesenet for behandling relatert til ens kjønnsidentitetstematikk, i hvert fall utelukkes enhver form for offentlig finansiering av behandling.

En av våre informanter eksemplifiserer en alternativ handlingsstrategi som flere velger; hun har foretatt kjønnskonerterende kirurgi i utlandet, i samarbeid med fastlege, gynekolog og psykiater i Norge og får hormonbehandling (på hvit resept) av sin lege. En slik strategi krever ressurser, både økonomisk og personlig, samt transkompetente og *”transvennlige”* leger. Flere av informantene som har ikke har fått



diagnosen, eller ikke betrakter SfT som et sted de kan få hjelp, har nevnt andre strategier for å kunne leve i tråd med sin kjønnsidentitet. Mange velger samtaler med terapeut med kompetanse på kjønnsidentitetstematikk, noen ganger i kombinasjon med hormoner på hvit resept. To informanter fortalte at de startet selvmedisinering ved å kjøpe hormoner over internett, til tross for helserisiko når hormonbehandling ikke skjer i samråd med en fagperson. Disse alternative løsningene betyr høye omkostninger for den enkelte, fysisk og økonomisk, og som varer livet ut. Likevel er behandling så avgjørende for deres livskvalitet, at det er et innlysende valg, for de som har råd.

En annen omkostning for transpersoner, som vi har vært inne på tidligere, er at de må leve med manglende samsvar mellom kjønnsuttrykk og identitetspapirer. Det utgjør en belastning for helsen; transpersoner fortsetter å utsettes for minoritetsstress, de blir daglig konfrontert med og må forholde seg til andres reaksjoner til seg og sitt kjønnsuttrykk.

De som ikke får diagnosen sendes tilbake til andrelinjetjenesten, eller til fastlegen som opprinnelig henviste pasienten til SfT. En av grunnene til at såpass mange henvises til, og avvises av SfT, er manglende kompetanse på kjønnsidentitetstematikkfeltet blant helsepersonell på første- og andrelinjetjenesten. En av informantene som fikk diagnosen F64.8 forteller: *”Med diagnosen F64.8 får du ingenting, da er du ute. Men du får beskjed om at du kan henvende deg til DPS<sup>45</sup>. Hvis du gjør det så skjønner de ikke hva de skal hjelpe deg med. De har ikke anelse.”*

Slike møter med andrelinjetjenesten er bakgrunn for at mange velger å oppsøke fagpersoner som er kjent i miljøet for å ha kompetanse på kjønnsidentitetstematikk, som bl.a. sexolog Esben Esther Pirelli Benestad. Også Stensveen Ressurssenter er et viktig alternativ og et lavterskeltilbud for mange, når de trenger hjelp til å kunne mestre livet og hverdagen.

Spørsmål om behandlingstilbud er også et spørsmål om hvilke gruppers behov for kjønnsbekreftende behandling som oppfattes som legitime behov. Det er videre et spørsmål om toleranse for kjønnsvarians og for ikke kjønnsnormative leve- og væremåter, og det tilsier at behovene for helsetilbud vil være svært varierte og utgjøre et bredere spekter enn kirurgisk intervensjon. Folgerø og Hellesund (2009) problematiserer dette ut fra ulike forståelser av kjønnsidentiteter.

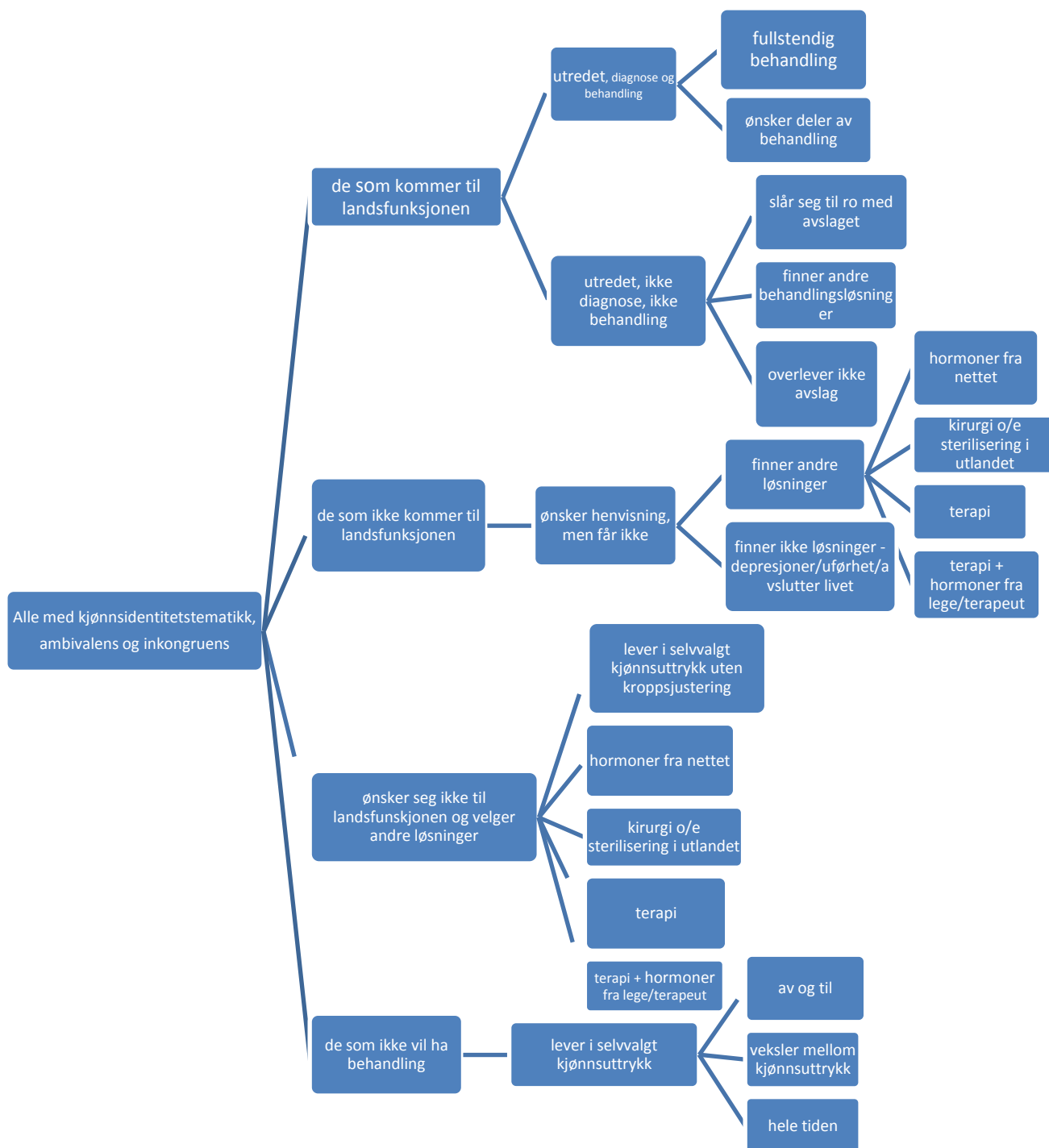
Det sentrale for oss å påpeke her er skjevhetene i rettigheter mellom de som får og de som ikke får diagnosen F64.0; det urettferdige transpersoner opplever ved at én diagnose gir rett til omfattende og livslang behandling i det offentlige helsevesenet, mens en diagnose som ligger rett ved siden av (F64.8 eller F64.9) ikke gir noen rettigheter, all den tid erfaringer av inkongruens mellom tillagt kjønn og kjønnsidentitet er felles. Denne differensieringen gir et signal til de som ikke får diagnose at ”du er ikke verdt behandling”, ”dine følelser er ikke ekte”, ”du er ikke transseksuell - nok.” Dermed får vi hierarkier innenfor spektret av personer med kjønnsidentitetstematikk, interessemotsetninger og konflikter.

For å oppsummere har vi i figur 2 nedenfor sammenstilt ulike strategier og livsvalg som individer med kjønnsidentitetstematikk blir stilt overfor, avhengig av bl.a. om de har fått/vil ha diagnose eller ikke.

---

<sup>45</sup> Distriktpsykiatrisk senter

Figur 2: Den norske paraplyen for mestringsstrategier



## Erfaringer fra helsevesenet generelt

I avsnittet ser vi på hvordan personer med kjønnsidentitetstematikk erfarer møter med fastlege, psykolog og andre deler av helsevesenet. Behandling på SfT fordrer henvisning fra fastlege og psykiater eller psykolog. Den gjennomgående erfaringen informantene formidler til oss er at helsepersonell ikke har tilstrekkelig kompetanse om kjønnsidentitetstematikk. Fastlegen må som regel søke informasjon andre steder, før de kan henvise videre. Til tross for lite kunnskap har flere erfaring med å møte en utstrakt hånd når de først våger å kontakte helsepersonell med spørsmålene sine, eller for å få en henvisning videre. Manglende kunnskap er ikke synonymt med manglende vilje og motstand. Ei forteller at hun oppsøkte helsetilbudet på studiestedet: *”På den generelle psykososiale helsetjenesten/... / kunne de ikke så mye om det fra før. Men måten dems [sic] å tilnærme seg det på, synes jeg var veldig fin.”*

En informant i tenårene kontaktet fastlegen og sa at han ønsket å bli jente, og forteller om hvordan legen håndterte dette: *”/.../ han skjønnte ikke helt hva jeg mente først. For han visste ikke noe om transseksuelle i det hele tatt. Så ringte han Rikshospitalet og fikk vite litt mer.”*

Den svenske undersøkelsen ved Darj og Nathorst-Böös (2008) viser at lite tilfredsstillende måter å bli møtt i skole- og helsevesen skyldes manglende kompetanse og kunnskap, men også her berettes det om å bli møtt med velvilje. Forskning om forholdene i Europa viser et mer negativt bilde hvor det er alminnelig med dårlige erfaringer i møte med helsevesenet: noen ganger vil ikke fastlegen hjelpe, andre opplever at fastlegen ikke har noen forståelse for deres tematikk, og heller ikke gjør forsøk på å sette seg inn i det (Motmans 2010:68). Forskning fra USA tegner et enda mer negativt bilde, der høy andel blant transpersoner oppgir å ha opplevd avvisning eller behandlingsnekt, også om behandlingen de oppsøkte legen for ikke var relatert til transtematikken (Grant m.fl. 2010).

Direkte uvilje og diskriminering er altså ikke en alminnelig erfaring for våre informanter, derimot er manglende kompetanse et stort problem, særlig hvis en ønsker noe mer enn henvisning videre i systemet, som eksempelvis resept på hormoner eller oppfølging av hormonbalanse. Mange av våre informanter har henvendt seg til de få fagpersonene i Norge som har spesialkompetanse på området. To hadde fått hjelp hos psykologer og noen har oppsøkt sexolog. Blant våre informanter har cirka halvparten hatt kontakt med, og eventuelt fått terapi hos sexolog Esben Esther Pirelli Benestad. Dette gjaldt både kjønnsopererte kvinner og menn som hadde fått behandling ved SfT, de som hadde blitt avvist på SfT, og transpersoner som valgte ikke å søke annen hjelp. At andelen informanter med kontakt med Pirelli Benestad er såpass høy kan delvis ha sammenheng med at flertallet av informantene våre bor på Østlandet og Sørlandet der Pirelli Benestad har sin praksis. Forskningsprosjektets rekrutteringsprosess kan også være medvirkende årsak til den høye andelen<sup>46</sup>. En tredje forklaringsmodell er at svært mange personer i transmiljøet generelt faktisk har vært i kontakt med Pirelli Benestad. Pirelli Benestad og de få andre terapeutene med kompetanse på feltet som finnes i Norge har et stort påtrykk av personer med kjønnsidentitetstematikk som har behov for terapi og rådgiving fra fagpersoner. De som har vært i behandling uttrykker hvor avgjørende denne terapien har vært for dem. En av informantene forteller at det reddet livet hennes:

*”På tredje forsøk på å komme ut traff jeg også en person som var veldig viktig, og det var Esben Esther Pirelli Benestad. Hadde ikke den kontakten kommet, og hadde ikke min kone vært der, så hadde jeg ikke lenger vært tilstede her.”*

<sup>46</sup> Så langt vi kunne følge hvor informantene hadde fått informasjon om prosjektet, så var det et balansert bilde ift at ulike informanter hadde fått info om prosjektet via ulike kilder, flere oppga å ha fått informasjon om prosjektet fra henholdsvis HBRS, LLH, FTPN og enkeltpersoner.

Det å få et navn på smerten, å få stilt en diagnose og få forklart at dette er noe flere opplever, var utslagsgivende for en av informantene. Hun var i 50-årene da hun, etter et år i terapi hos psykolog på det lokale sykehuset, fikk stilt en diagnose hun ikke viste at fantes:

*”Ja, ettersom jeg har studert deg så har du diagnosen transseksuell sa hun [psykologen]. /.../ Hun ga seg god tid og forklarte hva dette var, det var altså... da datt et blylag av hele kroppen min. Der! Endelig kunne en annen person fortelle meg hvordan jeg har det. Da kjente jeg meg igjen med en gang. Men så gammel var jeg altså, før jeg endelig... altså jeg var varm og kald om hverandre. Også skjønnte jeg da, at fra den dagen kom livet mitt til å bli annerledes.”*

Fortellingen viser betydningen av at også helsepersonell i første- eller andrelinjetjenesten linje kan identifisere tematikk rundt kjønnsidentitet; det er ikke alltid slik at pasienten selv kjenner til at det finnes begreper og diagnoser for det de opplever. Informantene beskriver terapi hos kompetent terapeut som utslagsgivende for å samle styrke, og for å klare å stå frem og få mulighet til et meningsfylt liv. Sentralt i slik behandling er veiledning i å vurdere egen prosess. Det handler om å finne ut om, og eventuelt hvor mye, kroppsbekreftende behandling den enkelte ønsker og trenger å gjennomgå. Et vitalt tema i behandling er selvaksept, det å kunne være trygg i sitt selvvalgte kjønnsuttrykk overfor andre. En informant i begynnelsen av 20-årene som nettopp har kommet ut som kvinne, beskriver dette: *”Men jeg får veldig hjelp av Esben Esther der, for jeg sliter ekstremt med angsten av å være ute. Hvordan folk forholder seg til meg.”*

Flere har erfart at de har måttet lære opp helsepersonell: *”Nå vet min lege veldig mye, for jeg har lært ham opp, men det er jo ikke den veien det skal gå”*. I en artikkel i *Genus*<sup>47</sup> kommer det frem at transpersoner er de som i størst grad klager til helsevesenet i Sverige:

*”Ofte utsätts de för personal som både är okunnig och fascinerad av deras situation. Det gör att patienterna får sätta igång och utbilda folk istället för att få hjälp för det de sökt för”* (Måwe 2012:10). At personer med kjønnsidentitetstematikk må lære opp fagpersoner er ikke uvanlig (Darj og Nathorst-Böös 2008).

Selv om vårt datamateriale i svært liten grad forteller om diskriminering eller dårlig behandling hos fastlege og psykolog, kan det være et alvorlig problem at mange blir møtt av helsepersonale som ikke har kunnskap om hva det vil si å ha spørsmål rundt sin kjønnsidentitet. Lite kompetanse i første- og andrelinjetjenesten kan føre til at mange ikke får den hjelpen de trenger, eller at de blir sent videre til SFT hvor de gjennomgår mange år med venting og utredning som ofte bare leder til å bli sent tilbake til andrelinjetjenesten, og det kan også føre til at mange ikke søker hjelp (Måwe 2012, Darj og Nathorst-Böös 2008).

Til slutt, et annet problem transpersoner møter når de oppsøker helsevesenet, henger sammen med manglende samsvar mellom kjønnsuttrykk og identitetspapirer:

*”Opp mot helsevesenet er mine utfordringer i dag knyttet til at de insisterer på å behandle meg som mann på grunn av personnummeret. Jeg plages av dette og dersom jeg ikke hadde vært nødt til å følge opp min helse på grunn av hormonbehandlingen, ville jeg ha holdt meg totalt borte fra helsevesenet”,* skriver en informant.

Hun er på heltid i kvinneuttrykk, men antar at hun på grunn av alder ikke kan regne med å få diagnose og behandling fra SFT og ønsker ikke å utsette seg for dette, så hun sparer til kirurgisk behandling i utlandet, og betaler hormonell behandling selv.

<sup>47</sup> Det er et populærvitenskapelig magasin om svensk genusforskning, nr 1/12.

## WPATH og SOC – gjennomgripende fornyelse av transrelatert omsorg

"We've set a whole different tone. It's more about what the professional have to do, and not about transgender people having to prove their health needs to the professionals"<sup>48</sup>

Den problematiske differensieringen mellom ulike transstatuser som flere av våre informanter har smertelige erfaringer med, har lenge vært et sentralt anliggende i The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), en organisasjon av leger, kirurger, psykiatere, psykologer, sexologer, endokrinologer, og andre helsearbeidere som er involvert i kjønnsidentitetstematikk. Organisasjonen har siden 1979 utarbeidet standarder for utredning og diagnostisering av transseksualisme og for behandling av pasienter med diagnosen transseksualisme: de såkalte *Standards of Care*, SOC. Disse standardene er utgangspunkt for utvikling av helsetilbud og omsorg i kjønnsidentitetsklinikker over hele verden, og WPATH vurderer og oppdaterer disse standarder med jevne mellomrom, på bakgrunn av nye forskningsresultater og påtrykk og lobbyvirksomhet fra interesseorganisasjoner. Den sjettede utgaven fra 2001 ble i september 2011 avløst av den sjuende. Den innleder et tidsskifte:

"The Standards of Care (SOC), Version 7 representerer en betydelig endring fra tidligere versjoner. Endringene i denne utgaven er basert på vesentlige kulturelle skift, økt klinisk kunnskap og en anerkjennelse av de mange helse-omsorgs tema som kan komme opp for transseksuelle, transpersoner og ikke kjønnskonneformer personer og som favner videre enn hormonterapi og kirurgi" (SOC 2012:1, min oversettelse).

De ypperste innen trans-legevitenskapen anbefaler dermed at betraktelig flere i transspektret enn de med diagnosen transseksualisme har krav på helsetilbud, og de understreker behov for et langt bredere spekter av helsetilbud: nemlig også transpersoner og ikke kjønnsnormative, og de understreker behov for et langt bredere spekter av helsetilbud, ved: det favner videre enn hormonterapi og kirurgi. Det siste punktet utdypes som følger:

"/.../ helsetilbudet kan omfatte førstehjelp, gynekologi og urologi, reproduktive valg<sup>49</sup>, stemme- og kommunikasjonsterapi, psykiatrisk helsetilbud (som f. eks. utredning, veiledning, psykoterapi) og hormonell og kirurgisk behandling." (SOC7 2011, min oversettelse).

Avtroppende president av WPATH, Dr. Bockting (2005) sier dette i forbindelse med de nye retningslinjene: "Tilgangen er mer åpen og anerkjenner at transrelatert omsorg gis i regionale helsesentre. Dette vil definitivt gjøre det lettere å få tilgang til hormoner."<sup>50</sup>

Dette gjenspeiler nok en utvikling i andre land, bl.a. USA, med etableringer av regionale helsesentra med transkompetent personalet, men det er en utvikling vi vil anbefale følges opp i Norge.

<sup>48</sup> Dr. Eli Coleman, leder for revisjonskomiteen i sin presentasjon av de nye SOC, gjengitt i avisen GAVoice <http://www.thegavoice.com/index.php/news/national-news/3497-wpath-announces-new-standards-of-care-for-transgender-and-gender-nonconforming-people> lest:21.12.12

<sup>49</sup> Her henvises det sannsynlig til frysing av egg og sperma

<sup>50</sup> "Access is more open and acknowledges transgender care is being provided in community health centers. This certainly makes it easier to access hormones," Bockting added. op.cit GAVoice

En annen endring som svarer på kritikk vi også har hørt fra våre informanter er at de nye retningslinjene åpner for individuelt tilpasset behandling. Lederen for revisjonskomiteen sier følgende: "SOC er fleksible kliniske retningslinjer; de åpner for å tilpasse intervensjoner til individuelle behov, samtidig som de kan tilpasses til tilnærminger og konteksten på tilbudssiden."<sup>51</sup>

Det er første gang trans- og ikke kjønnsnormative personer og deres behov for helsetilbud anerkjennes så klart og tydelig av WPATH. Både bredde når det gjelder anerkjennelsen av personer med kjønnsidentitetstematikk og nyansering av helsetilbud til transseksuelle, transpersoner og andre ikke kjønnskonneforme som SOC's sjuende utgave omtaler, underbygger og støtter fortellinger fra våre informanter.

År 2012 kan også vise til en transpolitisk milepæl ved at den American Psychological Association (APA) som utformer "bibelen" for psykiatere når det gjelder oversikt over og kriterier for å bestemme mentale forstyrrelser, den såkalte (DSM-IV) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Den er også under revisjon og ventes å komme med ny versjon: DSM-V, i 2013, men allerede nå er det kjentgjort at "kjønnsidentitetsforstyrrelse" vil bli erstattet med "kjønnsdysfori", som angir en markert inkongruens mellom individets egne kjønnsopplevelser eller kjønnsuttrykk og tillagt kjønn, men som ikke lengre er å betrakte som en mental forstyrrelse.

## Oppsummering og diskusjon

Hovedtrekket i informantenes fortellinger er at mange erfarer at helsetilbudet ikke er tilstrekkelig, og at det er svikt i kunnskap om kjønnsidentitetstematikk hos første- og andrelinjetjenesten. Mange som sliter føler det som en stor psykisk belastning, spesielt når tematikken holdes skjult for omgivelsene. Som en del av komme ut-prosessen, har de aller fleste behov for noen form for helsetilbud. For 14 av våre informanter inkluderer dette behov for kjønnsbekreftende behandling, i form av hormoner ulike typer av kjønnskonneverterende kirurgi. De som har vært til utredning på SFT i forbindelse med ønske om behandling, har fortalt om vanskelige situasjoner på bakgrunn av skjeve maktforhold mellom seksjonens fagpersoner og pasienten. Mange anser også grunnlaget for diagnostisering som lite troverdig, de mener at faktorer som ikke er relatert til kjønnsidentitetstematikk trekkes inn som kontraindikasjoner i vurderingen.

Fortellingene som nødvendigheten av å bruke "født i feil kropp" retorikk, ungdomselitisme, avslag og påtrykk til å velge full standard behandling som inkluderer bla. irreversibel sterilisering, manglende autonomi og sviktende evne til å ivareta pasientens verdighet, samt at tvil, (homo-) seksuell orientering og høy alder sies å bli brukt som kontraindikasjoner er direkte årsaker til at flere av informantene har valgt ikke å oppsøke SFT. Strategien for de fleste av disse blir behandling privat og i utlandet, for egen regning for de som har råd til det. De som får avslag og som ikke har økonomiske midler, eller mangler overskudd og psykiske ressurser til å finne alternative veier, risikerer betydelig redusert livskvalitet. Vi har referert forskning fra andre land som underbygger at helsesituasjonen for mange i denne gruppen er kritisk, og ofte fører til tanker om selvmord eller også ender i selvmord. De som har fått diagnosen transseksualisme og har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling ved SFT er ganske fornøyd med livet generelt og med behandlingen ved SFT, men også denne gruppen meldte om varierte erfaringer, og ytret en del kritiske kommentarer om SFT.

<sup>51</sup> The SOC are flexible clinical guidelines; they allow for tailoring of interventions to the needs of the individual receiving services and for tailoring of protocols to the approach and setting in which these services are provided."

Vi har påpekt at de store forskjellene i helsetilbud, livsvilkår og livskvalitet følger av differensieringen mellom de med og de uten diagnose. De som ikke vurderes å ha en kjønnsidentitetsforstyrrelse av type F64.0, og det er utelukkende SFT sine vurderinger som gjelder, faller utenfor velferds- og helse-Norges omsorgsforpliktelser. De skal i dagens system tilbake til andrelinjetjenesten, hvor kompetanse på kjønnsidentitetstematikk er svært mangelfull. De uten diagnose er dermed overlatt til seg selv i sin videre søken etter behandling de oppfatter som avgjørende viktig for deres livskvalitet.

Både WPATH og APA avviser kjønnsidentitetsforstyrrelser som mentale forstyrrelser: fra "disorder til dysfori". WPATH sine standarder impliserer en oppmyking av den strenge differensieringen mellom ulike former for inkongruens mellom kjønn tillagt ved fødsel og egen kjønnsidentitet, samt - og det er spesielt viktig her - påpeker behov for et stort repertoar av helse- og omsorgstilbud for å kunne tilby individuelt tilpasset omsorg til det mangfoldet av behandlingsbehov personer med kjønnsidentitetstematikk har.

En annen type signaler som har kommet fra menneskerettighetsorganisasjoner og fra europeiske så vel som internasjonale menneskerettighetsinstanser, som bl.a. EU Rådets menneskerettiskommisjon, er påpekningen av at tvungen sterilisering i forbindelse med kjønnskonneksjon, eller for å få endret juridisk kjønn, er en praksis som er i strid med menneskerettigheter, med Yogyakarta-prinsippene og med Europakonvensjonen.

# Barn og unge

## Innledning

Vi har valgt barndom og ungdomstid som ett av tre hovedtemaer, og ser spesielt på informantenes fortellinger om hvordan barn og unge med kjønnsidentitetstematikk møtes i utdanningsinstitusjoner og av familien. Som vi var inne på i kapittelet om komme ut-prosesser, kan negative erfaringer fra barndommen av påvirke livskvaliteten til mennesker med kjønnsidentitetstematikk resten av livet. Videre er tema svært viktig fordi barn og unge tilbringer hverdagen i offentlige utdanningsinstitusjoner som barnehage, skole og SFO, og er prisgitt at disse miljøene gir et handlingsrom som er inkluderende, åpent og tolerant. I analysen ser vi også på hvilke handlingsmuligheter og strategier informantene forteller de har brukt for å unngå stigmatisering og diskriminering.

Temaet analyseres ut fra fortellinger om erfaringer fra barndom og ungdomstid som kom frem i fokusgruppesamtalene. Alle informantene forteller at de i barndommen opplevde spørsmål rundt egen kjønnsidentitet, spørsmål som ofte ble skapt ut fra omgivelsenes reaksjoner på deres væremåte og uttrykk relatert til kjønn. Analysen trekker særlig på en fokusgruppesamtale med fem unge voksne i alderen 17-25 år som definerer seg innen transspekteret og/eller har diagnosen transseksualisme. Av de fem informantene ble to plassert i kjønnskategorien gutt ved fødsel og tre ble plassert i kjønnskategorien jente. Til sammen har de viktige erfaringer om hvordan barn og unge med kjønnsidentitetstematikk møtes i utdanningsinstitusjoner, og hvordan dette har påvirket deres livskvalitet.

Det er viktig å skille mellom personer med kjønnstematikk retrospektive fortellinger om barndom, og forståelser av barn med uvanlig kjønnsuttrykk. Med det mener vi at barn med uvanlig kjønnsuttrykk ofte ikke tar med seg kjønnsidentitetstematikk inn i voksen alder (Benestad og Almås 2002). Begreper er vanskelig når det gjelder personer med kjønnsidentitetstematikk generelt, og det er enda mer følsomt å bruke begreper som definerer barn og unge. I dette kapitlet, som i rapporten for øvrig, brukes begrepet kjønnsidentitetstematikk fordi det er et forholdsvis åpent begrep som ikke kategoriserer barn som transperson eller transseksuell. Begrepet gir rom for å vise at barn har en identitet knyttet til kjønn som gjør seg gjeldende for barnet selv, og/eller for omgivelsene.

## En svært sårbar gruppe

Forskning om barn og unge med kjønnsidentitetstematikk viser at gruppen er svært sårbar (Darj og Nathorst-Böös 2008, Larsson m. fl. 2008, Kennedy og Hellen 2010, Grossman and D'Augelli 2006, NCTE 2011). Både skandinavisk og amerikansk forskning viser at unge med kjønnsidentitetstematikk utsettes for diskriminering og krenkende behandling. Usynliggjøring, åpen diskriminering og krenkelse, samt mobbing, trusler om vold, og vold er vanlige erfaringer, og forskningen viser til en høy forekomst av selvmordsforsøk (Darj og Nathorst-Böös 2008, Statens Folkhälsoinstitut 2005:20, Ungdomsstyrelsen 2010:7, Grand et.al 2011, Greytak et.al. 2009, Grossman et.al.2006, Grossman 2005, Sause 2005, NTC 2011). Skolehverdagen beskrives som den mest traumatiske delen av oppveksten. Mange får varige men som følge av omgivelsenes reaksjoner på at de skiller seg ut i kjønnsuttrykk, blant annet i form av posttraumatisk stressyndrom, depresjon, og selvmordsforsøk (NTC 2011 Grossman og D'Augelli 2006).



Svensk forskning viser at barn og ungdom med kjønnsidentitetstematikk er ekstra mottagelige for omgivelsenes reaksjoner, og at de derfor er en spesielt utsatt gruppe som er prisgitt et godt familie-, barnehage- og skolemiljø (Larsson m. fl. 2008). Mangel på forbilder som de kan identifisere seg med pekes på som et problem (op.cit.).

Det er imidlertid ikke bare andres reaksjoner på kjønnsuttrykk som gjør barn og unge med kjønnsidentitetstematikk til en sårbar gruppe. Forskning fra Storbritannia viser at unge personer med kjønnsidentitetstematikk tidlig lærer seg å undertrykke sin kjønnsidentitet, og at dette blant annet kan føre til dårlige skoleprestasjoner, frafall fra skole, selvskading og selvmord (Kennedy og Hellen 2010). Forholdet mellom å være sårbar som usynlig, og sårbar som synlig blir analysert nærmere i dette kapitlet. Dette analysegrepet er sentralt for å forstå hvordan erfaringer i barndommen påvirker livssituasjonen.

### Hovedtrekk ved livssituasjonen til barn og unge

Sentralt i fokusgruppesamtalen med de unge voksne er spørsmål om hvordan de opplevde barndom og ungdomstiden, hvordan de ble møtt i barnehage- og skolemiljø, hvordan de ble møtt av sin egen familie, samt hvordan de har erfart å søke informasjon og hjelp. Materialet bekrefter tidligere forskningsfunn om at barn og unge med kjønnsidentitetstematikk er en svært sårbar gruppe. Samtidig er det viktig å fremheve at det i fortellingene også kommer frem positive erfaringer fra informanter som i noen eller stor grad har fått uttrykke seg som de ønsket og fått god støtte og oppfølging.

Analysen er delt inn i fire tema som er sentrale for å få innsikt i livssituasjonen: tidlige erfaringer med å være annerledes, pubertet og ungdomstid, venner og familie, og informasjon og hjelp.

De fleste informantene forteller at de allerede fra de var små erfarte at måten de ønsket å uttrykke seg på ikke ble akseptert av omgivelsene. Reaksjoner kom fra alle hold; fra foreldre, andre barn, og ansatte i barnehage og skole. Styrken i reaksjonene fra omgivelsene ble avgjørende for om de valgte helt å skjule sin kjønnsidentitet eller om de til en viss grad kunne uttrykke seg ut fra eget ønske. Foreldres støtte og aksept ovenfor barnet ser ut til å påvirke hvor trygge de følte seg til å kunne fremstå som de ønsket utenfor hjemmet. Pubertetstiden opplevdes som en vanskelig tid for samtlige, både på grunn av omgivelsenes forventninger til at de skulle leve opp til tokjønnsmodellen, og fordi vanskelige spørsmål om egen identitet meldte seg med full styrke. De fleste forteller at de opplevde kjønnsrelatert mobbing, og de forteller om ensomhet og en sterk opplevelse av å føle seg annerledes. Handlingsrommet var begrenset. Strategien de fleste valgte var å spille den rollen som tilfredsstilte omgivelsenes forventninger, noe som i størst grad preget handlingsvalget til de som ved fødsel hadde blitt plassert inn i en kjønnskategori som gutt. Informantenes fortellinger om hvordan de ble møtt av familiemedlemmer viser at de fleste i nære relasjoner til informantene hadde problemer med å forholde seg til, og forstå, deres kjønnsidentitetstematikk. Omgivelsenes problemer med å forholde seg til en kjønnsidentitet som avviker fra normer for kjønn, ser ut til å handle mer om uvitenhet enn uvilje. Et annet gjennomgående trekk er at foreldre, og andre i omgivelsene, tolket informantenes annerledeshet til å ha med seksualitet å gjøre, ikke med kjønnsidentitet.

## Tidlige minner om annerledeshet

Det første tema handler om tidlige minner fra hvordan informantene oppdaget at de ikke passet inn i normen som fulgte med kjønn tildelt ved fødsel. Hvilke strategier tok informantene i bruk når de opplevde konflikt mellom egen kjønnsidentitet og andres forventninger? Hvordan håndterte de andres reaksjoner?

I materialet peker særlig to mestringsstrategier seg ut; usynliggjøring og å søke seg til arenaer med større handlingsrom.

Informantene forteller om forskjellige opplevelser fra hvordan det var å bli bevisst på egen kjønnsidentitet. Noen hadde sterke indre opplevelser mens andre husker at noe var "feil" ut fra andres kommentarer og tilbakemeldinger. De fleste opplevde imidlertid begge deler.

En av informantene, født med guttekropp, beskriver det slik:

*"Når jeg var tidlig i barneskolen og så meg selv i speilet med lite klær, så følte jeg at jeg så mer et feminint enn et maskulint uttrykk. Jeg har alltid hatt langt hår og fiklet med forskjellige sveiser og sånt. Så begynte jeg å slite med om ting egentlig var riktig."*

Sitatet er betegnende for hvordan flere informanter erindrer hvordan de tidlig begynte å streve med vanskelige tanker om sin kjønnsidentitet. De fleste oppfattet tidlig i barndommen at måten de opplevde seg selv som kjønn ikke ble akseptert. En slik erfaring ligger implisitt i fortellingene hvor det uttrykkes at egen kjønnsidentitet var "feil" og "uakseptabel" eller ikke "riktig", som i sitatet over. Erfaringene viser at barn tidlig plukker opp normer for hvordan henholdsvis gutter og jenter skal være og se ut.

Læring om sosiale normer kommer gjerne som følge av både implisitte og eksplisitte sanksjoner; fra skuffelsen de ser i morens ansikt når datteren ikke vil ha på seg kjole, reaksjoner fra voksne når gutten kler seg ut i kjole i barnehagen, til medelevers mobbing og bruk av kjønnsrelaterede skjellsord. En informant forteller om tydelig sanksjonering allerede i barnehagen:

*".../det var spesielt en barnehagedame som var veldig oppgitt over at jeg ikke kunne oppføre meg som ei ordentlig jente. .../Så det som ofte ble resultatet .../var at jeg ofte ble det de kalte bøyla, det vil si at du ble satt i tripprapp-stol med bøyla på, selv om du egentlig var for gammel. Også måtte jeg sitte der og tegne og perle, gjøre sånne ting da."*

Sanksjonen i form av "bøyla" kom fordi en barnehageansatt mente at han ikke oppførte seg som "ei ordentlig jente". Utagerende og aggressiv oppførsel ble møtt med ekstra sterke reaksjoner fordi han hadde en jentekropp, og han ble med fysisk makt tvunget til å sitte å perle og tegne. Barnehagen, som skulle skape trygge rammer for barnet, ble en arena hvor han tidlig lærte at hans oppførsel ikke var akseptert ut fra forventningene til ham som jente. Flere husker at de ble møtt med reaksjoner da de brøt med forventninger til kjønn:

*"Jeg ble oppmerksom på at noe var galt på barneskolen, og det var på grunn av kommentarer jeg fikk fra andre. For eksempel at jeg ikke fikk være med hvis jeg ikke hadde på meg jenteklær, for jeg gikk bare slik jeg hadde lyst til. Jeg tenkte da at det var noe som ikke stemte."*

Erfaringene og sanksjonene virket formende for hvilke muligheter den enkelte så til å kunne uttrykke seg slik det ville; det bidro til å begrense barnets handlingsrom. Kennedy og Hellens' studie (2010) viser at de fleste barn med kjønnsidentitetstematikk er usynlige fordi de tidlig lærer at deres selvopplevde kjønnsidentitet ikke aksepteres. Informanten i sitatet over tenkte at "noe ikke stemte", og forteller at hun vendte frustrasjonen innover og bebreidet seg selv for at hun var annerledes. Sanksjoner fra

omgivelsene ved brudd med kjønnsnormer førte til skyldfølelse, ensomhet, og en redsel for avvising, fordi de opplevde at ingen andre var som dem – faktorer som hadde stor innvirkning på livssituasjonen.

Den tydeligste mestringsstrategien i informantenes fortellinger var altså å skjule sin opplevelse av kjønnsidentitet for å unngå å bli utsatt for mobbing og utestenging, en strategi som har en tydelig sammenheng med om man ble plassert i kategori som gutt eller jente ved fødsel. I flere studier kommer det frem at handlingsrommet for hvordan barn kan uttrykke seg er minst for barn født med guttekropp (Grossman m.fl. 2006, Kennedy og Hellen 2010). Kennedy og Hellen fant i sin undersøkelse at blant kroppslige jenter som senere definerte seg innen transspekteret, opplevde 18 prosent at de helt eller delvis kunne uttrykke seg som de ville på barneskolen, mens 45 prosent kunne uttrykke seg som de ville hjemme (op.cit). For kroppslige gutter med kjønnsidentitetstematikk var andelen som kunne uttrykke seg ut fra sin kjønnsidentitet langt lavere; to prosent i skolen, og fire prosent i hjemmet. Den samme tendensen ser vi også i vårt materiale gjennom de forskjellige erfaringene fra kroppslige gutter og jenter. De to som fikk tildelt kjønn som gutt ved fødsel, gikk langt i å skjule sin kjønnsidentitet, og overkompenserte i form av at de selv ble mobbere, eller "tøffe, rampete og slaskete", for selv å unngå å bli mobbet. Å skjule egen identitet beskrives som belastende, i form av å måtte "spille en rolle". Ut fra andres reaksjoner oppfattet de at det ville være alt for risikabelt å fremstå som noe annet enn den gutten omgivelsene forventet de skulle være. Den ene av disse to informantene forteller at han<sup>52</sup> i hemmelighet følte seg som jente og sov i jenteklær fra tidlig i barneskolen, men det var ikke aktuelt å fortelle til noen at han følte seg som jente: *"Jeg har alltid prøvd å være gutt, det er sånn jeg er sosialisert og oppdratt"*, forteller han. I stedet tok han på seg en maske som bråkete og rampete gutt, og husker at det var slitsomt å spille den rollen: *"Jeg ble aldri favorittgutt på skolen, jeg ble han gutten som ble hata mest"*. Den andre informanten født med guttekropp forteller også at hun ble mobbet i oppveksten, og mestret det ved å ta på seg en rolle som tøff gutt som tok igjen overfor de som mobbet henne. Alternativet til å sette seg i respekt var at mobbingen fortsatte. Men det kostet å være tøff:

*".../ jeg måtte hele tiden spille den rollen som egentlig ganske slaskete og komisk. Jeg prøvde aldri å bruke noe uttrykk ut i fra kjønn eller lignende, for jeg så hvor ille alle andre [som skilte seg ut] hadde det."*

To av de tre informantene født med jentekropp forteller at de i ganske stor grad hadde et handlingsrom til å uttrykke seg som de ville: *"Jeg fikk lov til å leke med gutteleker og holde på med gutteting, det har aldri vært noe problem"*. Handlingsrommet besto av flere valg for hvordan de kunne kle og uttrykke seg, for eksempel var treningsklær og joggedress klær de følte seg vel i og som de opplevde at ble tolerert av omgivelsene. Men også de kroppslige jentene måtte passe på ikke å bryte for mye med kjønnsnormene: *"Jeg dempa meg litt, jeg ville egentlig være så maskulin som jeg kan, men la meg på en mer nøytral linje på barne- og ungdomsskolen."* Det var en forhandling i forhold til hva omgivelsene aksepterte; de måtte ikke *"dra det for langt"*, som informanten uttrykker.

Det å være såkalt "guttejente" blir i større grad relatert til noe positivt enn negativt. Begrepet "jentegutt" derimot er ikke et like velkjent uttrykk, og en slik betegnelse vil neppe oppfattes som positivt. Dette sier også noe om kroppslige gutters handlingsrom når det gjelder å uttrykke seg feminint, eller bevege seg over på det som oppfattes som jenteaktiviteter. En selvrapporteringsstudie fra Sør-Trøndelag (2008) viste at 44 prosent av guttene hadde opplevd å bli kalt for "homo" eller lignende det siste året, på eller utenfor skolen (Bendixen og Kennair 2008:14). Å bruke begrepet "homo" som

<sup>52</sup> Denne informanten omtaler vi som "han", fordi han på intervjuetidspunktet fortsatt hadde guttenavn og omtalte seg selv som "han". Han er i gang med utredning og ønsker kjønnsbekreftende behandling for å bli jente.

skjellsord i skolen, handler ikke nødvendigvis om homoseksualitet, men heller om hvordan en er og fremstår som gutt, og er gjerne knyttet til om en gutt oppfattes som "femi" (Røthing og Bang-Svendsen 2009). Mens barn født med guttekropp ofte møter sterke reaksjoner når de bryter med forventede kjønnsuttrykk- og roller, vekker barn født med jentekropp som bryter med kjønnsnormer mindre reaksjoner og sanksjoner fra omgivelsene. Resultatet er at kroppslige gutter med kjønnsidentitetstematikk er mer utsatt for kjønnsrelatert mobbing (Grossman et.al 2006).

En annen mestringsstrategi som kommer frem i materialet var å oppsøke fritidsaktiviteter hvor de hadde mulighet til å uttrykke seg som de ønsket, og som var et fristed fra de begrensende normer for kjønn som møtte dem i skolehverdagen. Å velge fritidsaktivitet ga mulighet til å komme bort fra settinger der de måtte gå for mye på akkord med seg selv i form av å spille en rolle:

*"Jeg ble ertet da jeg var liten fordi jeg var liten, så jentete ut /.../ Men jeg drev med musikk, og det gjorde at jeg kunne heve meg over alle de der sure kommentarene, jeg klarte å heve meg over det og komme meg gjennom det."*

Det å drive med musikk ble en alternativ identitet som kunne avlede den oppmerksomheten denne informanten fikk fordi hun som kroppslig gutt ble sett på som feminin og "jentete". En annen informant forteller at det å drive med idrett representerte en mulighet for å være del av et felleskap: *"Det jeg har skjønnet etterpå er at jeg likte veldig godt at alle hadde samme drakt [i idretten], at alle er like. For det opplevde jeg aldri ellers, at vi hadde et sånt fellesskap."* I en hverdag hvor hun opplevde det som sårt og ensomt å være annerledes, ble idretten et fristed hvor omgivelsene ikke så på henne som "for lite feminin", og en del av hennes identitet ble å være god i idretten – noe hun fikk anerkjennelse for og som minsket omgivelsenes fordømming.

Dataspill blir også beskrevet som et fristed hvor det var mulig å leve ut kjønnsuttrykk, i en digital verden er det ingen som kommenterer eller mobber:

*"/.../ men det var det eneste stedet der kjønnsstatematikk aldri har vært et problem, i online-verdenen. For du lager din egen figur, velger hvordan den skal se ut. Jeg lagde både gutt og jente da. Jeg prøvde alltid å ha disse figurene mest mulig lik meg da, i hårfigur og kroppsform."*

Slike muligheter til å uttrykke seg og være mer i tråd med egen identitet, blir et viktig fristed, dette understrekes ved at online-verdenen var det eneste stedet hun ikke opplevde kjønn som et problem.

Til tross for en tydelig forskjell i omgivelsenes sanksjonering overfor kroppslige gutter og jenter er alle barn med kjønnsidentitetstematikk sårbare. Blant de unge voksne informantene var det en av de født med jentekropp, som ble hardest rammet av mobbing i barndommen. Hans fortelling handler mest om hva andre utsatte ham for, heller enn egen prosess og indre opplevelser relatert til kjønnsidentitet. Skolehverdagen handlet først og fremst om å finne mestringsstrategier i forhold til mobbing og vold. Han karakteriserer mobbingen som kjønnsrelatert, ut fra at medelever reagerte på at han ikke oppførte seg og så ut som forventet. Mobbingen førte til dårligere skoleprestasjoner, og har senere gitt ham psykiske og fysiske skader som han sliter med fortsatt i dag. Hans fortelling er det mest graverende eksempelet på samfunnets intoleranse ovenfor variasjon i kjønnsuttrykk – og at dette kan gi skader også inn i voksen alder. For de som stort sett slapp unna mobbingen var prisen at de måtte skjule sin kjønnsidentitet og spille en rolle, og/eller at de følte seg annerledes og utenfor.

Informantenes fortellinger fra barndommen og opplevelser av å være annerledes, viser en kompleksitet av forskjellige individuelle opplevelser. Samtidig ser vi en del fellestrekk i at så godt som alle opplevde å møte strenge kjønnsnormer og mer eller mindre press for å tilpasse seg en forventet jenterolle eller

gutterolle. Uansett hvilke mestringsstrategier disse barna velger, er de svært sårbare – enten opplever de sanksjoner for den de er, eller de undertrykker egen identitet, noe som også begrenser livskvaliteten og kan føre til psykiske problemer (Kennedy og Hellen 2010). Når barn sitter igjen med et handlingsrepertoar hvor alle valg er belastende og begrensende for dem, sier det noe om hvor sterke de kjønnsregulerende normene i samfunnet virker, og hvor ekskluderende og marginaliserende effekter slike normer har. Bevissthet fra voksne som møter barn er viktig for at vi ikke automatisk skal videreformidle snevre rammer for barns kjønnsutfoldelse.

## Pubertet – ingen nåde lenger

Puberteten ble en periode da alle informantene opplevde at kjønnsidentitetstematikken tilspisset seg. Konformitetspresset ble sterkere, og spørsmål om kjønnsuttrykk og kjønnsroller ble mer påtrengende – både i forhold til omverdenen, og i forhold til en indre prosess hvor den enkelte forsøkte å forstå seg selv og finne en identitet. Et viktig spørsmål i forhold til å finne ut av egen identitet, var forholdet mellom kjønnsidentitet og seksualitet. Som vi også var inne på i kapittelet om komme ut-prosesser, opplever mange en forvirring rundt hva som handler om seksualitet, og hva som handler om kjønnsidentitet. Samtidig var spørsmål om seksualitet noe som preget omverdenens tolkning og forståelse av informantene.

En sterk opplevelse av å ikke passe inn i tokjønnsmodellen er overordnet i de unge voksne informantenes fortellinger fra ungdomstiden. Spesielt kommer det frem at heteronormative forventninger forsterkes i puberteten og fører til et sterkere press til å tilpasse seg forventninger til dem ut fra tildelt kjønn, og dermed et mindre handlingsrom:

*”Det var når jeg møtte puberteten at alt begynte å gå til helvete /.../, da begynte jeg også å bli mobba ganske heftig. Når jeg kom i 5. klasse så var det sånn at jeg tenkte; enten får jeg bli jente, eller så får jeg dø. Da kjøpte jeg rosa klær, rosa genser og trange olabukser. Når jeg kom til klassen fikk jeg stående applaus”.*

Denne informanten opplevde at både medelever og lærere sa til ham at alt ville bli så mye lettere hvis han bare kunne *”se ut og oppføre seg som ei jente”*. En del av historien er at også læreren var med og applaudere da informanten resignerte og stilte opp i rosa genser og trange olabukser. Sanksjonen for å bryte med tokjønnsmodellen og dens implisitte forventninger til oppførsel og utseende er mobbing og ekskludering. Denne informantens erfaring er en av de mest ekstreme når det gjelder direkte og grov sanksjonering. Likevel er erfaringen representativ for de andre informantenes fortellinger; når de kom i pubertet og ungdomstid så de ingen annen løsning enn å tilpasse seg mer, og dermed gå mer på akkord med seg selv og sin kjønnsidentitet. Denne påtvungne strategien medfører konsekvenser, for eksempel psykiske problemer: *”Da puberteten kom ble det sterkere press på å fremstå som jentete, det var desperati for å virke jentete. Det gikk ikke i det hele tatt, og da begynte de psykiske problemene å komme.”*

Et ytre press om å tilpasse seg heteronormen, førte til en svært belastende periode for samtlige av våre informanter. Å spille en rolle ut fra andres forventninger, er det samme som å miste autonomi, de kan ikke selv velge hvem de vil være. En dobbel utsatthet med både ett ytre og indre press, fører til et sterkt minoritetsstress. Det samme kom frem i en svensk intervjustudie med transungdom der samtlige informanter gikk gjennom en periode med psykiske problemer, før de fikk begreper å snakke ut fra, og fikk satt ord på sin kjønnsidentitet (Darj og Nathorst-Böös 2008).

I pubertetsalderen blir det tydeligere forskjeller mellom gutter og jenter, og for to av informantene født med jentekropp var det ikke lenger like lett å få uttrykke seg ut fra eget ønske slik de helt eller delvis hadde gjort gjennom barndommen. Fra å ha hatt et handlingsrom som såkalt "guttejente" i barndommen, meldte spørsmålene rundt egen kjønnsidentitet og følelsen av ikke å passe inn seg sterkt i puberteten:

*"Men når vi kom i 7.klasse og jentene begynte å bli interessert i gutta /.../. Da følte jeg meg veldig utaford fordi jeg ikke passet inn noe sted. Selv om jeg var med gutta, så var jeg likevel annerledes, for jeg var jo jente. Så jeg merka at det var en forskjell der /.../ og syntes det var veldig ubehagelig og tenkte - Hva er det med meg, hva har jeg gjort galt, hvorfor passer ikke jeg inn noe sted? /.../ Jeg følte hele tida at jeg var skyld i noe."*

Det å ikke passe inn, fører til skyldfølelse for informanten. Han forteller at han tenkte veldig mye, og minnes at det var store og vanskelige spørsmål han slet med allerede i begynnelsen av tenårene. Men det var vanskelig å snakke med andre om det. Han hadde ikke ord til å kunne ta det opp, selv om han hadde voksenpersoner rundt seg som han hadde tillit til og stolte på. Dette er en konsekvens av at temaet er usynlig i skolen og samfunnet forøvrig, noe som fører til vanskeligheter med å sette ord på kompliserte spørsmål om egen kjønnsidentitet, selv for de som har et tolerant og godt oppvekstmiljø som informanten i eksempelet over.

Forelskelser og interessen for det motsatte kjønn er en sentral del av ungdomstiden. Heteronormativitet som det selvfølgelig referansepunktet blir ekstra tydelig for de som ikke føler seg tilpass med det. Spørsmål om seksualitet ble også sentralt i hvordan omverdenen tolket og definerte informantene. Manglende tilpasning til forventede kjønnsroller var for mange synonymt med at de ble sett på som homoseksuelle, en vanlig antagelse ungdom med kjønnsidentitetstematikk møter når omgivelsene opplever at de ikke svarer til en forventet gutterolle eller jenterolle (Pardo 2008, Grossmann og D'Augelli 2006). Det at informantene som oftest ble sett som homoseksuelle ser ut til å henge sammen med at homoseksualitet er noe folk kjenner til, og dermed er den rammen de fleste tolker ut fra.

*"Jeg snakket med ei venninne om det da jeg var 16 – hun skulle sminke meg opp og vi skulle prøve det ut – da mente hun veldig bastant at jeg måtte være homofil. Vi hadde jo ikke peiling noen av oss /.../."*

Darj og Nathorst-Böös (2008) påpeker at det ikke er slik at alle med kjønnsidentitetstematikk "alltid har visst" at deres kjønnsidentitet ikke passer med tildelt kjønn. Sentralt her er det å ha synlige forbilder, at det å ha en alternativ kjønnsidentitet enn det tokjønnsmodellen gir rom for, i det hele tatt sees som en mulighet.

Når det gjelder egen prosess i forhold til å forstå henholdsvis egen seksualitet og kjønnsidentitet, er ingen historie lik i forhold til hva som meldte seg først og sist. For noen meldte begge spørsmålene seg samtidig, og det var vanskelig å forstå selv hva som var hva:

*"Jeg hadde ikke noen dyp forståelse av det, så jeg tenke jo at jeg kanskje var en sånn homofil som likte sminke og alt sånt. Men når man ser på kroppen sin og føler at den ikke stemmer helt, føler at klær med en annen passform er mer riktig... så jeg ante ikke"*.

Noen av informantene begynte med å definere seg selv ut fra seksualitet, og sto i første omgang frem som homofile eller lesbiske. Deretter fant de ut at dette ikke var alt, at det også var uklarerheter i forhold til kjønnsidentitet. Andre opplevde det som frustrerende, eller som et feilspor, å bli plassert som homofil eller lesbisk – de visste at det for dem handlet om noe annet.

For mange er det å ha en uklar kjønnsidentitet noe som blir ekstra tydelig når kroppen endrer seg i puberteten. Dette gjelder spesielt for de som sliter med at kroppen endrer seg på en måte som ikke stemmer med egen kjønnsidentitet. Med et slikt utgangspunkt blir seksualitet ekstra utfordrende, noe som blir tydelig i seksuelle relasjoner i ungdomstiden:

*”Problemet med denne lesbiske seksualiteten oppstår når jeg skal begynne å ha sex med damer. For det handler noe om hvordan de oppfatter min kropp. Det var jeg ikke komfortabel med. Jeg forsto ikke min kropp som kvinnelig.”*

*”/.../ men alle kjærester jeg har hatt før, har liksom ikke fått lov til å komme nær meg på intimområda, liksom. Så de har egentlig bare vært fornøyd med at jeg tar meg av dem, liksom.”*

Å ha en kropp som blir begjært på en måte som ikke føles riktig i forhold til kjønnsidentitet, er vanskelig. Informanten i det nederste sitatet satte derfor grenser for hva han ønsket i intime forhold, mens andre erfarte problemet først når de var i en seksuell setting de opplevde som feil og ubehagelig. Men det er viktig å påpeke at det er stor variasjon i opplevelser av seksualitet. Å ha et komplisert forhold til egen kropp, er ikke ensbetydende med manglende evne til å nyte sex. Poenget fremheves også av Gæredal og Orre (2011), som finner at transpersoner ikke nødvendigvis føler avsky for egne kjønnsorganer. Flertallet oppgir at de kan nyte sex med andre, selv om de opplever at kroppen ikke stemmer med kjønnsidentiteten.

En strategi relatert til seksualitet beskrives i å finne alternative miljøer hvor kroppsforståelsen ikke er så stereotyp. To av informantene forteller at de er aktive i organiserte BDSM- og fetisjmiljø, hvor de opplever at det er større takhøyde for måten de oppfatter seg som kjønn. Disse miljøene representerer for dem viktige alternativer til tradisjonelle forståelser av kropp og seksualitet:

*”Sex og transpersoner er veldig tabubelagt /.../. Det er viktig for meg å lage rom hvor det er plass til transkropper, når disse kroppene ikke blir ansett som så pene andre steder. Det er viktig å ha rom hvor transkroppen kan være vakker.”*

Informanten over forteller at i tillegg til BDSM- og fetisjmiljø er miljøer hvor han har mulighet til å leve ut sin seksualitet ut fra tenningsmønstre som passer ham, er det også viktig for ham at dette er et miljø hvor seksuelle partnere ikke har trange rammer for hvilke kropper som defineres som tiltrekkende.

Noen av informantene i 30-årene forteller at de har valgt å leve alene fordi de synes det er vanskelig å involvere seg med en partner når de opplever at kroppen ikke stemmer med kjønnsidentitet. Men et slikt valg handler ikke utelukkende om et komplisert forhold til egen kropp, men også om manglende rom for mindre heteronormative relasjoner, og med rom for ”transkropper”, som informanten i sitatet over poengterer. Noen forteller også at dårlige erfaringer med andres seksuelle forventninger til dem, har ført til at de velger å unngå intime relasjoner.

To informanter forteller at de har gått ut over egne grenser, eller prøvd ut situasjoner relatert til sex som de egentlig ikke ønsket:

*”Jeg har alltid visst at jeg liker kvinner. Men i den desperate pubertetsperioden da jeg skulle være mest mulig kvinnelig, da måtte jeg liksom være sammen med en gutt, da. Jeg hadde vel sex en gang, og da måtte jeg drikke meg sørpenes full for og i det hele tatt komme meg gjennom det.”*

*”/.../ på et eller annet punkt brukte jeg seksualitet som noe veldig destruktivt. Jeg hadde sex med folk jeg egentlig ikke likte eller folk jeg syntes var ekle, for å føle meg som dritt /.../”*

Disse erfaringene viser at det er vanskelig landskap å gå inn i, når de i puberteten og ungdomstid skal finne ut av seg selv, både i forhold til seksualitet og kjønnsidentitet. Men det finnes også variasjon i hvordan dette oppleves; ikke alle opplever seksualitet som komplisert. Like fullt er et tydelig funn i den svenske undersøkelsen at transpersoner har mer behov for informasjon og noen å snakke med når det gjelder seksualitet, og dette gjelder spesielt for transpersoner under 24 år (Gäredal og Orre 2011). Både yngre og eldre informanter poengterer at det er et problem at mange opplever det som tabu å snakke om sex og kjønnsidentitetstematikk. Selv om kjønnsidentitet ikke handler om seksualitet, kan det å bryte med normer for kjønn også føre til at seksualitet blir komplisert, både ut fra opplevelser av egen kropp, og som følge av et heteronormativt samfunn hvor alternative kropper og kjønnsidentiteter har liten plass.

## Familie og venners betydning

En av grunnene til at barn og unge med kjønnsidentitetstematikk beskrives som ekstra sårbare, er at de er prisgitt det oppvekstmiljøet de er i, og de er ekstra mottakelige for omverdenens reaksjoner på hvordan de fremstår (Larsson m.fl. 2008). I denne delen ser vi først og fremst på hvordan informantenes foreldre håndterte sine barns kjønnsidentitetstematikk. Overordnet i fortellingene er foreldre som ikke vet hvordan de skal forholde seg, noe som først og fremst ser ut til å ha med uvitenhet å gjøre. Likevel finner vi stor variasjon, fra moren som var forberedt på at datteren skulle fortelle at hun følte seg som en gutt, til foreldre som overhode ikke vil snakke om temaet med barnet sitt. Informantene forteller hva familiens reaksjoner har hatt å si for deres prosess med seg selv i forhold til å forstå og godta sin kjønnsstilørighet. Kommunikasjon og kunnskap er viktig, og foreldre og familiens støtte er svært viktig for å gi barnet/ungdommen trygghet i møtet med omverdenen.

Noen forteller om situasjoner i barndommen der foreldre har gått på tvers av barnets egne interesser og oppmuntret til kjønnskonforme aktiviteter. Et eksempel er jenta som fikk barbie-dokker og sminkeskrin av familien på bursdagen, selv om hun hadde poengtert at hun absolutt ikke ønsket seg barbie og sminke, men bøker om verdensrommet:

*”Så sa mamma, skal du ikke si takk for gavene da? Jeg vet at dette ikke var det du ønska deg, men alle andre jenter på din alder leker med dokker og eksperimenterer med sminke, så vi tenkte det var på tide at du ble mer som andre jenter.”*

Informanten minnes at denne episoden førte til at hun som 9-åring ikke følte seg akseptert som den hun var av sine nærmeste, at satt igjen med opplevelsen av at hennes egen familie ikke likte henne. Fra de var små husker mange informanter hvordan mødrene kledde dem opp som gutter og jenter, og hvordan de gjorde motstand: *”Men hver gang hun kledde på meg kjole så begynte jeg å grine, for jeg ville ha snekkerbuksa mi”*. En informant opplevde i ungdomstiden at foreldrene ville at han skulle være lesbisk, heller enn å ha en identitet som gutt:

*”Moren min bestemte seg for at enten måtte jeg være lesbisk, eller så måtte jeg være mann, de hadde funnet ut at jeg kledde meg i manneklær når jeg var hjemme alene. Det virket som at de hadde mest lyst til at jeg skulle være lesbisk, så da gikk jeg for den løsningen en stund /.../. Men det funka aldri helt for meg”*.

I eksemplene over forsøker foreldrene å styre barnets interesser, identitet og væremåte. Som vi var inne på kapittelet om komme ut-prosesser er kommunikasjon med omgivelsene avgjørende for å skape en forståelse av hva kjønnsidentiteten handler om. En slik kommunikasjon er fraværende i eksemplene hvor foreldre forsøker å styre barna sine. Barns handlingsvalg i en slik situasjon er som regel å tilpasse seg foreldrenes ønsker, men som informantene over forteller *”det funka aldri helt for meg”*. I en sårbare



barndom og ungdomstid bidrar foreldre i slike tilfeller til å forsterke strategien med å undertrykke og skjule egen identitet, en strategi de fleste informantene valgte. Et kombinert press i skolemiljøet og i hjemmet, går dermed sterkt utover barnets og ungdommens livskvalitet.

Men også foreldre som forsøkte å lytte og forstå, slet med å kunne støtte barnet i forhold til kjønnsidentitet. En informant som er i midten av 20 årene, forteller at hun først nylig har våget å fortelle sine foreldre om sin kjønnsidentitetstematikk. Slik opplevde hun den første samtalen med moren om temaet: *"Så ringte hun meg og var megaklein etterpå. Det virket som hun ringte for å fortelle at hun fortsatt var glad i meg. Men ti minutter med total stillhet fungerer dårlig"*. Moren prøvde å være støttende, men var tydelig satt ut og visste ikke hvordan hun skulle håndtere at sønnen fortalte at hun er kvinne. Videre forteller hun: *"Moren min er den eneste som har spurt hva jeg egentlig heter. Men ellers vil hun ikke snakke om det for det er litt skummelt. Fortsatt bruker hun guttenavn og sier 'sønnen min' veldig ofte"*.

Da denne informanten kom ut til faren sin, opplevde hun at han ikke forsto alvoret i det hun fortalte. Faren var, i følge informanten, redd for hva andre skulle tenke og mene. Derfor reagerte han med å forsøke å finne andre løsninger som kunne få henne bort fra ønsket om å bli kvinne. Han begynte med å fortelle at det er helt vanlig at menn liker å *"kle seg opp [i dameklær] i senga"*, og han lurte på om hun kanskje "bare" var homofil. Et tredje forslag var at hun kunne kle seg penere, som et alternativt "utløp". Farens reaksjon gjorde henne sint og nedtrykt. Likevel kan det spores en flerstemmighet i hvordan hun forsto ham. På den ene siden følte hun at faren verken forsto eller var interessert i å finne ut mer om alvoret i det hun forsøkte å fortelle ham. På den andre siden sier hun: *"Han tenker jo på fremtiden min, han er jo så klart bekymra for meg. Og siden han ikke har noen kunnskap om det i det hele tatt, så visste han ikke helt hvordan han skulle reagere."*

Foreldrene reagerer på den ene siden på en måte som gjør at hun føler at de ikke forstår hvor viktig dette er for henne. På den andre siden ser hun at de prøver. Løsningen blir å gi dem tid, og i mellomtiden fokuserer hun på seg selv og sin egen prosess.

En annen informant forteller at hun har støttende og aksepterende foreldre, men opplever likevel at det er vanskelig å snakke med dem om sin kjønnsidentitet:

*"Jeg har et veldig godt forhold til foreldrene mine også, så jeg snakker mye med dem. Men akkurat dette temaet her kunne de ikke så mye om, og vil ikke si så mye. Det er for eksempel mye lettere å snakke om homofili."*

Hun forteller at faren hjalp henne å stå frem som lesbisk allerede tidlig i tenårene. Hun hadde ikke tenkt å fortelle til noen at hun likte jenter, men faren så det og hjalp henne til å få satt ord på det. Når det kom til kjønnsidentitet er foreldrene mer tilbakeholdne, rett og slett fordi de ikke kjenner til tematikken. Det tok mange år før hun selv forsto mer og tok skrittet for å søke opp informasjon, noe hun skulle ønske hun hadde gjort tidligere, da det hjalp henne i egen prosess med og håndtere og leve ut sin kjønnsidentitet.

En annen informant født med guttekropp forteller: *"Faren min har jeg ikke snakket så mye med om dette, han bare sa 'ja, greit', han ville ikke snakke så mye om det, han er ikke interessert."* Opplevelsen han satt igjen med var at faren ikke var interessert, og løsningen ble ikke å snakke sammen. Igjen er det nærliggende å tenke at hvis faren hadde mer kunnskap om hva kjønnsidentitetstematikk handlet om, ville informanten opplevd mer støtte og forståelse, i stedet for å oppleve at faren "ikke er interessert" i et tema som er svært viktig for informanten.

En informant beskriver seg selv som heldig, han kom ut til moren allerede tidlig i tenårene: *”Men så bare sa jeg det, og mamma ble ikke overrasket i det hele tatt. De [foreldrene] hadde egentlig bare sittet og venta på det.”* Han hadde støtte hjemmefra, og i en alder av 16 år valgte han å stå frem foran klassen sin og fortelle at han skulle bli gutt. Han opplevde at medelever respekterte ham, og som følge av at han valgte full åpenhet ble det ingen baksnakking og spekulasjoner. Han sier selv at prosessen ville blitt en helt annen uten støttende foreldre: *”Jeg er veldig stolt av dem, jeg tror jeg hadde strevd mye hvis jeg ikke hadde hatt dem”.* I informantenes fortellinger hører han dermed til unntaket, da han har blitt møtt med kunnskap, aksept og forståelse i sin prosess.

Hovedregelen er likevel at informantenes foreldre ikke hadde noen form for kjennskap til kjønnsidentitetstematikk, og kunne slik sett i liten grad hjelpe barnet i prosessen. Som vi har sett tolket de gjerne kjønnsidentiteten til å ha med seksualitet å gjøre, og noen foreldre uttrykte til og med at de foretrakk at sønnen eller datteren skulle være homoseksuell fremfor å endre kjønnsuttrykk. *”Med lite veiledning, kan voksne falle tilbake til utdaterte teorier, eller sammenblande trans med homoseksualitet<sup>53</sup>”*, sier Pardo (vår oversettelse, 2008:1). Dette er problematisk fordi de fleste barn og unge ikke har ord for å forklare egen situasjon, og kan ende opp med å forsøke å leve opp til foreldrenes uopplyste tolkninger. Et eksempel er informanten som valgte å være lesbisk, siden han oppfattet at foreldrene foretrakk det fremfor at han skulle endre kjønnsuttrykk. Kennedy og Hellen viser at det går 7,5 år fra det tidspunktet barnet husker at de opplevde å ha en alternativ kjønnsidentitet, til de lære begreper som kunne sette ord på det de opplevde (2010). I mellomtiden følte de ofte at de var den eneste i verden som ikke passet inn som gutt eller jente, siden ingen hjalp dem med å identifisere og håndtere det å ha en kjønnsidentitet som bryter med omgivelsenes forventninger.

Åpenhet og kommunikasjon er kjennetegnende for relasjoner hvor nærmeste familie fungerte som en støtte i informantenes håndtering av, og mulighet for å leve ut sin kjønnsidentitet. Vi mener å se en sammenheng mellom informantenes tillit til at foreldrene ville støtte dem, og hvorvidt de valgte å fortelle. Jo åpnere foreldrene var i forhold til å lytte og skaffe informasjon, og jo mer de mestret å snakke om tematikken, desto mer kunne informantene støtte seg på foreldrene i sin prosess. En slik støtte gjorde dem også mindre sårbare på andre arenaer. Selvfølgelig kan en ha det fint på skolen og vanskelig hjemme, og omvendt, siden det alltid vil være flere faktorer som påvirker situasjonen. I to av informantenes fortellinger synes det likevel å ha vært en viktig faktor at de fikk en trygg ballast med hjemmefra. Trygghet og støtte fra foreldrene bidro til å forebygge minoritetsstress i form av at de ble mindre sårbare og utsatte på arenaer utenfor hjemmet. Begge uttaler selv at de ville ikke klart seg så bra som de gjorde, uten støttende foreldre. Dette er også i tråd med forskning som viser at gode relasjoner til familien gir barnet og ungdommen et bedre utgangspunkt for å takle andres reaksjoner (Pardo 2008, Kennedy og Hellen 2010). En av informantene som ikke hadde noen støtte hjemme, valgte som barn aldri å fortelle foreldrene om egen kjønnsidentitet, en strategi han følger fortsatt i dag som han er i 20-årene.

Når det gjelder venner har de fleste av de unge voksne informantene valgt å oppsøke miljøer med likesinnede, eller miljøer der de opplever stor takhøyde for kjønnsvarians. Noe av grunnen til dette er at det er vanskelig å håndtere reaksjoner de møter fra venner de har hatt i oppveksten, samtidig som de bruker mye krefter på å håndtere egen prosess. En informant som nettopp har fortalt familien står i en situasjon hvor hun lurer på hvordan hun skal få fortalt vennene at hun er jente.

<sup>53</sup> *”With little to guide us, adults may fall back on outdated theories or confuse transgender and gay identities”*

*"Han jeg anser som min beste venn, har jeg egentlig ikke sagt noe spesielt til. Han ser jo at jeg fremstår mer og mer androgyn til vanlig. /.../ jeg føler at de [venner] har sett at jeg har gått fra å spille den rollen jeg hadde før til å være mer den jeg er nå, og jeg føler at de sliter litt med å forholde seg til det til vanlig. Så jeg har egentlig bare dytta dem vekk."*

Flere har mistet venner som ikke takler at de endrer seg, men mange har også opplevd å få nye venner. Kennedy og Hellens finner likevel at venner ofte reagerer mer imøtekommende enn foreldre og familie (2010). Men venner kan en også lettere velge å kutte kontakt med, for så å oppsøke nye miljøer, noe som ser ut til å være en gjennomgående mestringsstrategi for de unge voksne informantene. Gjennomgående er det også at de opplever det som viktig å ha andre å snakke med som opplever de samme utfordringene som dem selv, noe som belyser viktigheten av at slike miljøer eksisterer. I neste del tar vi for oss hvilke erfaringer de unge voksne har med nettopp å søke informasjon og miljøer hvor de kan utveksle erfaringer, få hjelp og veiledning.

## Søken etter informasjon og hjelp

Behov for informasjon og hjelp meldte seg som følge av at få eller ingen i informantenes omgivelser hadde kunnskap om kjønnsidentitetstematikk. Det er ikke et tema i samfunnet, og som vi har vist. Er det noe voksenpersonene som møter barna i oppveksten i liten grad kjenner til. Dermed er det heller ingen som kan identifisere problematikken og hjelpe barnet å sette ord på det de sliter med.

En start i søken som ikke innebærer å måtte involvere andre, er så søke på internett: *"Etter hvert så lurte jeg på hva det var. Så spurte jeg Klara Klok, en nettside, da sa de at jeg var transvestitt. Så begynte jeg å lese litt om hva det var, og nå har jeg lyst til å bytte kjønn"*. Selv om denne informanten definerer seg som transseksuell og ikke transvestitt i dag, så ga svaret fra Klara Klok<sup>54</sup> en pekepinn på hvor han kunne søke opp videre informasjon. For mange barn og unge finnes det imidlertid ikke ord for det de opplever. Da kan de lett gå seg vill på internett med mindre de tar kontakte med fagpersoner på seriøse nettsider. Uten riktige begreper å søke ut fra, kan internett som informasjonskilde gi mindre gode opplevelser:

*"Så begynte jeg å søke på internett, og hvis man søker der så kommer ordet shemale opp. Jeg satt egentlig bare og ble mer og mer kvalm, og følte ikke at det var riktig i det hele tatt. Alt var veldig degraderende og veldig negativt. Jeg hadde ingen å prate med det her om, så jeg forble i skapet."*

Denne informanten var i tenårene og var på søken etter å forstå og finne ut om flere opplevde seg selv slik hun gjorde. Det å ikke kjenne begreper knyttet til egen situasjon, og derfor bruke andre søkeord på nettet, kan føre til at det kommer opp seksualisert og pornifisert informasjon og bilder. For hun som fikk opp bilder av "shemale"<sup>55</sup> var dette en vond opplevelse. Det var også den eneste strategien hun hadde på dette tidspunktet i søken etter å forstå egen kjønnsstilling, siden hun ikke torde å snakke direkte med noen om teamet.

<sup>54</sup> Spørresiden (nettside med adresse/link?) "Klara Klok" har ungdom og unge voksne i aldersgruppen 10 - 30 som hovedmålgruppe. Hensikten med tjenesten er å gi god informasjon og veiledning om temaene helse, forhold og familie, rusmidler og seksualitet uavhengig av kjønn, alder, bosted, etnisk tilhørighet og funksjonsnivå. Tjenesten finansieres av Helsedirektoratet og Nordland fylkeskommune

<sup>55</sup> "Shemale" er et begrep som hovedsaklig brukes for å beskrive prostituerte transkvinner med mannlige genitalier og kvinnelige bryster.

På skolen var ikke kjønnsidentitet et tema i undervisningen, men to informanter kan huske at transseksualitet ble nevnt i naturfagboken, formidlet som at noen mennesker er "født med feil kropp og at det er veldig traumatisk for de det gjelder". Begge hadde opplevelsen av at en slik beskrivelse ikke stemte helt for dem. Ei kan også huske at det på videregående skole ble opprettet en anonym gruppe for homofile elever. Hun husker at hun skulle ønske det hadde vært et tilsvarende tilbud for henne: *"Det var en elev og lærer som startet et anonymt tilbud til alle som var homofile. Jeg skulle gjerne hatt tilbudet, men det var ikke der for en som var kjønnsforvirra på noen måte."* Flere forteller at de skulle ønske at det var et tilbud i oppveksten for de med kjønnsidentitetstematikk. Det hadde vært mye lettere om ordene for å beskrive det de opplevde var der tidligere. Og til tross for at forbildene finnes i større grad i dag enn tidligere, forteller også de unge voksne at de savnet synlige forbilder i oppveksten som de kunne kjenne seg igjen i. Alle opplevde at de i større eller mindre grad gikk alene med vanskelige opplevelser og spørsmål relatert til egen kjønnsidentitetstematikk i barndommen.

Når de først skjønner at andre har samme erfaringer, og at det finnes begrep for å beskrive situasjonen, blir det også lettere å stå frem og uttrykke sin kjønnsidentitet (op.cit.). Darj og Nathorst-Böös understreker at andres erfaringer er viktige for å forstå seg selv: *"Utan synliga förebilder och sammanhang där man kan träffa andra blir det svårt att utveckla den egna identiteten"* (2008:16). Det at de etter hvert fikk begreper å snakke ut, førte til at flere søkte informasjon hos interesseorganisasjoner. En av de unge voksne informantene føler seg både som kvinne og mann, og for henne ble det utslagsgivende å lese om kjønnsidentitetstematikk på landsforeningen for homofile og lesbiske (LLH) sine nettsider. Der leste hun for første gang om begrepet transperson, og at ikke alle mennesker finner seg til rette i en av kjønnskategoriene: *"Men etter hvert fikk jeg somla meg inn på LLH sine sider, og så definisjonen av transperson der, som jeg syntes var midt i blinken. Der følte jeg at det var rom for meg og"*. Hun sier at hun ikke hadde kommet på den tanken selv, at hun ikke måtte velge mellom kjønnskategoriene kvinne og mann. Denne informanten kjenner ikke behov for kjønnsbekreftende behandling, men det ble en lettelse at noen andre satte ord på hennes opplevelse av egen kjønnsidentitet.

Pasient- og brukerorganisasjonen for personer med diagnosen transseksualisme, HBRS, har en informativ nettside som to informanter forteller at de leste med interesse. De tok deretter kontakt med spørsmål de hadde i forhold til egen identitet og hvordan de skulle gå frem for å få hjelp og eventuell behandling:

*"Jeg sendte en e-post til HBRS for ca tre år siden. Jeg hadde lest hele sida dems opp og ned, og skjønt at jeg måtte gå via riksen for å få noe hjelp. Det var det jeg trodde da. Jeg fikk et ganske lunkent kort svar, fordi jeg ikke var 100 prosent sikker. Det var egentlig bare et tilbakeslag."*

*"Da jeg var cirka 15 prøvde jeg å ta kontakt med HBRS, det var ikke så veldig hyggelig. Beskjeden var at man skulle være helt sikker – mens jeg var egentlig mest sliten."*

De forteller at svaret de fikk fra HBRS var kort og åpnet ikke for videre veiledning og råd slik de hadde håpet på. Dette henger sammen med at HBRS har en avgrenset målgruppe: de som har fått eller søker diagnosen transseksualisme. For å søke diagnosen ble de anbefalt å være helt sikker på at de ville gå gjennom kjønnsbekreftende behandling, og en slik sikkerhet beskrives gjerne ut fra en opplevelse av å være "født i feil kropp". Flere enn de som anses som aktuelle for diagnosene F64.0 og F64.2 føler seg hjemme i mye av det som står på HBRS sine nettsider. Når de ikke falt inn under HBRS' målgruppe, opplevde de det som vanskelig å finne andre steder de kunne få god faglig veiledning med tanke på muligheter for veiledning og behandling.

Selv om HBRS, FTPN og transpolitiske utvalg i LLH og Skeiv ungdom løftes frem som viktige, uttrykkes det også et behov for en overordnet organisasjon for mennesker med kjønnsidentitetstematikk: *”Jeg savner veldig, veldig mye et litt mer åpent og større transnettverk, med forskjellig alder og forskjellig kjønn og alle mulige mellomposisjoner. Hvor man kan diskutere ting.”*

Når det gjelder spørsmål om interesseorganisasjoner sier en at det er ”slitsomt” at det er så polarisert i det norske miljøet; mellom de med diagnosen transseksualisme som gjerne er organisert i HBRS, og transpersoner som er organisert i FTPN, eller transpolitisk utvalg i LLH og Skeiv Ungdom. For mange, deriblant de som har liten støtte hos familien, er det å delta i organisasjoner hvor de treffer andre i samme situasjon svært viktig. For en av informantene var det å oppsøke andre med lignende erfaringer en viktig mestringsstrategi i prosessen, men han opplevde valgmulighetene som få i Norge: *”Etter hvert flyttet jeg utenlands for å finne et større miljø – noe som ikke består av for og imot Riksen.”*

”Riksen” henviser til Sft ved Rikshospitalet, og aspekter rundt behandlingstilbudet og diagnostiseringsprosesser som ble beskrevet i helsekapittelet. Behovet for en overordnet åpen og inkluderende organisasjon for alle med kjønnsidentitetstematikk, henger også sammen med et ønske om synlighet og anerkjennelse av hele spekteret av mennesker med kjønnsidentitetstematikk. Det at interesseorganisasjonene slik de er i dag oppleves som polariserte, føles belastende for flere av informantene. I stedet for å måtte ta stilling til en pågående debatt knyttet til begreper, behandlingstilbud og det mange opplever som en hierarkisering av mennesker med kjønnsidentitetstematikk, skulle de ønske det fantes et mer nøytralt rom for å diskutere og utveksle erfaringer, og hvor de kunne få oversiktlig informasjon om ulike alternativer knyttet til behandlingstilbud og håndtering av kjønnsidentitetstematikk for øvrig.

## Oppsummering

Som vi løftet frem innledningsvis, bekrefter dette kapittelet tidligere forskning som viser at barn og unge med kjønnsidentitetstematikk er svært sårbare. Forventninger om å være jente eller gutt på ”riktig” måte som barna møter fra foreldre og omgivelsene er slitsomt å leve opp til. Barndom og især ungdomstid blir en balansegang mellom å uttrykke seg som de ønsker på den ene siden, og tilpasse seg forventningene som følger med tildelt kjønn på den andre. Hvordan disse barna har blitt møtt i sitt sosiale nettverk og av omgivelsene kan være avgjørende for psykisk helse, livssituasjon og levekår. Valg av mestringsstrategi henger sammen med hva de møter av aksept eller sanksjoner fra omgivelsene. Reaksjonene de møter kan være utilsiktet eller åpenlyst krenkende. Til sammen bidrar alt dette til internalisert skam, skyldfølelse og ensomhet, noe alle informantene har opplevd i større eller mindre grad.

Kapittelet om komme-ut prosesser tok for seg generasjonsforskjeller, og viste at den yngre generasjonen har større tilgang på informasjon, forbilder, hjelp og rådgivning enn det de eldre informantene opplevde å ha da de vokste opp. Det at det finnes flere muligheter betyr imidlertid ikke at barn og unge som sliter med kjønnsidentitetsspørsmål i dag blir ivaretatt. Barn som ikke har begreper og ikke kan sette ord på sin kjønnsidentitet, trenger voksne som ser dem og gir dem handlingsrom til å være som de ønsker, og som også kan fange opp de som etter hvert trenger spesiell oppfølging og utredning i forhold til kjønnsbekreftende behandling. I praksis er det svært langt fra en situasjon hvor ansatte i barnehage, skole og helsevesen ser og hjelper disse barna i en fase hvor de selv ikke har begreper og forståelser til å sette ord på sin egen situasjon. Kompetanse om kjønnsidentitetstematikk er noe alle informantene opplevde som helt fraværende i barnehage, skole og andre offentlige

institusjoner de var i kontakt med i oppveksten. Om disse ungdommene ikke forventer å møte noen som kan noe om kjønnsidentitet, så betyr det at de gjerne unngår å søke hjelp/informasjon. Det igjen kan føre til dårligere psykisk helse, noe også tidligere studier viser (Darj og Nathorst-Böös 2008, Kennedy og Hellen 2010).

Når det gjelder handlingsrom og mestringsstrategier ser vi en tendens til at det er forskjell i fortellingene til de som vokste opp som kroppslige jenter, og de som vokste opp som kroppslige gutter.

Handlingsrommet for kroppslige gutter synes trangere i en kultur hvor det er akseptert at jenter beveger seg over i maskuline uttrykksformer og aktiviteter, mens det i mindre grad aksepteres at kroppslige gutter beveger seg over i feminine uttrykk og aktiviteter. Dette bildet bekreftes av annen forskning, hvor det også går frem at kroppslige gutter med kjønnsidentitetstematikk oftere utsettes for mobbing og vold i oppveksten (Grossman et.al 2006, Kennedy og Hellen 2010). Blant de unge voksne informantene i vårt utvalg, forteller de to som var født kroppslige gutter at de valgte å spille en rolle som tøff gutt, for selv å unngå å bli mobbet. De opplevde det som belastende å spille den rollen. Flere lærte seg tidlig å undertrykke spørsmål rundt egen kjønnsidentitet. Dette er en strategi som gir dem beskyttelse for omgivelsenes sanksjoner og reaksjoner, men de betaler også en pris i form av dårligere livskvalitet. Det kan også føre til at de presterer dårligere på skolen, og fungerer dårligere på andre områder. Flere forteller imidlertid at fritidsinteresser kan gi handlingsrom til å leve mer i tråd med egen kjønnsidentitet.

Konformitetspresset blir sterkere i tenårene. Minoritetsstresset øker som følge av en forsterket følelse av ikke å passe inn. Dette henger blant annet sammen med at de opplever et større krav fra omgivelsene til å fremstå som kvinnelig eller mannlig. Heteronormen blir sterkere, og mange sliter også med spørsmål om seksualitet i en skolehverdag hvor det å ikke passe inn i heteronormen ofte kan bli et grunnlag for mobbing og utestenging. Spørsmål om seksualitet er ekstra vanskelig for mange unge med kjønnsidentitetstematikk. For det første opplever de fleste at omverdenen ser og forstår dem som homoseksuelle, både i familien og nettverk for øvrig. Hvordan en kjenner at en passer i sin egen kropp, påvirker for mange også opplevelsen av sex. En undersøkelse fra Sverige viser at unge med kjønnsidentitetstematikk er de som har aller størst behov for mer informasjon knyttet til sex, seksualitet og seksuell helse (Gäredal og Orre 2011). Kompleksiteten de opplever i forhold til seksualitet, gjør dem også sårbare i utprøving av egen seksualitet. Det kan føre til at ønske om bekreftelse gjennom sex med andre kan gå utover egen grensesetting eller egne ønsker.

Erfaringer fra søken etter informasjon, veiledning og hjelp i ungdomstiden, speiler igjen et samfunn hvor det finnes lite informasjon om tematikken. Å ikke ha begreper å søke ut i fra på nettet, kan gi negative erfaringer med seksualisert og til og med pronografisk informasjon og bilder. Å oppsøke miljøer med andre som har lignende erfaringer beskrives som viktig, men det uttrykkes et ønske om en mer overordnet og inkluderende organisasjon eller nettverk for personer med kjønnsidentitetstematikk. Et slikt behov henger blant annet sammen med det flere opplever som en polarisering mellom ulike interesseorganisasjoner i Norge.

# Alskens folk

---

## Del III Begrepsavklaring, oppsummering og anbefalinger

”Categories may recognise you, even if you do not recognize the category.”

Browne & Bakshi: 2011:63

### Begrepsavklaringer

En del av oppdraget gikk ut på å finne frem til et mer nyansert begrepsapparat, og innledningsvis i rapporten spesifiserte vi målsettingen om et nyansert begrepsapparat til: ”å finne frem til inkluderende, spesifiserende og politisk håndterbare betegnelser og begrep”.

### Inkluderende – det som er felles

*Inkluderende* betegnelser har som siktemål å favne alle som erfarer/har erfart dissonans eller inkongruens mellom tillagt kjønn ved fødsel og selvopplevd og selvdefinert kjønn; det vi omtaler som ”kjønnsidentitetstematikk eller – problematikk”. Når vi bruker ”tematikk” oftere enn ”problematikk” er det for å dempe oppfatninger av at det bare er problemfylt – det er mange utfordringer, men og gleder, og talenter knyttet til ikke å være bundet opp i en tokjønnsmodell. I det engelske språket, og i land med andre språk, utgjør betegnelsen transgender, eller trans(\*) ofte en slik inkluderende betegnelse. Den norske oversettelsen vil være ”transkjønnet”, transperson eller forkortet ”trans”, eller ”trans\*”, hvor stjerne (som er et trunkeringstegn) brukes for å uttrykke mange mulige sammensetninger med trans: transseksuell, transgender, transvestitt, transvariant mm. Transseksuell brukes i de aller fleste land og forskningssammenhenger om personer med diagnose transseksualisme. Det har vi gjort i rapporten også. Vi har valgt å bruke transperson / personer i trans-spektret som inkluderende terminologi i rapporten, vel vitende at den ikke aksepteres av alle medlemmene i pasientforeningen HBRS. De er ikke målgruppe i prosjektet, men vi har inkludert flere kjønnsopererte kvinner og menn og kjønnskorreksjonspasienter blant informantene, og deres erfaringer og har vært verdifulle bidrag i prosjektet. Disse betegner seg for øvrig som transperson, trans kvinne eller trans mann; deres selvdefinisjon er ofte politisk begrunnet. Der vi eksplisitt henviser til HBRS sine medlemmer bruker vi de betegnelser de ber å bli omtalt som.

Vel så viktig som å finne frem til inkluderende begrep, er det å få frem forskjeller og eventuelle interessekonflikter og motsetningene, og få illustrert de politiske implikasjonene disse forskjeller innebærer; det vil si å få frem at det er et mangfold av ulike behov og ulike interesser myndighetene blir stilt overfor når transrelatert politikk er på dagsorden. Det som er felles for målgruppene er, som nevnt i

innledningen, kjønnsidentitetstematikken: ulike former for og grader av manglende samsvar mellom kjønn tillagt ved fødsel og selverfart kjønnsidentitet. Utover det er forskjellene mer avgjørende.

### Spesifiserende – det som skiller

*Spesifiserende* betegnelser tar sikte på å finne frem til en terminologi som får frem forskjeller i feltet. Slike spesifiseringer skal anskueliggjøre mangfoldet i livssituasjoner, livskvalitet og i handlingsrepertoar. Spesifiseringen er ment å uttrykke omfanget av og bredden og variasjon i interesser og behov blant personer med kjønnsidentitetstematikk (som eksempelvis kjønnskorreksjonspasienter) og anskueliggjøre nødvendigheten av fleksible og varierte politikktutforminger.

Én type spesifiseringskriterier vi har brukt for å få presentert ulike behov og interesser er å gruppere individene i spektret langs dimensjonen for *handlingsvalg*. Hvor befinner transpersoner seg med tanke på hva hun/han/hen/ze kan gjøre eller ønsker å gjøre i forhold til tematikken? Mange beskriver sine handlingsvalg når det gjelder sin kjønnsidentitet som en prosess, en vei mot stadig mer fullstendig kjønnsjustering. Når informanten sier: *”Jeg går ikke videre ... nå. Men hva jeg vil siden, vet jeg jo ikke”*, hører vi at vedkommende holder muligheten for å gå videre i prosessen åpen. For noen, de som omtaler seg selv som transvestitt, er det å uttrykke seg i et annet kjønn en ”tur” de tar av og til, ved anledning, men de drar tilbake dit de kom fra, til det kjønnsuttrykk som samsvarer med kjønnsstegn på kroppen, som de stort sett føler seg bekvem med og i.

Pirelli Benestad bruker gjerne tog-metaforen når hen forklarer kjønnsidentitetstematikk og handlingsvalg. Denne metaforen uttrykker at en aldri helt kan komme i ”mål”<sup>56</sup> som et annet kjønn, og det angir at det også finnes valg som utfordrer tokjønnsmodellen. Om vi forestiller oss at et menneske som er kroppslig gutt og ønsker å bli jente, foretar kjønnskoverteringsreisen fra Oslo med endemål Trondheim, vil hun aldri komme lenger enn til Heimdal. På samme måte vil den som er kroppslig kvinne og ønsker en kjønnskovertering til mann, ta toget fra Trondheim i retning Oslo. Dette ”kjønnsidentitetstoget” stopper på Lillestrøm. En blir aldri helt ”det annet kjønn”, sier Benestad. Men ens kjønnsidentitet er klar nok; den kan være entydig kvinne eller mann, eller både og, eller ingen av delene, eller varierende. Eller det som også skjer, sier Benestad, er at en ungdom med kjønnsidentitetstematikk går av på Lillehammer og finner ut at hun/han/hen slett ikke vil til Trondheim eller tilbake til Oslo, men heller drar til Bergen: de finner en tredje i kjønnsreise<sup>57</sup>. Det hender også, først og fremst blant barn og unge, at kjønnsidentitetstematikken ”løser seg opp” og blir til en annen tematikk, for eksempel et spørsmål om seksuell orientering.

I figuren i innledningskapitlet presenterte vi to hovedkategorier ut i fra forskjeller i handlingsvalg for de med og uten diagnose: transseksuelle og transpersoner. Begrunnelse for å dele inn slik er å anskueliggjøre at de på mange områder har svært ulike interesser og muligheter. Personer i behandling for kjønnskovertering kan ha behov for kortere ventetid til ulike operasjoner; større kirurgisk ferdighet, bedre informasjon om hormonpreparaters bivirkninger, eller utprøving av organiske hormoner, for å nevne noen av behov vi har hørt uttalt. Mange transpersoner ytrer behov for en type identitetspapirer som samsvarer med deres kjønnsuttrykk. De som lever med avvik mellom kjønnsuttrykk og kjønnsmarkeringen i personnummeret, og som vises på førerkort, bankkort, i passet, på vitnemål, med mer, er en åpenbar interesse å få fjernet kjønnsstegn fra personnummeret, få vedtatt ”selvbestemt

<sup>56</sup> Da snakker vi om kroppslige endringer, de biologiske parametre vil alltid være der, og kjønnsopererte vil for eksempel trenge hormonbehandling livet ut.

<sup>57</sup> Samtale med Esben Esther Pirelli Benestad ifm forskningsprosjektet, mai 2012



kjønn” som Argentina innførte 1. juli 2012<sup>58</sup>, eller komme frem til andre juridiske løsninger, som eksempelvis å få utstedt et såkalt kjønnsidentitetssertifikat som Storbritannia<sup>59</sup> og Tyskland<sup>60</sup> har innført.

Formålet med å skille mellom transpersoner og transseksuelle har altså ikke vært å bygge opp under hierarkier og konflikter i miljøet, men å illustrere at ulik transstatus impliserer ulike tiltak og politikktutforming ved myndighetene.

### ”Forstyrret” og ”forstyrrende”

Personer med kjønnsidentitetstematikk må forholde seg til kjønn som identifiserende prinsipp. Noen velger å holde seg til tokjønnsmodellen, og andre velger å overskride kjønnsgrenser, avvise kjønnskategoriene eller betrakte kjønn som et kontinuum der de selv befinner seg på ulike steder til ulike tider, de kan sprengte grensene for kjønn, og være utenfor kjønn. De som ønsker å tilpasse sitt kjønnsuttrykk til en kategori innenfor tokjønnsmodellen, og følge tilsvarende kjønnsroller og normer, kan bli mer eller mindre usynlige; dvs. de ”passerer”. De som velger å bryte med tokjønnsmodellen skaper det Pirelli Benestad har kalt ”støy i synsfeltet”<sup>61</sup>; og det jeg kaller at de ”forstyrrer” ved at de utfordrer den såkalte ”normaliteten” og tokjønnsmodellen.

Handlingsvalgene har sin pris: De som søker og får diagnosen har blitt patologisert, de er ”pasienter” i egne og/eller andres bevissthet. Diagnosen F64.0 inngår i ICDs kategori for ”adferds- og personlighetsforstyrrelser”. ”Fordeler” med diagnosen er utløser rettigheter til ulike typer behandling og til nytt juridisk kjønn og nytt personnummer (om en følger kravet om sterilisering); de har beskyttelse mot diskriminering på grunnlag av kjønn. ”Ulempen” er at personen må leve med en mental helse diagnose: et slags stempel som (kjønnsidentitets-)”forstyrret”.

De som velger seg bort fra tokjønnsmodellen, bryter med kulturens kjønnsnormativitet, oppfattes som ”forstyrrende”. Disse personer har få eller ingen rettigheter, hverken til behandling eller til beskyttelse mot diskriminering.<sup>62</sup> De blir definert som ”andre”, ”forstyrrende”, og faller utenfor diskrimineringsvern. De er synlige, men rettsløse når det gjelder sin kjønnsidentitetstematikk. Det er bare Sverige i Vest-Europa som i sin lov om diskriminering (fra 2008) har inkludert kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk sammen med de andre diskrimineringsgrunner. (Agius & Tobler 2012:68)

De valg som individer med kjønnsidentitetstematikk gjør, og/eller *kan* gjøre, utkrystalliserer seg i interesser og behov, og krav til myndighetene. Hvilke tiltak er, sett fra ulike trans-ståsteder, nødvendige for sikre transpersoner autonomi, anstendighet, rettferdighet og likestilling. Hvilke grep må gjøres for at transpersoner vises respekt i møte med diverse samfunnsinstitusjoner, og der behov som følger av

<sup>58</sup> Argentinas nasjonalforsamling vedtok at fra juli 2012 har alle over 18 år fri og ubetinget adgang til å bringe sitt offisielle kjønn i samsvar med sin kjønnsidentitet. I tillegg blir omkostninger ved kjønnsjusterende behandling refundert av staten.

<sup>59</sup> Gender Identity Certificate Legislation 2004, det betinger medisinsk diagnose og godkjenning av et panel

<sup>60</sup> En såkalt Ersatsausweis eller Ergänzungsausweis som utstedes av det tyske selskapet for transidentitet og interseksualitet (dgti). Betinget at personen kan bevise at de undergår hormonell behandling, eller har fått diagnosen transseksualisme

<sup>61</sup> Uttrykket ble brukt av en informant med henvisning til E.E.P.Benestad.

<sup>62</sup> Eksempler på ’best praksis’ når det gjelder antidiskrimineringslovgivning og lovgivning for å anerkjenne transidentitet er få. “the legal and social situation for most trans people living in Europe remains very difficult” (Commissioner for Human Rights 2009 i Agius & Tobler 2012:68)

deres kjønnsidentitetstematikk ivaretas? Tilrettelegging gjelder sosiale, økonomiske, juridiske og politiske forhold. Det bringer oss til tredje delmål: finne frem til politisk håndterbare begrep.

### Politisk håndterbarhet

*Begrep som er politisk håndterbare* betegner begrep og uttrykk som kommuniserer i forholdet mellom staten/myndighetene og borgere med kjønnsidentitetstematikk. Og angir begrep som muliggjør kommunikasjon mellom ulike målgrupper i kjønnsidentitetstematikksspektret.

Hensiktsmessige politiske begrep gjør at krav og ønsker fra de ulike målgruppene høres, forstås, og oppfattes som legitime krav av det politiske-administrative system. Jo tydeligere og mer tilgjengelige begrepene er, desto større er muligheten for politisk effektivitet: det vil si at de bidrar til hensiktsmessige politiske problemformuleringer, etablering av praktiske politiske tiltak, og realiserbare implementeringer.

Politisk effektivitet stiller krav til begrepsbruk, men også til politisk *organisering*. Begreps- og definisjonsstridigheter kjennetegner kommunikasjon mellom grupper og organisasjoner i kjønnsidentitetstematikksspektret; det er kamp om virkeligheter og om fortolkninger, og kampen gjenspeiler reelle interesseforskjeller. I siste instans er det kamp om politiske prioriteringer og ressurser. I de norske miljøene, på individuelle blogger og på norske og internasjonale Transgender nettsider møter vi begrepsdiskusjoner og krasse meningsutvekslinger, og endog personangrep. Vi har sammenfattet debattinnleggene i tre-fire hoveddiskurser: hierarkisering, ekskludering og fornektelse og historisering. Felles for disse er at de gir uttrykk for lite solidaritet, manglende toleranse, i blant også manglende respekt og empati for (hver-)andres utfordringer og interesser. Diskursene kan ses i sammenheng med posisjoner i kjønnsidentitetstematikksspektret. Hoveddiskursene er følgende:

*Hierarkisering* av transposisjoner: "Jeg har det mer vondt enn deg", eller: "Jeg er mer trans enn deg; du bare 'leker'" (ytret til en transvestitt). "Too often certain groups of trans people have tried to force their own forms of erasure onto people they do not consider to be 'real' trans people /.../" Natascha Kennedy i nettdebatt, 24 april 2012 15:50 eller som en ung informant har observert: "I guiden dems [ sic, henvisning til HBRS] står det eksplisitt at transeksuelle er vanlige menn og kvinner som er født i feil kropp, ikke sånne menn i kjoler som vakler rundt på høye hæler."

*Ekskludering* av personer med andre valg når det gjelder deres kjønnsidentitetstematikk: "Du får ikke være mer i våres gård, for jeg er ikke venn med deg". Dette er ofte en videreføring av hierarkisering ved at grupper som velger/har mulighet for å velge kjønnskonvertering, ekskluderer de som velger å bryte kjønnskategoriene.

*Fornektelse*: "Trans, jeg?! Jeg er da kvinne!" En slik reaksjon kjennetegner de blant kjønnsopererte personer som har valgt å fortie sin fortid med kjønnsidentitetstematikk. Den forekommer blant kjønnsopererte kvinner og menn som passerer fullt og helt som den kvinne /mann de er. Nært opp til en slik fornektelse ligger en fjerde type talemåter vi har observert: *Historisering*: Tidligere kjønnskorreksjonspasienter kan også velge å legge sin historie med kjønnsidentitetstematikk og sine transrelaterte handlingsvalg bak seg, ikke ved å fornekte eller skjule sin fortid, men de er svært nøye med hvem de velger å innvie i sin bakgrunn og sine livsvalg.

Dette betyr ikke at ikke mange kjønnsopererte kvinner og menn er synlige, og aktive organisatorisk og/eller politisk i pasientorganisasjonen og/eller i andre transorienterte organisasjoner eller grupper

med målsettinger om å arbeide for bedre betingelser for medlemmer i pasientgruppen og/eller andre i trans-spektret. Mange av dem som selv har gått veien, og eventuelt omveier, til kjønnskonvertering eller kroppsjustering, vil hjelpe andre i tilsvarende situasjoner.

I tillegg til interesseforskjeller mellom pasientforeningen for kjønnsopererte kvinner og menn og aktive transpersoner, ser vi generasjonsforskjeller innenfor og mellom ovennevnte grupper, både i oppfatninger av hva transtematikk er, hva som er sentrale tema, og hva det (kan) bety(r) av politiske interesser. Transpolitisk utvalg i LLH og transpolitisk utvalg i Skeiv ungdom har friske meningsutvekslinger om politiske prioriteter og retninger. Konfliktlinjer går på kryss og tvers. Den politiske "favnen" til LHH, og fellesskap innenfor LHBT bidrar med egne utfordringer bl.a. for å få nok plass og gjøre seg synlige og bli hørt.

Når det gjelder interesseorganisasjoner på feltet observerer vi en polarisering, med på den ene siden HBRS, pasientforeningen, som representerer personer med diagnosen transseksualisme og de som har vært/er til utredning eller behandling ved SFT, FTPN, organisasjonen for transpersoner som har eksistert i mange år med mange medlemmer i transspektret, og på den andre siden transpolitiske utvalg i LLH og i Skeiv Ungdom. Flere personer i transspektret opplever denne polariseringen mellom kjønnsopererte kvinner og menn og de som bryter med den normative tokjønnsmodellen som belastende; det medfører debatter om begreper, virkelighetsoppfatninger, behandlingstilbud og politiske prioriteringer. Mange opplever også at det foregår hierarkisering mellom ulike personer og grupper i spektret av de med kjønnsidentitetstematikk. Det savnes et mer «nøytralt» og inkluderende rom der en kan utveksle erfaringer, få oversiktlig informasjon om ulike alternativer knyttet til mulige måter å håndtere forhold knyttet til kjønnsidentitetstematikk, behandlingsmuligheter.

## Oppsummeringer og anbefalinger

*”Mamma, var du også gutt da du var liten?”<sup>63</sup>*

Denne rapporten er presentasjonen av den første forskningsinnsatsen om levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk i Norge. Den gir et første innblikk i hvordan Norge som stat og som samfunn forholder seg til denne sårbare minoriteten, til personer som skiller seg fra flertallet på ett sentralt punkt: kjønn og kjønnsidentitet, kjønnsrepresentasjon og kjønnsuttrykk. Målet har vært å få innblikk i informanters hverdags erfaringer på ulike arena; partnerforhold, familien og arbeid eller/og skolesituasjon, i møte med samfunnsinstitusjoner og i det offentlige rom. Videre har vi ønsket å få innsikt i målgruppenes handlingsrepertoar; hvordan de forvalter, og hvilke muligheter de oppnår, for å forvalte sine livsbetingelser og forfølge sine livsprosjekt, i møte med bl.a. regler og normer?

Når vi skal oppsummere hovedfunn hva gjelder livsvilkår, livsbetingelser og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk må vi igjen minne om at de som utgjør informanter i prosjektet ikke kan regnes å være representative for hele spektret. Hvilke stemmer vi har hørt og hvem som ikke har vært der for å gi sin historie av livet som transperson i dagens Norge har betydning for resultatene. Vi har sikret variasjon i vårt utvalg når det gjelder kjønnsstilling og kjønnsuttrykk, alder, familiesituasjon med tanke på partner og barn, omfang og type kroppsjusteringer, erfaringer med helsevesener i inn- og utland, geografisk spredning og seksuell orientering. Variasjon når det gjelder etnisitet, religion og funksjonsnivå har vi ikke lyktes med. De fleste informantene er i heltidsarbeid, og noen er aktive i organisasjonsarbeid. Flere har fått den kjønnsbekreftende behandlingen de ønsker ved SFT, andre har finansiert slik behandling utenlands. Vi har også informanter som av økonomiske årsaker ikke vil ha mulighet til å få utført den kjønnsbekreftende behandlingen de ønsker.

Et sentralt spørsmål er hvordan en ”måler” levekår og livskvalitet. Hvilke dimensjoner er viktige å få belyst, og hva er gode metoder for å få innsikt i en slik subjektiv størrelse som livskvalitet? Vår innfallsvinkel har vært å ”diagnostisere samfunnet”, ikke den enkelte med kjønnsidentitetstematikk. Hvordan håndteres kjønns-annerledeshet og kjønns mangfold i det norske samfunn? Dette ser vi på gjennom informantenes fortellinger om møter med samfunnsinstitusjoner og samfunnsaktører i hverdag og i vanskelige situasjoner. Vi valgte å få innsikt i slike dimensjoner gjennom narrativer om erfaringer rundt tema som 1) prosesser med å erkjenne sin kjønnsidentitetsproblematikk, og i komme ut og inn i verden, 2) hvordan disse prosesser arter seg for ulike generasjoner og i forskjellige familiesituasjoner, 3) opplevelser av kjønnsidentitetsspesifikke helsetilbud, med vekt på erfaringer med landsfunksjonen på Rikshospitalet (SFT).

Vi har valgt en kvalitativ tilnærming, som betyr at vi har relativt få informanter, men mye informasjon om den enkelte. Vi har fått frem informasjon gjennom metoden fokusgruppesamtaler. Det er en forholdsvis åpen form for datainnsamling der informantene deler erfaringer om de tre hovedtema vi skisserte i forrige avsnitt, men også har anledning til å bringe inn forhold og situasjoner de anser som viktige. Metoden åpner for å få frem erfaringer vi som forskerne ikke hadde kjennskap til og ikke ville spurt om.

<sup>63</sup> fra forelesning ved E.E.P. Benestad og E. Almås om kjønn på seminaret Kjønns mangfold rundt Mjøsa, mai 2012

To hovedfunn er sentrale, og vi anser dem som overordnede utfordringer, for samfunnet, for staten og for den enkelte transperson som er berørt: 1) stor uvitenhet om kjønnsidentitetstematikk i samfunnet generelt og i helsevesenet og andre sentrale samfunnsinstitusjoner spesielt, og 2) mangel på offentlige helsetilbud for alle i spektret av personer med kjønnsidentitetstematikk. Vårt primære fokus er på de transpersoner i kjønnsidentitetstematikk-spektret, som må leve med manglende samsvar mellom sin kjønnsidentitet/sitt kjønnsuttrykk og angitt kjønn i sine identitetspapirer. I det følgende formidler vi våre funn ut fra disse to overordnede utfordringene. Til slutt presenterer vi noen anbefalinger og forslag til tiltak for å bedre levekår og livssituasjon for personer med kjønnsidentitetstematikk.

### **Samfunnsdiagnose: manglende kunnskap, forståelse og toleranse**

Det er avgjørende for en persons livskvalitet å leve i tråd med sin kjønnsidentitet, og å bli sett og respektert ut fra den kjønnsstilhørighet en uttrykker. Selv om informantene representerer et vidt og variert spekter av personer med kjønnsidentitetstematikk har deres erfaringer med å bryte med samfunnets forståelser av kjønn og med forventninger til kjønnsuttrykk mange fellestrekk. Omgivelsenes manglende forståelse for og/eller kunnskap om hva diskrepans mellom kroppens kjønn og kjønnsidentitet innebærer er et gjennomgående trekk. Uvitenhet om tematikken, og lav toleranse for "forstyrrende" kjønnsuttrykk møter informantene på alle arenaer; arbeidsplassen, skolen og andre offentlige institusjoner, i det offentlige rom for øvrig og i ens nære omgivelser, og i familien. Også i sine aller næreste relasjoner opplever informantene at deres situasjon ikke møter forståelse og innlevelse. Med hensyn til det siste: Noen får ikke treffe sine barnebarn, en informant mistet foreldreansvaret for sitt barn. Noen har følt seg ydmyket ved at helsepersonale møtte dem på måter de erfarte som respektløst, en ble grovt trakassert på sin arbeidsplass av en kollega uten at ledelsen grep inn. Slike hendelser rammer spesielt sterkt når det for mange ikke finnes steder der de kan snakke om sine erfaringer, diskutere handlingsvalg eller rapportere om hendelsene. Oppfatninger om hva som er kjønn og hvordan kvinner og menn skal uttrykke kjønn, dvs. den heteronormative tokjønnsmodellen er så sterkt innvevd i samfunnets regler, normer og lover at alle som beveger seg utenfor modellen risikerer å bli møtt med lite toleranse og empati, og heller opplever avvisning, straff og represalier.

Vi kan gå ut fra at de fleste individer med kjønnsidentitetstematikk aldri står frem. Mange som velger ikke å stå frem, lever sitt liv med begrenset livsutfoldelse og kanskje innskrenket livskvalitet. To av organisasjonene for personer med kjønnsidentitetstematikk (HBRS og FTPN) har ytret at de kjenner til mange som ikke en gang tør stå som medlem av deres organisasjon, eller som er medlem i aller største hemmelighet. Dette er alvorlig, med tanke på at informantenes fortellinger handler mye om dårlig livskvalitet i den perioden av sitt liv da de ikke snakket med noen om sin tematikk. Livet i hemmelighet var for det meste preget av skam, skyldfølelse og redsel for å bli "avslørt". Selv om det å stå frem har hatt en høy pris for mange, er det likevel ingen av informantene som angrer, eller ser det å være taus igjen som et alternativ. Belastningen av å skjule sin kjønnsidentitet er for stor. Flere beskriver det så sterkt som at hemmelighold var å leve i et helvete, livet var utholdelig og flere hadde tanker om selvmord, og noen forsøkte også å gjøre slutt på livet sitt. Synliggjøring kan bidra til alminneliggjøring, og gir økt kunnskap, som igjen gir større rom for toleranse og i sin tur gjør terskelen til å stå frem lavere for dem som ennå har holdt seg usynlige. Vi nevnte problemet med såkalt "trans-erasure": for samfunnet kan det se ut som personer med kjønnsidentitetstematikk utgjør en ytterst liten gruppe, fordi mange "forsvinner ut av bildet" (kjønnsopererte kvinner og menn), andre har aldri vært "i bildet" (eksempelvis transvestitter). Vi presenterte i innledningen ulike måter å kalkulere omfang på. Strengt tatt er det ingen som vet hvor stor antallet personer med kjønnsidentitetstematikk er. Men de som er åpne, bør sikres

muligheter for et verdig liv med mulighet for livsutfoldelse og respekt. Det også kan bidra til at flere tør vise seg som de er.

Manglende eller utilstrekkelig kunnskap er også en sentral karakteristikk for våre informanternes møter med helsevesenet; fastlege, helsesøstre, gynekologer, psykologer, med mer. De fleste fagpersoner møter likevel transpersoner med vilje til å hjelpe og flere uttrykker også ønske om å sette seg inn i tematikken. Det fungerer nok for ressurssterke personer som selv vet hva de trenger av behandling, men for de som ikke har ord for sin situasjon, og som ikke kjenner til hva som finnes av helsetilbud, er det et stort problem å være avhengig av et helsevesen uten transkompetanse. De risikerer at kjønnsidentitetstematikken ikke blir identifisert, eller tatt på alvor, og at de ikke får tilbud om nødvendig oppfølging og behandling.

### **Lite toleranse for annerledeshet i skolen**

I skolen er barn og unge med kjønnsidentitetstematikk svært sårbare både for manglende kunnskap blant lærere og andre voksne i skolehverdagen, og for svært begrenset toleranse for annerledeshet blant medelever. Heteronormen oppleves som et krav det ikke er mulig å komme utenom, og de unge voksne informantene forteller om desperate forsøk på å tilpasse seg forventede kjønnsuttrykk og væremåter. De fleste har opplevd noen grad av mobbing, alt fra ubehagelige kommentarer til grovere former for vold. Kjønnsidentitetstematikk beskrives som totalt usynlig i oppveksten, det var ikke tema i undervisning, og ikke noe som ble identifisert av omverdenen. De unge voksne beskriver at de selv ikke hadde ord for, eller innsikt i hva deres problem handlet om da de var barn. Resultatet av å gå alene med tematikken i barndom og ungdomstid beskrives som følelser av annerledeshet, ensomhet og skyldfølelse. Betydningen av foreldrenes rolle for barn i denne gruppen kommer til uttrykk ved at de unge voksne informantene som har et åpent og trygt forhold til sine foreldre, og der foreldre trer støttende til, skiller seg ut ved at de også var tryggere i møte med omgivelsene, og mindre sårbare selv om de skilte seg ut. Et fristed kan noen unge med kjønnsidentitetsspørsmål også finne i fritidsinteresser. For eksempel kunne det å drive lagsport der en har like treningsklær skape et fellesskap for jenta som ønsket å kle seg som gutt til vanlig, og ikke passet inn. Vi har funn som viser at det er betydelig mindre handlingsrom for kroppslige gutter når det gjelder å bryte med mannlig kjønnsuttrykk enn for kroppslige jenter som opplever seg som gutter. De blir møtt med større toleranse enn kroppslige gutter som viser feminine trekk.

### **Seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk**

Et annet fellestrekk fra informantenes fortellinger er at omgivelsene ofte forveksler kjønnsidentitet med seksuell orientering. Når en ikke lever opp til forventninger og normer for "kvinnelig" eller "mannlig", tolkes det av de fleste å være relatert til seksuell orientering. Spesielt i de unge voksnes fortellinger går det igjen at foreldrene først og fremst tolket barnets brudd med normer for kjønn, til å bety at sønnen eller datteren var homofil eller lesbisk. Noen foreldre ga uttrykk for at de foretrakk homoseksualitet til fordel for at barnet skulle endre kjønnsuttrykk; andre foreldre utviser større homofobi enn transfobi og ser heller at sønnen blir jente enn homofil. Det at omgivelsenes tolkning er knyttet til seksualitet er problematisk på flere måter. For det første bidrar det til vedvarende usynliggjøring av personer med kjønnsidentitetstematikk; for det andre fører det til at barn og unge som strever med spørsmål rundt sin kjønnsidentitet, ikke får den type hjelp de trenger for å forstå og håndtere sin situasjon og hvor de kan få veiledning i forhold til egen prosess.

### **Differensiering av helsetilbud**

Det andre hovedtrekket vi trekker frem, er manglende anerkjennelse av at flere enn de som har

oppnådd å få diagnosen transseksualisme har behov for transkompetent helsetilbud. Informantenes beskrivelser av egen helse, og behov for helsetilbud, viser at variasjonene er store og behovene langt mer omfattende enn hva det offentlige helsevesen tilbyr i dag. Det er avgjørende for livskvaliteten for individer med kjønnsidentitetstematikk at det eksisterer helsetjenester tilbudt av transkompetent helsepersonell, basert på den enkeltes behov. Behovet for helseomsorg kan dreie seg om alt fra å ha mulighet til å få veiledning og råd for å håndtere livssituasjonen, til behov for kirurgiske inngrep, hormonbehandling og psykiatrisk oppfølging. For mange er det viktig å kunne passere som det kjønn de føler seg som. Dette kan medføre til behov for proteser, hårfjerning med laser, stemmetrening mm. Dette er mer enn såkalt "kosmetiske behov", det handler om å fungere i samfunnet, uten til stadighet å bli møtt som "forstyrrende". Dette underbygges av SOC versjon 7: "Selv om det kan være mye lettere å se falloplastikk eller vaginoplastikk som inngrep for å avslutte livslang lidelse, kan inngrep som for eksempel reduserende neseplastikk ha en radikal og varig effekt på livskvalitet for enkelte pasienter, og er således mye mer medisinsk nødvendig enn for personer uten kjønnsdysfori" (WPATH, 2011 (LHBT-senteret 2013, norsk oversettelse) Livskvaliteten kan i mange tilfeller høynes med forholdsvis små grep, men ikke alle har økonomiske ressurser til å få gjennomført slike. Et eksempel er kvinnen som bruker to timer hver morgen til å nappe vekk skjeggvekst i ansiktet, slik at hun får et utseende mer i tråd med egen kjønnsidentitet. For henne er skjeggveksten uforenlig med en god livskvalitet, og muligheten til laserbehandling for varig hårfjerning ville gjort livet mye enklere. I hverdagen vil mange en periode eller permanent ha problemer med eksempelvis å velge toalett, gå i svømmehallen, og kunne dusje på treningsstudio. Noen våger ikke å dra utenlands fordi kjønnsuttrykk ikke stemmer med kjønn angitt i passet. Flere av disse praktiske konsekvensene kan føre til at det er belastende å leve i det uttrykket en ønsker, så belastende at det går ut over helse og livskvalitet.

Ett av hovedpunktene i rapporten er differensieringen i helsevesenet mellom transseksuelle og transpersoner, og den påfølgende differensiering av helsetilbud til de to gruppene; i form av ulik rett til behandling for personer med diagnosen transseksualisme på den ene siden, og transpersoner som ikke har diagnosen, men som også opplever manglende samsvar mellom kroppslig kjønn og kjønnsidentitet som problematisk på den andre siden. De fleste transpersoner i vårt utvalg anførte behov for helsetjenester for å få kroppen mer i tråd med sin kjønnsidentitet. En viktig refleksjon å forfølge i den forbindelse er: hvem myndighetene anser som legitimt berettiget til helsetjenester, hvorfor disse, og til hva slags tjenester, og hva er de helsepolitiske konsekvenser av dette? Noen av svarene er å finne i Helsedirektoratets notat 2012 om helsetilbud til transseksuelle og transpersoner.

WPATH's nye versjon av Standards of Care (2011/12) er langt mer nyansert enn dets tidligere versjoner, spesielt på to punkter. Det første gjelder *hvilke grupper* som er berettiget til helsetilbud; tittelen til SOC angir dette: transseksuelle, transpersoner og ikke kjønnsnormative<sup>64</sup>. En konsekvens av denne utvidelsen er, og det er vårt andre punkt, at WPATH anbefaler a) svært *varierte helsetilbud* og behandlinger, og b) behandling skal være *tilpasset den enkeltes* behov, og bort fra en "one-size-fits-all" tilnærming, og bort fra mer behandling enn pasienten selv uttrykker behov for eller ønske om. Grunnlaget for disse betydelige og betydningsfulle skift er innsikten vi har sitert tidligere: "Å være transseksuell, transperson eller ikke kjønnsnormativ er et spørsmål om mangfold, ikke om patologi" (WPATH, SOC, 7.versjon, 2012:4). De nye retningslinjene er resultat av ny forskning, men også av endrede oppfatninger og forståelse av kjønnsidentitetstematikk. Det sentrale er innsikten at *alle* personer med kjønnsidentitetstematikk har behov for, og skal ha rett til helsetilbud. Det er med andre

<sup>64</sup> SOC for transsexuals, transgender and gender non-conforming

ord ikke bare legens diagnose, men også ”pasientens” smerter som skal tas med i spørsmål om behandlingstilbud.

Det er få alternative behandlingstilbud for de som ikke får diagnosen og tilgang på behandling ved SFT. Flere av våre informanter ønsker ikke å oppsøke SFT for å få stilt diagnose, da de regner med at de ikke vil få diagnose, f.eks. på grunn av (høy) alder, på grunn av seksuell orientering eller andre indisier som kan brukes og har vært brukes som kontraindikasjoner. I tillegg frykter de belastningen ved å gå gjennom den omfattende utredningen, og nedturen med å få avslag. Andre av informantene har fått diagnosen og har dermed tilgang til behandling, men velger likevel andre løsninger enn det SFT tilbyr. Et alternativ for de som ønsker omfattende kjønnsbekreftende behandling er å få dette gjennomført i utlandet, og da for egen regning. Alternativ til det vanlige helsevesenet som ikke har transkompetanse når en person søker veiledning og psykologisk hjelp, er i Norge noen få og viktige aktører; Esben Esther Pirelli Benestad har sammen med andre sexolog- og legekolleger og psykologer etablert et trygt og transkompetent alternativt tilbud som informantene omtaler som et viktig tilbud og som halvparten av våre informanter har benyttet. Men antallet transkompetente leger og annen helsepersonell er begrenset, og tilbudet er stort sett konsentrert til sørøst i Norge.

I tillegg gir informantene uttrykk for at de savner lavterskeltilbud, der en kan gå for å samtale, utveksle erfaringer og få tilgang til kunnskap og ulike relevante nettverk; der foreldre som trenger støtte og råd om hvordan de skal bli gode støttespillere for sitt barn kan få veiledning; der pasienter under hormonbehandling kan få veiledning og noen å samtale med; der nylig kjønnsopererte pasienter kan få rekonvalesens i transsensitive og trygge omgivelser; for transpersoner som trenger hårfjerning, proteser, råd om sminke og klær, eller som ønsker å utvikle sitt sosiale nettverk, eller å få utvidet sitt handlingsrepertoar på andre felt, eksempelvis yrkesveiledning.

### Positive tendenser

Det finnes positive anstrøk, samfunnet synes å bevege seg i retning av mer åpenhet og større toleranse. Det viser seg blant annet i forskjellige erfaringer mellom de yngre og de voksne informanter. Mens de eldste informantene ikke så noen mulighet for å finne hjelp, eller til å kunne stå frem og fra tidlig i livet kunne leve i tråd med sin kjønnsidentitet, opplever de yngre informantene mer åpenhet og bedre tilgang på informasjon. De eldre ber om at andre *aksepterer* eller *godtar* dem når omgivelsene har fått vent seg til deres nye kjønnsuttrykk, mens de yngre informantene har større forventninger. De forventer mer informasjon og tilbud om transkompetent behandling, og de ber ikke om å bli *akseptert*, de forbeholder seg retten til å være den de er uten andres godkjenning – de krever anerkjennelse. Disse forskjeller reflekterer betydelige ulikheter i handlingsrom generasjonene opplevde å ha i den samfunnskonteksten, i tid og rom, de vokste opp i.

Informantenes fortellinger reflekterer også at flere nå våger å stå frem i familien, på arbeidsplassen og i det offentlige rom generelt. Mange har stått frem i løpet av de siste årene etter å ha levd opp til flere (ti-) år i hemmelighet. De har opplevd at full åpenhet bidrar til støtte og har gitt positive tilbakemeldinger fra omgivelsene. For mange har det vært mindre skremmende enn de hadde sett for seg på forhånd. Deres åpenhet bidrar til å bane vei for andre og gjøre det lettere for de som kommer etter. Likevel er dette bare begynnelsen på en utvikling i retning av bedre levekår og livskvalitet for denne gruppen. Åpenhet, etablering og formidling av kunnskap og spredning av informasjon om at menneskers kjønnsidentitet er mer mangfoldig enn det de fleste er vant til å tenke, er grunnleggende for at livsbetingelsene og livskvaliteten til mennesker som i deler av sitt liv, eller hele livet, bryter med to-kjønnsmodellen skal få bedre vilkår.



## Rettferdighet, anstendighet, autonomi, og likestilling

Det som går igjen som en rød tråd i rapporten er forskjeller mellom transpersoner på en side og kjønnsopererte kvinner og menn og kjønnskorreksjonspasienter på en annen; med andre ord vil vi se på diagnosens betydning for levekår og livskvalitet til personer med kjønnsidentitetstematikk. I dette kapitlet vurderer vi statens og samfunnets behandling av personer med kjønnsidentitetstematikk opp mot fire sentrale verdier i det moderne norske samfunnet vi presenterte innledningsvis i rapporten; verdier som sikrer borgerne mulighetene til å leve et godt og fullverdig liv. I denne vurderingen er det ofte nødvendig å skille mellom de to hovedgruppene vilkår.

Når det gjelder *rettferdighet* løfter teoretikeren Rawls (1993) frem at moderne demokratiske samfunn er pluralistiske, og at det dermed finnes mange ulike oppfatninger om hva som er "det gode liv" og hva som utgjør såkalte "onde forhold". Samfunnet har innfridd sine forpliktelser når den har stilt de "primære godene" til rådighet for sine borgere. Under primære goder regner Rawls politiske rettigheter og friheter, makt og myndighet i politiske, administrative og økonomiske institusjoner, inntekt og formue og den sosiale basis for selvrespekt. Alle norske borgere har politiske rettigheter og friheter, og noen av gruppene innenfor kjønnsidentitetsspektret er dyktige til å anvende sine politiske rettigheter, mens andre er mindre effektive i så måte. Ikke alle i kjønnsidentitetsspektret har makt og myndighet i det politisk-administrative system.

En annen innfallsvinkel til Rawls rettferdighetsvurderinger går på sikring av inntekt. Noen av våre informanter er ikke sikret inntekt (lengre) ved at de på grunn av endring i sin transstatus mistet sin jobb, eller sine opprinnelige arbeidsoppgaver, eller også ikke får jobb grunnet sin transstatus.

Rawls nevner "den sosiale basis for selvrespekt". Det er både et omfangsrikt og lite konkret sosialt gode, men vi vil tro at mange transpersoner som daglig må forholde seg til situasjonen med manglende samsvar mellom sine id papirer og sitt kjønnsuttrykk opplever sin basis for selvrespekt som noe vaklevoren. Den blir satt på prøve hver gang de må svare for manglende samsvar, og de vil være på vakt for mulig trakassering eller latterliggjøring eller ikke å bli akseptert. Et personnummer uten kjønnsmarkør ville være til stor hjelp. Vi får håpe Skatteetaten tar det med i sine vurderinger av ny personnummer, og anmoder transsensensitive aktører om å bruke sine politiske rettigheter til å komme med innspill.

Vår forståelse av rettferdighet er videre enn den Rawls angir: vi inkluderer lik rett til behandling under rettferdighet og eksemplifiserer med følgende forskjellsbehandling: Når det gjelder fjerning av hårvekst sier Helsedirektoratet i sitt notat: "Direktoratet anser at fjerning av sterk hårvekst i ansiktet bør inngå i behandlingen av transseksuelle som gjennomgår eller har gjennomgått en kjønnsbekreftende behandling ved OUS. For elektrolysebehandling kan det gis bidrag etter folketrygdloven § 5-22" (2012:11 min understreking). Slik behandling tilbys ikke transpersoner; det opplever informanter som svært urettferdig.

Med tanke på komponenter for livskvalitet har Margalits (1996) vært en viktig inspirasjonskilde. Forfatteren skriver om *det anstendige samfunn* som et samfunn hvor institusjonene ikke ydmyker sine borgere. For våre målgrupper vil det bety at samfunnet beskytter mot trakassering, og har vern mot diskriminering på skole, i arbeids- og organisasjonslivet. Vi har flere eksempler på at informanter har blitt ydmyket av aktører i samfunnsinstitusjoner som helsevesenet og skolen. Samfunnet beskytter ikke

alle sine borgere mot trakassering: transpersoner har ikke vern mot diskriminering på grunnlag av kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i loven, slik eksempelvis Sverige tilføyde i sin antidiskrimineringslov (2008). Kjønnsopererte kvinner og menn, og de som er under behandling for kjønnskonertering, er beskyttet mot diskriminering på grunnlag av kjønn under likestillingsloven. Her igjen observerer vi at hovedgruppenes behov håndteres ulikt av myndighetene; for det første får transpersoner ikke den helsebehandlingen de ønsker og mener er nødvendig for økt livskvalitet, og for det andre har deres transstatus ikke diskrimineringsvern.

Den tredje sentrale verdien for å tilrettelegge for "det gode liv" som vi anførte gjelder *autonomi*: der mener vi individenes muligheter til å gjennomføre sine livsprosjekt ut fra egne valg og på basis av egne verdier. Vi henviste til de norske levekårsforskerne Barstad & Hellevik (2004) der de fremhever spesielt betydningen av autonomi for grupper som ikke lett får gjennomslag for sine ønsker i møtet med profesjonsgrupper. Dette er relevant for våre grupper: eksemplifisert ved praksisen rundt kravet om sterilisering for å få endret juridisk kjønn. Den praksisen kan medføre, og har i flere tilfelle ført til, at noen godtar en type operasjon de ellers ikke ville foretatt, og som de strengt tatt ikke føler de trenger for å få et verdig liv. Andre velger å frasi seg muligheten til juridisk kjønnsendring, og må da belage seg på å leve med manglende samsvar mellom sitt kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet og kjønnsangivelse på identitetspapirene. Transpersoner har mindre autonomi i forhold til å bestemme over liv og helse: behov for helsetilbud relatert til kjønnsidentitetstematikken er for deres vedkommende ikke anerkjent, og blir ikke betraktet som et legitimt krav. En annen faktor som også kan betraktes som utilstrekkelig ivaretagelse av borgerens autonomi er at de som vurderes ikke å ha en type kjønnsidentitetsproblematikk som tilsier behandling ved landsfunksjonen, har per i dag ingen mulighet til å få en "second opinion". Det er en situasjon Helsedirektoratet (2012) angir de vil vurdere nærmere.

Den siste verdien vi ønsker å vurdere levekår og livskvalitet til personer med kjønnsidentitetstematikk opp mot er *likestilling*. Her mener vi ikke bare likestilling mellom kvinner og menn, men likestilling mellom individer innenfor et bredt kjønnspekter og kjønns mangfold. Likestilling handler om rettigheter, muligheter og resultat. Forskjellsbehandling på grunnlag av kjønn er forbudt – i lovverket er kjønn forstått som kvinne og mann, og utvidelser av loven eller endringer i lovfortolkninger anses nødvendig dersom myndighetene ønsker å sikre likestilling til et bredt spekter av kjønnsuttrykk og -identiteter/tilhørigheter.

Likestilling er også en del av menneskerettighetene; rettigheter og muligheter til livsutfoldelse skal være like, uavhengig av kjønnsstilling, -identitet eller kjønnsuttrykk. Så er ikke tilfelle i dag, og det er især knyttet til ulikestillingen når det gjelder helsetilbud til de med og uten diagnose vi har hatt fokus på i rapporten. Likestilling må gjelde alle grupper uansett om de er store eller små. Ifølge tall fra Norsk Pasientregistret får rundt 60 -70 personer årlig diagnosen F64.8 eller F64.9, som ikke gir rett til transrelatert behandling (Helsedirektoratet 2012:5). Det er et relativt stort antall transpersoner, og omfanget øker årlig.

Vi antar at de nye Standards of Care (SOC) for The Health of Transsexuals, Transgendered and Gender Nonconforming People til WPATH bidrar til revurderinger også i norske helse- og omsorgsstandarder. Det krever at også trans- og transsensitive organisasjoner gjør en større innsats og jobber målrettet for økt tilgang til, og mer makt og myndighet i, de politiske og administrative institusjoner når det gjelder transpolitisk politikkformuleringer og tiltaksutforming.

## Anbefalinger og forslag til tiltak

Nedenfor følger overordnede anbefalinger for å bedre livssituasjon og livskvalitet til personer med kjønnsidentitetstematikk i Norge, og vi minner om våre hovedobservasjoner, som vi har presentert ovenfor: manglende eller utilstrekkelig kunnskap og forståelse og lav toleranse, og forskjeller i helsetjenester til ulikt diagnostiserte personer med kjønnsstatematikk.

### Synliggjøring og informasjon

Personer med kjønnsidentitetstematikk er en marginalisert gruppe i samfunnet, og for å bedre deres livsvilkår er synliggjøring på samfunnsnivå et første nødvendig tiltak. Nedenfor peker vi på noen sentrale områder for å øke kompetanse og tilrettelegge for informasjon.

De mest alvorlige tilfeller av mobbing, trakassering og utestenging som våre informanter nevner, har funnet sted på oppvekstinstitusjoner og i arbeidslivet. Men vi har også hørt flere gode eksempler på at tilrettelegging fra ledelsen og åpenhet i en komme ut-prosess, gjør at individer med kjønnsidentitetstematikk blir godt mottatt av kolleger og medelever. I de tilfelle der ledelse og eventuelt tillitsvalgte har utvist god håndtering av sensitive situasjoner, har det vært et gode for både personen med kjønnsidentitetstematikk og kolleger. Stort sett har det vært et resultat av kompetanse og innsikt hos ledelsen og/eller tillitsvalgt. Det bidrar til lavere terskel når det gjelder å ta kontakt i tilfeller av diskriminering eller i forbindelse med komme ut-prosesser. LO (2012) har utarbeidet en veileder for tillitsvalgte om hvordan de kan være til støtte for personer med kjønnsidentitetstematikk. Det er viktig at fagforeningene setter fokus på temaet, og bidrar til økt kompetanse og informasjon om marginale grupper som risikerer å bli utstøtt og diskriminert.

Barn og unge er svært sårbare for andres reaksjoner på deres kjønnsuttrykk, og lærer tidlig å undertrykke egen kjønnsidentitet. Kompetanse blant ansatte i barnehager og skoler om betydningen av ikke å møte barn ut fra en begrensende tokjønnsmodell, vil øke muligheten for at barn generelt får rom til å uttrykke seg som de ønsker. Transkompanse blant ansatte i utdanningsinstitusjoner åpner for veiledning til barn i håndtering av egen prosess og andres reaksjoner. En gjennomgående erfaring fra informantene er at ingen i helsevesenet, hverken fastleger, psykologer eller andre så og forsto, og hjalp dem på vei i forhold til å finne ut av mulighetene for behandling og helsetilbud.

### Økt kompetanse

Transgender tema må selvsagt tas inn i opplæringen av leger, sykepleiere, og annet omsorgspersonale; der er vesentlig for å øke kunnskap om, og oppmerksomhet på, personer med kjønnsidentitetstematikk. Også formidling av informasjonsbrosjyrer om regionale transkompetente sentra, om landsfunksjonen som SFT har og om evt. lavterskeltilbud bør være lett tilgjengelig på legekontor, hos helsesøster mm.

#### *Mer tilgjengelig informasjon*

Det at filmer og dokumentarer vises på TV er effektiv synliggjøring. Et enkelt og etterspurt tiltak er å sende "Jentene på Toten" i reprise på NRK, samt gi ut serien på DVD og gjøre den tilgjengelig på lokale biblioteker og skoler. Den er et viktig referansepunkt i samtaler hvor kjønnsidentitetstematikk kommer på banen, både blant cis- og transpersoner. Flere av våre mannlige informanter sier at de ikke kjenner seg igjen i "Jentene på Toten" og de savner en synliggjøring av KtM-personer. En tilsvarende serie om KtM-personer ville bidra til å vise en større bredde i forhold til kjønnsidentitetstematikk. I tillegg til

”Jentene på Toten” finnes flere filmer og bøker om temaet som kan gjøres tilgjengelig på skoler og biblioteker.

### *Spesiell tilrettelegging, men til glede for flere*

Vi har notert at mange elever på ungdoms- og videregående ikke vil delta i gym eller ikke vil dusje etter gymtimen, fordi de ikke tør vise seg avkledd overfor sine medelever. Et typisk hverdagsproblem for transpersoner er valg av garderobe på skolen, treningscentre og svømmehaller hvor det er adskilt dame- og herregarderobe. Mulighet til å velge et avlukke til omkledding, og adskilte dusjfasiliteter vil gjøre slike arenaer tilgjengelig for de med kjønnsidentitetstematikk, og det vil også komme sjenerte elever og personer med annen etnisk bakgrunn til gode.

En del informanter har/har hatt problemer med å velge toalett, og de ville fått en lettere hverdag med unisex-toaletter. En del av disse velger nå å bruke handicaptoalett. I siste vedlegg har vi et eksempel på en svært transsensitiv toalettløsning.

### **Et bredere helsetilbud**

Det andre hovedpunktet i rapporten er differensieringen mellom transseksuelle og transpersoner, dvs. på den ene siden personer med diagnosen, kjønnsopererte kvinner og menn og kjønnskorreksjonspasienter, og på den andre siden de som ikke har diagnosen, men som opplever manglende samsvar mellom kroppslig kjønn og kjønnsidentitet og som ønsker å leve i sitt selvvalgte kjønnsuttrykk. Transpersoner har gitt uttrykk for ulike behov for helsetilbud for å kunne leve mer i tråd med sin kjønnsidentitet og valgt kjønnsuttrykk

Vi anser etablering av oppfølgingstilbud for de som har vært til utredning men ikke vurderes til F64.0. Vi har nevnt tidligere at det gjelder ca. 60-70 personer per år (Helsedirektoratet 2012:5). Et avslag er svært tungt for den som føler et sterkt behov for kroppsjusterende eller kjønnsbekreftende behandling. I dag henvises disse tilbake til andrelinjetjenesten, der det i svært liten grad finnes transkompetente fagpersoner. Helsedirektoratet fastslår i sin rapport at: Det er viktig at disse personene blir møtt med adekvate tiltak når de kontakter helsetjenesten. Helsedirektoratet har ved å forespørre helseregionene avklart at det ikke er etablert spesifikke behandlingstjenester som tar seg av denne pasientgruppen” (2012:14). Direktoratet foreslår å vurdere om ”det bør utpekes kliniske fagmiljøer i hvert RHF [Regional Helse Foretak] som bygger opp spesifikk kompetanse til å ta seg av pasienter med kjønnsidentitetsforstyrrelser.” Vi støtter tanken om regional organisering av helsetilbud for et bredt spekter av personer med kjønnsidentitetstematikk, og som kan tilby spesialkompetanse i transrelaterte tema innenfor sexologi, psykiatri og psykologi, og endokrinologi.

Regionale fagsentra kan tenkes å få oppgaver bl.a. når det gjelder utredning av pasienter med kjønnsidentitetstematikk, utstedelse av steriliseringsbevis, så lenge praksisen med tvangssterilisering håndheves, og behandling av sexologiske problem. Videre vil fagkompetanse kunne bidra med terapi, veiledning, informasjon og tilrettelegging. For mange transpersoner som ønsker å passere og leve i selvvalgt kjønnsuttrykk, er det viktig å ha tilgang på hjelpemidler. Regionale sentre bør på bakgrunn av utredning/vurdering av den enkelte ha myndighet til å foreskrive hjelpemidler som bidrar til bedre livskvalitet. Eksempler på slike tilbud er fjerning av ansiktshår for MtK-transpersoner, kompresjonsvest for KtM-transpersoner, logopedbehandling og hormoner på blå resept. Etablering av slike sentra vil også kunne løse et annet ankepunkt som informanter og transpolitiske organisasjoner fremfører, nemlig fravær av mulighet for en ”second opinion” i tilfelle en pasient blir vurdert til ikke å fylle kriterier for diagnosen transseksualisme.

De regionale sentrene kan samarbeide med SFT med tanke på henvisning og oppfølging av personer med kjønnsidentitetstematikk. Det vil bidra til at færre blir sendt til landsfunksjonen, og at færre opplever å bli avvist på diagnosen transseksualisme, noe som avlastet SFT der antall henvisninger som er rundt 110-120 per år, overgår landsfunksjonene utredningskapasitet. Og det vil bidra til at de som får avslag ved SFT sikres tilpasset og kompetent oppfølging regionalt.

De regionale kompetansesentrene tenkes også å kunne samarbeide med kommunale familiekontor, og psykiatriske tilbud i regionen som BUP og DPS slik at de får nødvendig kompetansen til å fange opp og hjelpe de med kjønnsidentitetstematikk på lavere tjenestenivå. Dessuten må slike sentra få oppgaver med å reise hjem til barn med kjønnsidentitetsspørsmål, til skoler, barnehager mm.

### Regionale oppfølgingstilbud for dem med diagnose

De regionale fagsentra kan også tenkes å ha tilbud for kjønnskorreksjonspasienter. Regelmessig kontakt med og oppfølging ved psykolog når pasienten er under hormonbehandling og i Real Life Test fasen, er viktig for pasientenes livskvalitet og helsetilstand. Men å skulle dra til Rikshospitalet for de jevnlige konsultasjoner er krevende for pasientene, og kan ivaretas på regionalt nivå. Oppfølgingsoppgaver kan tenkes lagt til slike fagsentra på regionalt nivå der det finnes transrelatert sexologisk og psykiatrisk kompetanse. Generelt gjelder at vi forutsetter et nært samarbeid og utveksling av informasjon og kompetanse mellom de regionale transkompetente leger og spesialleger og teamet på landsfunksjonen.

### Lavterskeltilbud

Stensveen ressurscenter på Kapp i Oppland fylke har i dag stor pågang fra transpersoner og andre med kjønnsidentitetstematikk som ønsker oppfølging, støtte, sosiale møteplasser og samtaler sammen med pårørende. I tillegg er det viktig å ha tilgang på kompetanse og veiledning innen kosmetiske spørsmål som blant annet fjerning av ansiktshår, hudpleie, brystproteser og logoped for å veilede i stemmebruk. Dette er viktige tiltak som øker livskvalitet og styrker evnen til å fungere i samfunnet og stå i jobb gjennom utfordrende faser. Denne typen tilbud er sentrale i forhold til livskvalitet og bør kunne tilbys som en del av regionale fagsentre. Tilbudene som Stensveen ressurscenter tilbyr i dag faller ikke inn under offentlig finansiert helseomsorg, og mange har dermed ikke råd til å benytte seg av dem. Vi foreslår at fastlege eller regionale fagsentra kan få myndighet til å henvise pasienter videre til slike lavterskeltilbud.

### Juridisk kjønn i samsvar med kjønnsidentitet

Et viktig forhold som skiller de kjønnsoperertes livsbetingelser fra transpersoners er mulighet til å få samsvar mellom egen kjønnsidentitet og personnummer. Å leve med et kjønnsuttrykk som ikke er i overensstemmelse med personnummeret, er belastende og innskrenker friheten for mange transpersoner. Et sentralt spørsmål som myndighetene må ta stilling til, er om praksisen med krav om sterilisering (fjerning av gonader<sup>65</sup>) for å få tildelt nytt personnummer er i tråd med menneskerettighetene. Tvungen sterilisering er i strid med menneskerettigheter, fastslår Europarådets menneskerettskommisær (Hammarberg 2011:19). Helsedirektoratet har foreslått "å avklare innholdet i begrepet 'reell kjønnskvoltering' knyttet til tildeling av personnummer" (Helsedirektoratet 2012:20). Sveriges Riksdag har bestemt å fjerne steriliseringspåbudet fra januar 2013.

<sup>65</sup> Gonade er en fellesbetegnelse på kvinnelig og mannlig kjønnskjerter, dvs. eggstokk og testikkel.

## Samsvar mellom identitetspapirer og kjønnsidentitet

Et viktig premiss for livskvalitet er samsvar mellom selvopplevd kjønnsidentitet og det kjønn som fremkommer i identitetspapirene. Den norske praksisen der skifte av kjønnsmarkør i personnummeret betinger sterilisering er til hinder for mange transpersoners livsutfoldelse i selvvalgt kjønn. Bare de med diagnose får genital kirurgisk intervensjon, og der opptrer sterilisering som en "konsekvens" av kirurgien (og betinger dermed ikke skriftlig samtykke av pasienten). Det oppleves, og omtales av blant annet av Amnesty International Norge<sup>66</sup> som tvangssterilisering. Flere menneskerettsorganisasjoner har uttalt seg kritisk til bl.a. Norge for håndtering av kjønnsidentitetsspørsmål og krav om sterilisering i forbindelse med juridisk kjønnskifte. Personer som ikke får diagnosen og/eller som av medisinske grunner anbefales ikke å gjennomføre kirurgiske inngrep og/eller som ikke ønsker å foreta kjønnsjusteringer som medfører sterilisering, vil jevnlig møte hindringer og ubehag på grunn av dissonans mellom kjønnsuttrykk og personnummerets kjønn. Slik divergens har blant annet ført til avslag på banklån, problemer i toll, ubehag i forbindelse med stemmegivning, mm. Dette er forhold med stor innvirkning på hverdagen og den enkeltes livskvalitet.

Den mest radikale løsningen på ovennevnte mismatch er Argentina som per 1. juli 2012 vedtok en form for "selvbestemt kjønn", hvor alle over 18 år med vedvarende ønske om å tilpasse kjønnsbetegnelsen til egen erfart kjønnsidentitet og som har til hensikt å være i det kjønnsuttrykket resten av sitt liv kan få endret sine identitetspapirer, ubetinget. I tillegg kan de som ønsker gjennomgå kjønnskorrigerende behandling som dekkes over trygdebudsjettet.

Storbritannia har valgt en løsning med å utstede Gender Recognition Certificate, fra 2004, til personer med diagnosen transseksualisme. Det forlanges ikke medisinsk behandling, men søkeren må vise diagnosen, har levd to år i valgt kjønnsuttrykk og har til hensikt å leve resten av livet i valgt kjønnsuttrykk. Til forskjell fra Norge er det ikke noe monopolinstitusjon for å bestemme diagnosen kjønnsidentitetsdysfori: attester ved en lege og psykolog, hvorav en av disse må arbeide innenfor feltet kjønnsidentitetstematikk er tilstrekkelig. Sertifikatet kan brukes til å få nytt fødselsattest. Det er imidlertid også her noen begrensninger med loven: hvis søkeren er gift, må ekteskapet oppløses før endelig sertifikat utstedes. (<http://www.gires.org.uk/GRA.php> lest 13.10.2012).

<sup>66</sup> i en demonstrasjon organisert sammen med LLH og Skeiv Ungdom i mai 2012

## Videre forskningsutfordringer

Rapporten er resultat av den første forskningsinnsats med livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. Under prosjektets gang, og med innsikt i annen forskning har vi notert oss behov for en rekke utdypninger og andre tilnærminger som dette prosjekt ikke har kunnet ivareta.

### Forskning med og for eldre /godt voksne transpersoner

I prosjektet har vi rettet spesiell oppmerksomhet mot barn og unge voksne, uten dermed å ønske å prioritere bort andre generasjoner, og spesielt de som er godt voksne. Flere transpersoner uttrykker bekymring for om og hvordan deres alderdom kan ivaretas på respektfulle måter. Viktige spørsmål å undersøke her er: Hvordan de selv ser på det å bli eldre, og kan hende måtte få plass på et eldresenter eller liknende etter hvert. Et annet spørsmål er om og hvordan helsevesenet kan være forberedt på å gi gode trans-sensitive tjenester.

Her vil vi også forslå forskning som følger eksemplet til en studie i Skottland der en undersøkte kunnskaper om og holdninger til transpersoner blant ansatte i helsevesenet. Slike innsikter kan være et utgangspunkt for informasjon og eventuell bevisstgjøringsopplegg som også kommer andre minoriteter til gode.

### Ungdom med kjønnsidentitetsspørsmål

SfT har forskningsprosjekt der de unge kjønnskorreksjonspasienter følges over lang tid, under og etter behandlingen, ut fra medisinske problemstillinger og perspektiv. Like viktig mener vi det er å følge ungdommer med ulik trans status med sikte på å få innsikt i deres erfaringer med diverse statlige institusjoner, og hvordan de finner sin plass i samfunnet, og hvilke mestringsstrategier de utvikler.

### Interseksjonalitet i trans-spektret

I vårt prosjekt har vi etterstrebet å sikre et vidt spekter av personer med kjønnsidentitetstematikk ut i fra egenskaper som kjønn, kjønnsidentitet og – uttrykk, alder, klasse, seksuell preferanse, geografisk spredning, yrkesaktivitet, med mer. Det vi ikke har lyktes med, er å få innblikk i levekår og livskvalitet til transpersoner med annen etnisk bakgrunn. Viktige spørsmål her er å undersøke hvordan de møtes av og i egen familie og miljø, så vel som i den overveiende "hvite" transverden? I denne sammenheng bør også nevnes hvordan trans flyktninger møtes, og hvordan asylmottak håndterer transpersoner. Videre savner vi innsikt i transpersoner med forskjellig funksjonsnivå, og som oftere enn andre møter helse- og omsorgsetater.

### Transpolitisk organisering

I rapporten diskuterer vi at det er interesseforskjeller, og motsetninger, mellom forskjellige grupper av personer med kjønnsidentitetstematikk. Noe av årsaken til dette er ulike handlingsmuligheter og valg når det gjelder kjønnsidentitetstematikk. I de fleste land der en har studert transpolitisk organisering finner vi liknende skismae og organisasjonsdannelser. En type spørsmål kan dreie seg om forhold mellom organisasjoner; en annen på forholdet mellom organisasjoner og staten: hvilken tilgang har de ulike gruppene til det politisk-administrative system? En tredje synsvinkel går på deltakelse og representasjon: hvem er aktive, hvor, og hva oppnår de ulike organisasjoner.

### Et trans-sensitivt arbeidsliv

Vi nevnte i rapporten at LO har utarbeidet en veileder for tillitsvalgte for å kunne være en støtte og medspiller for personer som kommer ut på jobben og/eller gjennomgår kjønnsbekreftende behandling. Vi ser at transpolitiske organisasjoner i mange land arbeider med veiledning både til arbeidsgivere og til

arbeidstakere og fagforeningene. Hvordan er arbeidslivets holdninger til og erfaringer med transpersoner, og hva er transpersoners erfaringer med arbeidslivet? Vi har fra våre informanter hørt både solskinns og mørke historier: både støtte og hjelp i transisjon, som fratakelse av arbeidsoppgaver, "omorganiseringer" slik at jobben ble borte og ledelses tillatelse av trakassering.

### **Barn av trans/leve med trans foreldre**

Noen av våre informanter har gode erfaringer med å være åpne overfor sine barn og der barna ser ut til å forholde seg uproblematisk til en foresatt med kjønnsidentitetstematikk. Det kan tenkes at det er variasjoner både når det gjelder klasse, barnas alder, bosted med mer når det gjelder barnas evner og mulighet for å håndtere tematikken.

## **Konklusjon**

Rapporten har gitt innblikk i Alskens folk og dets levekår, livssituasjon og livskvalitet. Mangfold i erfaringer, situasjoner, livsmuligheter, helse og omsorgsbehov, handlingsrepertoar og mestringsstrategier preger vår fremstilling. Kjønnsidentiteter, -tilhørigheter og kjønnsuttrykk er mange, uttrykk er mange, de er skiftende, og de er svært sentrale for hvert enkelt individ. Vi er kjønn, har kjønn, gjør kjønn, forhandler om kjønn, blir lest som kjønn, fortolket, og vil selv bestemme hvem vi vil vise oss som til enhver tid, og skifte mellom ulike kjønnsuttrykk når eller om det passer. Vi vil være alskens folk – som kollektiv og som enkelt individ.

Vi håper at vårt budskap når frem: Mangfold og toleranse for mangfold, for skifter, transisjoner, mange måter å velge å være, og å ha, og å gjøre kjønn på, og anerkjennelse av mangfold, og av den enkelte i kjønns mangfoldet og i kjønnsidentitetsspektret bør vise seg i statens og samfunnets tilrettelegging for alskens folks velbefinnende.



## Etterord:

### Den skal tidlig krøkes som god krok skal bli

”Hurra det er en jente!” utroper besteforeldre fornøyd når det unge paret kommer hjem med en liten bylt i rosa. Hvordan vet de det? Det er et lite barn med lys lugg, ti fingre og ti tær og smale blå øyne. Og om vi pakker barnet ut, har det tegn på kroppen som angir en jentekropp. Men det er ikke før i tre års alderen at ”jenta” begynner å gi klarere uttrykk for hva hun selv mener om saken. Og ”jenta” i denne fortellingen viser seg å være langt fra enig med besteforeldrenes (og foreldrenes) tolkning av tegn på hennes kropp. Hun er nemlig en GUTT. Og denne ”jenta” motsetter seg rosa klær, kjoler, synes Barbie er teit og vil ha sverd, som broren sin. Dette er starten på en lang kamp om anerkjennelse for den som barnet selv mener han er. Det kan bli en kamp mot, eller også en vei med foreldre og besteforeldre, søsken, annen familie, barnehagepersonale, helsesøster, leger, psykologer, frøken, lærere også videre. Mange samfunnsinstitusjoner kommer inn i hens liv og vet beskjed: du er jente. Vennligst følg kjønnsnormer for jenter når det gjelder adferd, klesdrakt, utseende, oppførsel, venner, leker, farger, interesser, sport og fritidsaktiviteter, fremtiden med tanke på kjønnsidentitet er ikke bare i barnets hender.

### En annen historie – i 2050, kanskje?

Hurra, de er friske! roper besteforeldre når det unge paret kommer hjem med en bylt godt innpakket. I papirene som paret har fått med fra sykehuset står det blant annet barnets lengde og fødselsvekt, blodtype, øyenfarge, og ”foreløpig” kjønnsangivelse: jente. Inntil barnet er tolv er kjønn en irrelevant kategori som ikke styrer eller forstyrrer barnets liv og barnets utvikling på noe vis. Ved tolv års alderen forbereder ungdommene seg til en spesiell feiring. Barnet nærmer seg puberteten og det er viktig å få barnets mening om den foreløpige kjønnsangivelse, basert på om kjønnstegn på kroppen ved fødselen er i samsvar med barnets kjønnsidentitet. Hvis så er tilfelle, kan barnet fortsette sin utvikling slik kroppen begynner å angi. Hvis hen er usikker om det er samsvar, kan hen få pubertetsutsettende behandling, for så å ha en ny – utsatt – kjønnsangivelse ved 16 års alder, hvor en kan få bestemme hvilket kjønn – om noe kjønn, hen vil fortsette som. Og, det er ikke et evig og ubrytelig valg en gjør. Det er en kjønnsangivelse av hvor en er nå og hvor en tror en vil gå. Om en finner ut at det ikke var riktig vei, så kan en melde seg ut, men det er bare en selv som kan gjøre det. Ikke alle føler behov for en slik kjønnsangivelse. Heller ikke betyr en eventuell kjønnsangivelse at en nå er låst fast i ett kjønnsuttrykk. Fortsatt kan de som ønsker å variere sitt uttrykk gjøre det – for kjønn har bare betydning i én sammenheng: reproduksjonen. Samfunnets organiserende prinsipp er ikke lengre den heteronormative kjønnsordningen.

## Referanser og kilder

---

Agius, S. & C. Tobler (2012) *Trans and intersex people. Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*. European Commission, Directorate-General for Justice. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union

Arntzen, M. og K. Khars (2011) *Man(n) er da kvinne*. Pirat Forlag

Bacchi, C. (1999) *Women, Policy and Politics. The Construction of Policy Problems*. London: Sage

Barne- og likestillingsdepartementet (2008) *Regjeringens handlingsplan: Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet

Barstad A. og Hellevik O. (2004) *På vei mot det gode samfunn? Om forholdet mellom ønsket og faktisk samfunnsutvikling*. Statistisk Sentralbyrå

Bendixen, M. og L.E. Kennair (2008) *Seksuell trakassering blant elever og ansatte i videregående skole: en resultatrapport*. Trondheim: NTNU, fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Benestad, E.E.P. (2004) *Transekjønn og diagnoser*. Stavanger: Hertervig Forlag/Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

Benestad E.E.P. og Almås E. (2002) *Kjønn i bevegelse*. Universitetsforlaget

Benestad E.E.P. og Almås E. (2006) *De overlevende. Transkjønnete og andre transpersoner*. Samlaget: Oslo

Benum, V. (1997) "Stigmatisering og minoritetsstress. Betydningen av kunnskap i møte med lesbiske klienter" I Benum, Friis og Offerdal (red.) *Vite for å forstå - 10 artikler om homoseksualitet og lesbiske og homofiles livsvilkår i Norge i dag*: Landsforening for lesbisk og homofil frigjøring

Benum, Friis og Offerdal (1997) *Vite for å forstå - 10 artikler om homoseksualitet og lesbiske og homofiles livsvilkår i Norge i dag*: Landsforening for lesbisk og homofil frigjøring

Berg, B. L. og H. Lune (2012) *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 8. edition Boston: Pearson

Berg, A-J., A.B. Flemmen og B. Gullikstad (2010) *Likestilte norskheter. Om kjønn og etnisitet*. Tapir akademisk forlag

Bjørkman, M. (2012) *Lesbisk selvtilit – lesbisk helse. Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner*. Doktorgradsavhandling, universitetet i Bergen

Bocking, W., Huang C. Y., Ding H., B. Robinson and B.R. Simon Rosser (2005) "Are transgender persons at higher risk for HIV than other sexual minorities? A comparison of HIV prevalence and risks", *International journal of transgenderism* 8(2/3)

Bornstein, K. (1995) *Gender Outlaw. On men, women and the rest of us*. New York: Vintage books

Bradley, O. (2010) "They need labels": *Contemporary institutional and popular frameworks for gender variance*. Anthropology Theses. Paper35. [http://digitalarchive.gsu.edu/anthro\\_theses/35](http://digitalarchive.gsu.edu/anthro_theses/35)

Bremer, S. (2007) "Kan man ta tempen på genus?! Om genusklimaet och makt i psykvårdens könsbytesutredninger". *Tidsskrift for Genusforskning*

- Browne, K. og L. Bakshi (2011) "Don't look back in anger: Possibilities and Problems of Trans Equalities. Graduate Journal of Social Science (GJSS) vol 8, issue 2, ISSN: 1572-3763
- Browne, K. og L. Bakshi (2011) "Don't look back in Anger: Possibilities and Problems of Trans" GJSS:2011
- Browne, K. og J. Lim (2010) *Trans in the 'Gay Capital of the UK*. Gender, Place and Culture 17 (5), pp. 615-633
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., og Delemarre-van de Waal, H. A. (2011) *Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up*. Archives of Sexual Behavior, 40(4), 843-847. Department of Medical Psychology and Medical Social Work, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands.
- Darj, F. og H. Nathorst-Böös, (2008) *År du kille eller tjej? - En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor*. RFSL Ungdom, Sverige
- Davy, Z. (2011) *Recognizing Transsexuals. Personal, Political and Medicolegal Embodiment*. Surrey: Ashgate.
- De Cuypere, G. et.al. (2006) "Sexual and physical health after sex reassignment surgery", Archives of sexual behavior 34(6), pp. 679-690.
- De Cuypere, G, Van Hemelrijck, A. Michel, B. Carael, G. Heylens, R. Rubens, P. Hoebeke and S. Monstrey (2007) "Prevalence and demography of transsexualism in Belgium", *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists* 22(3), pp. 137-141.
- Doyal, L. og I. Gough (1991) *A Theory of Human Needs*. London: Macmillan.
- Engdahl, U. (2010) Att vara som/den "en" är. En etisk diskusjon om begreppen rättvisa, erkänande och identitet i en trans\*kontekst. Linköpings Universitet: Institutionen för Tema
- Ettner, R. og T. White (2000) "Children of a parent undergoing a gender transition: disclosure, risk and protective factors". Paper presented at the XV8 HBIQDA -symposium, 1999, London: IJT 4(3). ([www.symposion.com/ijt/greenpressidental/green17.htm](http://www.symposion.com/ijt/greenpressidental/green17.htm))
- Folgerø, T. og T. Hellesund (2009) "Transseksualitet på norsk. Heteronormering av kjønn og hverdagsliv." I Mühleisen/Røthing (red.): *Norske seksualiteter*. Cappelen Akademisk forlag
- Fridtun, K. (2012) "Alskens kjønn" i Maddam; <http://maddam.no/2012/02/alskens-kjonn>.
- Gransell, Leyla & Henning Hansen (2009) Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levekår. Landsforeningen for bøsser og lesbiske
- Grant, J. M., L. A. Mottet, J. Tanis, J. Harrison, J. L. Herman, and M. Keisling (2011) *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force
- Green, R. (1998) "Transsexual children", International journal of transgenderism 2(4). ([www.symposion.com/ijt/ijtc0601.htm](http://www.symposion.com/ijt/ijtc0601.htm)) report on the GATE Experts Meeting The Hague, November 16-18 2011
- Green, J. (2004) *Becoming a Visible Man*, Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press
- Grossman, A. H. et. al. (2009) "Lesbian, gay, bisexual and transgender youth talk about experiencing and coping with school violence: a qualitative study", *Journal of LGBT youth* 6(1), pp. 24-46.

Grossman, A.H. A.R. og D'Augelli (2006) *Transgender youth: invisible and vulnerable*. Department of Applied Psychology, The Steinhardt School of Education, New York University

Grønningsæter, A. og B. R. Nuland (2009) *Lesbiske og homofile i Sápmi*. En narrativ levekårsundersøkelse. FAFO rapport 2009:26

Gullestad, M. (2002) *Det norske sett med nye øyne. Kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gärdal, M. og C. Orre (2011) *Trygga sammanhang gör mig kåt - om transpersoners sexuella hälsa*. RFSL, Sverige

Hammarberg, T. (2009) Commissioner for Human Rights, Council of Europe, "Human Rights and Gender Identity," issue paper, <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365> (accessed April 4, 2011).

Hammarberg, T. (2011) "Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in Europe," [http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_en.pdf)

Helsedirektoratet (2011) *Behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner i Norge Helsedirektoratets gjennomgang og vurderinger*. Utkast til kommentarrunde

Helsedirektoratet (2012) *Gjennomgang av behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner*. Helsedirektoratet

Holter, H. (1996) "Kjønn, Politikk og Kvinnundertrykking" ss.25-38 i *Hun og Han, Kjønn i forskning og politikk* Holter, H (red) Oslo: Pax

Human Rights Watch (2011) *Controlling Bodies, Denying Identities. Human Rights Violations against Trans People in the Netherlands*. Human Right Watch

Institute of Medicine (2011) *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.

Kennedy, N. og M. Hellen (2010) "Transgender children: more than a theoretical challenge", *Graduate Journal of Social Science*, December 2010, Vol 7, Issue 2

Keuzenkamp (2012) *Worden wie je bet. Het leven van transgenders in Nederland* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Kuyper, L. (2012) *Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes*. Tijdschrift voor Seksuologie 36-2, 129-135

Køhler, R. (2012) TGEU Statement On Realising Social Inclusion Through Sustainable Transport

Larsson, S, Lilja, J. og Fossum, B (2008) "Vem får man vara i vårt samhälle" Östersund: Statens Folkhälsoinstitut

Lehtonen, J. og Mustola K. (2004) *Straight people don't tell, do they ...? Negotiating the boundaries of sexuality and gender at work*. Helsinki: Ministry of Labor

LHBT-senteret (2013) Helse- og omsorgsstandarder i møte med transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative. Oversettelse til norsk ved Caro Kirsebom av Standards of Care (SOC7) for the Health of Transsexuals, Transgendered and Gender Nonconforming People

LO (2012) *En praktisk veileder om kjønnsbekreftelse for tillitsvalgte. Arbeidstakere som skifter kjønnsuttrykk*. Landsorganisasjonen i Norge, Oslo.

Lykke, N. (2010) "Welcome address to the conference transgender studies and theories – building up the field in the Nordic context". *Graduate Journal of Social Science*, Vol 7, issue 2

Manen van (2008) Doing phenomenology involves two types of inquiry activities: empirical and reflective methods, <http://www.phenomenologyonline.com/blog/tag/methods-procedures/> oppdatert 2011

Margalits, A. (1996) *The decent society*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996

Melberg, K. (2000) "Å forske på 'det gode liv'" *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2: 100-116.

Motmans, J., I. Biolley og S. Debunne (2010) *Being transgender in Belgium. Mapping the social and legal situation of transgender people*. Brussels: Institute for the equality of women and men

Måwe, I. (2012) "HBTQ-pasienter kränks bakom stängda dörrar," i *Genus* 2012:1

Namaste, V. (2009) "Undoing Theory: The 'Transgender Question' and the Epistemic Violence of Anglo-American Feminist Theory" i *Hypatia, Journal of feminist philosophy* Special Issue: Transgender Studies and Feminism: Theory, Politics, and Gendered Realities vol. 24, no. 3, pp11-31

NCTE (2011) *Peer Violence and Bullying Against Transgender and Gender Nonconforming Youth*. National Center for Transgender Equality, USA

Nuland, B.R. og Grønningsæter, A. (2008) *Lesbiske og homofile i Sapmi: en narrativ levekårsundersøkelse*. Fafo-rapport 2009:26

Olsson, S. og A. R. Möller (2003) *On the incidence and sex ratio of Transsexualism in Sweden, 1972-2002*. Archives of Sexual Behavior, 32, 381-386.

Pardo, F. (2008) *Growing Up Transgender: Research and Theory*. ACT for Youth Center of Excellence, Cornell University, University of Rochester, and New York State Center for School Safety

Rasmussen, M.V. (2005) *Å gjøre kjønn: Performativitet og meningsskapning blant transkjønn og andre kjønn i Norge*. Masteroppgave i sosialantropologi – Universitetet i Bergen.

Rawls, J. (1971) *A Theory of Justice*, New York: Oxford University Press.

Rawls, John (1993) *Political Liberalism*, New York: Colombia University Press.

Ringo, P. (2002) "Media roles in female-to-male transsexual and transgender identity formation", *International journal of transgenderism* 6(3). ([www.symposion.com/ijt/ijtvo06no03\\_01.htm](http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no03_01.htm))

Røthing, Å. og S. Bang-Svendsen (2009) *Seksualitet i skolen: perspektiver på undervisning*. Cappelen Damm Akademisk

Schilt, K., Westbrook, L. (2009) "Doing Gender, Doing Heteronormativity: 'Gender Normals,' Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality". *Gender & Society* 23 (4): 440–464.

Serano, J. (2007) *Whipping girl. A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Berkely: Seal Press

- Scott-Dixon, K. (2009) "Public Health, Private Parts: A Feminist Public-Health Approach to Trans Issues", i *Hypatia, Journal of feminist philosophy Special Issue: Transgender Studies and Feminism: Theory, Politics, and Gendered Realities* vol. 24, no. 3, s. 33-55
- STA (2008) *Transgender experiences in Scotland. Research summary*. Key research findings of the Scottish Transgender Alliance survey of transgender people living in Scotland
- STA (2010) Public bodies and the public sector duties relating to transsexual and transgender people: Report of findings and case studies Sam Rankin, Tim Cowan James Morton and Patrick Stoakes
- Statens Folkehälsinstitut (2005) *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer* Rapport nr A 2005:19
- SOC 7(2011) WPATH, Standards of Care (SOC7) for the Health of Transsexuals, Transgendered and Gender Nonconforming People
- Stryker, S. og S. Whittle, (2006) *The Transgender Studies Reader* New York, London: Routledge Taylor & Francis Group,
- Stuttaford, M. (2009) "Methods in health and human rights research: towards a spiral of co-learning". In Coomans, F., Kamminga, M. and Grunfeld, F. *Methods of Human Rights Research*, Antwerpen: Intersentia. p. 135-57.
- Tønseth, K. A. m.fl. (2010) "Kjønnskorrigerende kirurgi ved transseksualisme". *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr 4/2010 130:376-9
- Tsoi, W. F. (1988) *The prevalence of transsexualism in Singapore*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501-504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Turner, L., S. White og R. Combs (2009) *Transphobic hate crime in the European Union, A Research Project* Sponsored by ILGA-Europe and Press for Change
- Ungdomsstyrelsen (2010) *Hon, hen, han, en analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt unga transpersoner*. Ungdomsstyrelsen, Sverige
- Valentine, D. (2007) *Imagining Transgender. An Ethnography of a Category* Durham: Duke University Press
- Vennix, P. (2002) "Genderidentiteit en werk bij man-naar-vrouw transgenders", *Tijdschrift voor seksuologie* 26 pp. 245-252
- West C. og Zimmerman, D. H. (1987) "Doing Gender", *Gender & Society* 1, 2: 125 – 151
- White, T. og R. Ettner (2007) "Adaptation and adjustment in children of transsexual parents", *European child & adolescent psychiatry* 16(4).
- Whittle, S., L. Turner og M. Al-Alami (2007) *Engendered penalties: transgender and transsexual people's experiences of inequality and discrimination*, Wetherby: Equalities Review.
- Whittle, S., L. Turner, R. Combes og S. Rhodes (2008) *Transgender Eurostudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. The European Region of the International Lesbian and Gay Association

## Vedlegg 1

### *Organisering av prosjektet*

*Oppdragsgiver* er Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

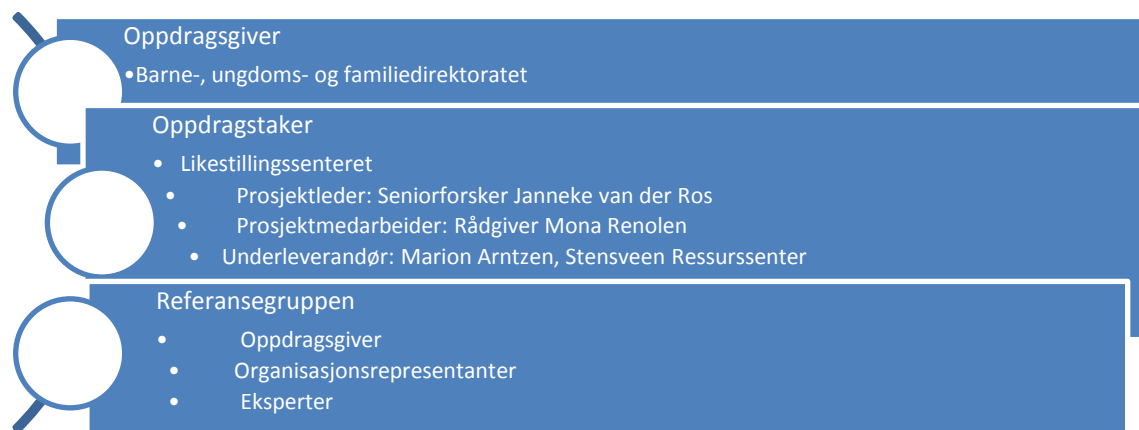
*Oppdragstaker* er Likestillingscenteret, Hamar. Prosjektet ledes av seniorforsker Janneke van der Ros, som også er førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer. Prosjektkoordinator og forfatter av analysekapitlet om Barn og unge er Mona Renolen, rådgiver ved Likestillingscenteret.

*Underleverandør* er Stensveen Ressurscenter, ved Marion Arntzen. Arntzen har med sin lange og brede erfaring og sitt omfattende kjennskap til personer i feltet, vært en viktig samtalepartner og bidragsyter. Hun er også vært sentral i å spre informasjon om prosjektet, og i rekruttering av informanter. Hun har deltatt som observatør under fokusgruppesamtalene og deltar i referansegruppens møter.

#### *Referansegruppen*

I tillegg til representanter for oppdragsgiver, Hanne Grasmø og Bjørn Lescher-Nuland, er følgende organisasjoner representert i prosjektets referansegruppe: Transpolitisk utvalg i LLH, transpolitisk utvalg i Skeiv Ungdom, Foreningen for transpersoner Norge (FTP), Harry Benjamin ressurscenter for pasientgruppen med diagnose transseksualisme (HBRS), Helsedirektoratet og Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO), samt en ekspert på feltet, Professor i sexologi Esben Esther Pirelli Benestad ved Universitetet i Agder.

### **Organisering av prosjektet**



## Vedlegg II

### Vi søker informanter til forskningsprosjekt:

#### Levekår, livssituasjon og livskvalitet til transpersoner og personer med kjønnsidentitetstematikk

LHBT-senteret i Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (BufDir) er oppdragsgiver for forskningsprosjektet som blir gjennomført av et forskerteam ved Likestillingscenteret, Hamar, i nært samarbeid med Stensveen Ressurssenter. Høgskolen i Lillehammer er behandlingsansvarlig institusjon og at det vil bli benyttet lydopptak under fokusgruppesamtalene.

For å få belyst levekår ønsker vi å snakke med ca. 20-25 personer, ca 7-8 personer i hver fokusgruppe hvor vi tar opp følgende hovedtema:

#### 1. Hvordan definerer du deg?

Hva er inkluderende og fruktbar terminologi for denne mangfoldige gruppen personer? Og hva er godt språkbruk i den politiske kampen?

#### 2. Helserelevante fortellinger. Erfaringer av møter med helsevesen og offentlige tjenester

Hvilke erfaringer har du med kjønnsidentitetsbekreftende behandling, i Norge eller utlandet? Hva er oppfølgingsrutinene? Hvordan er erfaringer med helsevesenet, og offentlige tjenester generelt – når det er konflikt mellom ens juridiske kjønn og ens kjønnsuttrykk? Hvordan er erfaringer med helsevesen og politi i møte med vold?

#### 3. Når tausheten brytes: Komme ut prosessen. Opplever du forestilte og reelle "katastrofer"?

Hva er/var dine reaksjoner og mestringsstrategier? Håndtering av egen og andres fobier. Reaksjoner hos nærmeste som partner, barn, nærmeste familie, venner, arbeidskolleger, i nabolaget, osv.; var det så "ille" som du fryktet? Var det "godt" å bryte tausheten?

#### 4. Når får jeg være den jeg er? Barn og ungdom og deres håndtering av egne erfaringer

Hvordan er egne følelser og tanker, hvilke støttesystem finnes på skolen, helsesøster, PPT- tjeneste, fastlegen. Hva sier kjæreste/medelever, mor og far, mm.? Hvordan oppleves forelskelser? Hva slags informasjon, behandling og oppfølging tilbys barn og ungdom?

#### 5. Er det organisasjoner i Norge som du føler deg hjemme i (som LLH, Skeiv Ungdom, Skeiv Verden, FTPN, HBRS<sup>67</sup>)?

Internasjonalt og i andre land vokser bevegelsene, tausheten er brutt og det snakkes høyt om menneskerettighetsbrudd. Er du aktiv, hvor, i hvilke allianser, hvordan? Hva er viktige saker for deg?

<sup>67</sup> LLH=landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Skeiv Ungdom er for ungdom som er lesbiske, homofile, bifile og/eller trans; Skeiv Verden er for lesbiske, homofile, bifile og trans fra andre land, FTPN = foreningen for transpersoner, HBRS= Harry Benjamin Ressurssenter; pasientforeningen for transseksuelle.



## Gjennomføring

Vi gjennomfører tre fokusgrupper; to på Østlandet og en i Bergen, med varighet på ca 5 timer, fra kl. 14:00-19:00/15:00-20:00, mat og kaffe/te/mineralvann inkludert. Reiseutgifter til fokusgruppe blir dekket etter satsene til statens reiseregulativ (dvs. billigste reisealternativ).

### Når og hvor avholdes fokusgruppene?

Sted	Dato	Fokus	Hovedvekt på tema
Bergen	Mandag 16. april	temaene 1, 2, 3 og 5	Helsefortellinger
Stensveen Ressurscenter	Fredag 20. april	temaene 1,3 og 5	Når taushet brytes
Stensveen Ressurscenter	Mandag 23. april	temaene 1,3, 4 og 5	Erfaringer til ungdom

### Anonymitet

Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i endelige rapporter og presentasjoner. Videre vil navnene til informanter oppbevares nedlåst og adskilt fra det øvrige datamaterialet. Opplysningene anonymiseres og lydopptak slettes når prosjektet er ferdig, innen utgangen av 2012

### Kvalitetssikring

Referansegruppe som vi diskuterer forskningsopplegget med består av representanter fra sentrale LHBT organisasjoner og eksperter på feltet, samt en representant fra LDO og fra Helsedirektoratet.

### Interessert i å delta eller få mer informasjon?

Si fra hvis du har lyst til å delta, og angi kort hva som er viktige tema for deg, til prosjektkoordinator Mona Renolen, [mr@likestillingscenteret.no](mailto:mr@likestillingscenteret.no) så snart som mulig.

Vi ser frem til å møte dere. Velkommen!

Mona Renolen

Janneke van der Ros

Marion Arntzen

Prosjektkoordinator

Prosjektleder

Stensveen Ressurscenter

[mr@likestillingscenteret.no](mailto:mr@likestillingscenteret.no)

Prosjektmedarbeider

tlf: 907 33 756

## Vedlegg III



27.mars 2012

### Forskningsprosjekt om levekår, livssituasjon og livskvalitet til transpersoner og personer med kjønnsidentitetstematikk

*Kjære informant til fokusgruppen i Bergen: "Når tausheten brytes: Komme ut prosessen"*

Vi er veldig glad for at du har sagt deg villig til å delta i levekårsprosjektet, finansiert av LHBT-senteret i Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet. Prosjektet gjennomføres av Likestillingscenteret på Hamar i samarbeid med Stensveen Ressurssenter, ved Marion Arntzen.

Formålet med prosjektet er å gi myndighetene bedre kunnskap om og innsikter i gruppenes levekår, livssituasjon og livskvalitet som grunnlag for politikkutforming for likeverdige tjenester, likestilling og like rettigheter.

Fokusgruppen vi har bedt deg delta i vil bl.a. ta opp følgende spørsmål relatert til komme-ut prosesser: Hva er/var reaksjonene fra nære relasjoner; partner, barn, nærmeste familie, venner, og hvordan reagerte/reagerer folk på arbeid, i nabolaget, osv.? Hva er/var dine reaksjoner og mestringsstrategier i møte med andres reaksjoner? Hvordan var det å bryte tausheten? Hvordan håndteres egen og andres fobier?

Vi vil også diskutere hva dere mener er egnede betegnelser og begrep for å inkludere ulike grupper, og for å synliggjøre målgruppenes ulike erfaringer og behov. Videre er det dine og de andre gruppe-medlemmenes opplevelser og hverdags erfaringer vi vil høre om; dvs. om livet ditt med eller uten kjæreste, erfaringer på skole/i utdanning og i jobb, i det offentlige rom (**som offentlig transport, kino, treningssenter, restaurant/utested, butikk, strand, svømmehall eller lignende**) og dine erfaringer med ulike deler av offentlige myndigheter, for eksempel helsevesenet.

Det er både "sorger" og "gleder" vi ønsker å få belyst. Til slutt ønsker vi å diskutere forslag til tiltak som myndighetene kan arbeide med for å bedre livsbetingelser, motarbeide diskriminering og sikre likestilling og like rettigheter til målgruppene.

Janneke van der Ros og Mona Renolen ved Likestillingscenteret leder samtalen, som tar mellom 4 og 5 timer. Det vil bli gjort lydopptak av samtalen. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og lydopptak slettes når prosjektet er ferdig, innen utgangen av 2012.

#### **Sted og tid for fokusgruppesamtalen:**

**Sted:** Bergen, Allégaten 40  
**Dato:** mandag 16. april, kl.: 14:00 – 19:00 (**Vennligst møt presis og gi beskjed dersom du skulle bli forhindret fra å komme**)

*Praktisk informasjon:* Reisekostnader (billigste alternativ) dekkes, og mat og drikke serveres i tilknytning til intervjuet. Ta gjerne kontakt med meg dersom noe er uklart. Vi ser frem til en god samtale!

Med vennlig hilsen  
 Mona Renolen, prosjektkoordinator

## Vedlegg IV



27.mars 2012

### Forskningsprosjektet: Levekår, livssituasjon og livskvalitet til Transpersoner og personer med kjønnsidentitetstematikk

*Kjære informant til fokusgruppe om helse*

Vi er veldig glad for at du har sagt deg villig til å delta i levekårsprosjektet, finansiert av LHBT-senteret i Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet. Prosjektet gjennomføres av Likestillingscenteret på Hamar i samarbeid med Stensveen Ressurssenter, ved Marion Arntzen.

Formålet med prosjektet er å gi myndighetene bedre kunnskap om og innsikter i gruppenes levekår, livssituasjon og livskvalitet som grunnlag for politikktutforming for likeverdige tjenester, likestilling og like rettigheter.

Formålet med *fokusgruppen* du er invitert til å delta i, er å få frem erfaringer ulike informanter har/har hatt med helsevesenet. Tema vi vil ta opp er bl.a. erfaringer med kjønnsidentitetsbekreftende behandling, i Norge eller utlandet. Hvordan har dere opplevd oppfølgingsrutinene etter behandling, og hva er tilbudet til de som ikke får behandling? Videre vil vi ta opp erfaringer med helsevesenet og offentlige tjenester knyttet til konflikt mellom juridisk kjønn og ditt kjønnsuttrykk? Og hvordan opptrer helsevesen og politi i møte med vold?

I fokusgruppene vil vi også diskutere hva som er egnede betegnelser og begrep for å inkludere ulike grupper, og for å synliggjøre målgruppenes ulike erfaringer og behov. Det er dine og de andre fokusgruppedeltagernes opplevelser og hverdagerfaringer vi vil høre om; dvs. om livet ditt med, eller uten partner, forhold til evt. barn, erfaringer på arbeid/i utdanning, i det offentlige rom (som offentlig transport, kino, treningssenter, restaurant/utested, butikk, strand, svømmehall eller lignende) og dine erfaringer med andre deler av offentlige myndigheter. Det er "sorger" og "gleder" vi ønsker å få belyst og hva som er dine mestringsstrategier i hverdagen. Vi ønsker også å diskutere forslag til tiltak som myndighetene kan arbeide med for å bedre livsbetingelser, motarbeide diskriminering og sikre likestilling og like rettigheter for målgruppene.

Janneke van der Ros og Mona Renolen ved Likestillingscenteret leder samtalen, som tar mellom 4 og 5 timer. Det vil bli gjort lydopptak av fokusgruppesamtalen. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og lydopptak slettes når prosjektet er ferdig, innen utgangen av 2012.

*Sted og tid for fokusgruppesamtalen:*

**Sted:** Stensveen Ressurssenter  
**Dato:** Fredag 20. april, kl.: 14:00 – 19:00 (Vennligst møt presis og gi beskjed dersom du skulle bli forhindret fra å komme)

*Praktisk informasjon:* Reisekostnader (billigste alternativ) dekkes, og mat og drikke serveres i tilknytning til intervjuet. Ta gjerne kontakt med meg dersom noe er uklart. Vi ser frem til en god samtale!

Med vennlig hilsen  
 Mona Renolen, prosjektkoordinator

## Vedlegg V



2.april 2012

### Forskningsprosjekt om levekår, livssituasjon og livskvalitet til transpersoner og personer med kjønnsidentitetstematikk

*Kjære informant til fokusgruppe om unge voksnes erfaringer*

Vi er veldig glad for at du har sagt deg villig til å delta i levekårsprosjektet, finansiert av LHBT-senteret i Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet. Prosjektet gjennomføres av Likestillingscenteret på Hamar i samarbeid med Stensveen Ressurssenter, ved Marion Arntzen.

Formålet med prosjektet er å gi myndighetene bedre kunnskap om og innsikter i gruppenes levekår, livssituasjon og livskvalitet som grunnlag for politikkutforming for likeverdige tjenester, likestilling og like rettigheter.

I fokusgruppen vi har bedt deg delta i, vil vi blant annet ta opp følgende spørsmål: Hvordan er egne følelser og tanker rundt kjønn og kjønnsidentitet? Hva sier venner, familie, kjæreste og andre? Hvilke støttesystem finnes på skolen, er helsesøster, PPT- tjeneste eller fastlegen til hjelp? Hvordan oppleves forelskelser? Hva slags informasjon, behandling og oppfølging tilbys barn og ungdom?

Vi vil også diskutere hva dere mener er egnede betegnelser og begrep for å inkludere ulike grupper, og for å synliggjøre målgruppenes ulike erfaringer og behov. Videre er det dine og de andre fokusgruppedeltagernes opplevelser og hverdags erfaringer vi vil høre om. Det kan være erfaringer på skole/i utdanning og i jobb, i det offentlige rom (som offentlig transport, kino, treningssenter, restaurant/utested, butikk, strand, svømmehall eller lignende) og dine erfaringer med ulike deler av offentlige myndigheter, for eksempel helsevesenet.

Det er både "sorger" og "gleder" vi ønsker å få belyst og hvilke mestringsstrategier du har å bruke i hverdagen. Vi ønsker også å høre om forslag til tiltak som myndighetene kan arbeide med for å bedre livsbetingelser, motarbeide diskriminering og sikre likestilling og like rettigheter til målgruppene.

Janneke van der Ros og Mona Renolen ved Likestillingscenteret leder samtalen, som tar mellom 4 og 5 timer. Det vil bli gjort lydopptak av fokusgruppesamtalen. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og lydopptak slettes når prosjektet er ferdig, innen utgangen av 2012.

*Sted og tid for fokusgruppesamtalen:*

**Sted:** Stensveen Ressurssenter  
**Dato:** Mandag 23. april, kl.: 14:00 – 19:00 (Vennligst møt presis og gi beskjed dersom du skulle bli forhindret fra å komme)

*Praktisk informasjon:* Reisekostnader (billigste alternativ) dekkes, og mat og drikke serveres i tilknytning til intervjuet. Ta gjerne kontakt med meg dersom noe er uklart. Vi ser frem til en god samtale!

Med vennlig hilsen  
 Mona Renolen, prosjektkoordinator

## Vedlegg VI

# Intervjuguiden til fokusgruppesamtalene

## Første del – felles for alle fokusgruppene

### **Taushetsplikt, tiltaleform og toleranse – de tre t'ene**

- 1 *Den første og svært viktige er at alt som blir sagt her, forblir her. Vi alle har taushetsplikt. Vi forskere samler informasjon om levekår og erfaringer og deres opplevelser, men ikke noe av dette skal kunne tilbakeføres til enkeltpersoner.*
- 2 *Vi tar samtalen opp på bånd, for å slippe å notere – det hemmer samtalen. Når prosjektet er avsluttet, tilintetgjøres båndene, i tråd med regler for personvern fra datatilsynet – og i mellomtiden oppbevares de i avlåst skap.*
- 3 *Vi tar snart en runde med å bli kjent med hverandre, hvor vi ber hver enkelt si hvordan de omtaler seg selv og hvordan de ønsker å bli tiltalt – og så overholder vi de ønskene.*
- 4 *Samtidig ber vi om overbærenhet dersom vi sier feil – men vi ber også om å bli korrigert!*

### **Folkeskikk og respekt**

- 1 *alle skal komme til ordet, bli hørt, gjerne også kommentert – men i en respektfull tone*
- 2 *vi trenger ikke være enige med hverandre, vi har ulike erfaringer og opplevelser, og det former våre oppfatninger og meninger – men andres holdninger og oppfatninger respekteres.*
- 3 *Fint om vi kan reflektere over ulikhetene og få belyst tema fra ulike vinkler*

### **Frihet til å snakke og til å tie**

- 1 *Vi svarer bare på det vi vil svare på, og dersom en kjenner at en vil forlate gruppen, eller ønsker en pause, så er det greit. En kan uten å behøve å forklare seg avbryte intervjuet, eller ta en pause.*
- 2 *Det gjelder også så enkle saker som å ta kaffe/te, be om en røykepause, mm.*
- 3 *Frihet også til å kritisere/komme med forslag på andre tema – men vi gjerne ha slike tilbakemeldinger til slutten i intervjuet. Notér gjerne ned hva dere anbefaler vi gjør annerledes i neste fokusgruppe, mm.*

### **I Informantenes presentasjon av seg selv for gruppen :**

- *Hvem er du/hvem vil du fremstå som i dag? Hva er viktig for deg at vi vet om deg?*
- *Hvordan omtaler du deg selv, og hvordan vil du bli tiltalt? Hvilket pronomen foretrekker du?*
- *Har du eksempler på situasjoner der du opplevde måten du ble omtalt på/tiltalt som krenkende?*
- *Hvilke betegnelser er en fortrolig med?*

**Komme ut prosesser:**

- Fortellinger om hvordan de *selv* ble klar over følelser av disharmoni mellom tillagt kjønn og selv identifisert kjønnsidentitet
- Hvem fortalte dere det til; når, hvordan og fortellinger om reaksjoner og egne reaksjoner på disse igjen
- Mer generelt: Hva var/er fortsatt konsekvenser av å komme ut – for partner/kjæreste, familie, arbeid, bolig, naboskap, helse, andre forhold?
  - Frykt for egne og andres fobier– og hvordan takle slike?
  - Vold og frykt for vold
  - Positive erfaringer med det å skifte kjønnsuttrykk
  - Religiøs tilknytning og betydningen for håndtering av kjønnsidentitet og for 'komme ut' prosessen

**Fokusgruppe om helse***Erfaringer med Seksjon for transseksualisme (SfT) ved Rikshospitalet:*

- Vi vil be de som har fått innvilget og/eller gjennomgått hel eller delvis behandling fortelle om prosessen, dens sekvenser, tidshorizonten, oppfølging og samarbeid mellom ulike helseinstanser mm.
- De som søkte men ikke fikk innvilget SfT sin kjønnsidentitetsbekreftende behandling. Tema vil være: Oppfølging fra seksjonen, informantens reaksjoner, og hva de gjør selv ift evt. kjønnsidentitetsbekreftelse.
- Til de som ikke ønsker kjønnsidentitetsbekreftende behandling; Hva er grunnene, hvordan er oppfølging/behandling i helsevesenet av disse som da har tvetydig kjønnsidentitet (den juridiske versus deres kjønnsuttrykk)

**Andre aktuelle temaer:**

- Seksuell orientering etter kjønnsidentitetsbekreftende behandling
- Erfaringer med rusproblematikk
- Er HIV/ AIDS problematikken et tema i Norge?
- Hva tenker informantene om
  - psykiatrisk behandling ifm kjønnsidentitetsbekreftende behandling,
  - mental helsediagnose F64.0
  - steriliseringskravet, og de politiske prosessene i EU og andre land der steriliseringskravet diskuteres som et menneskerettsspørsmål
  - evt. andre vilkår for kjønnsidentitetsbekreftende behandling.
- Hvilke type råd de vil de gi andre i samme situasjon?

*Erfaringer med helsevesenet, ikke direkte relatert til kjønnsidentitet/-uttrykk men der helsepersonalets reaksjoner kan være preget av trans/kjønnsidentitet/uttrykk: Fortellinger om erfaringer fra helsevesenet i hverdagslige helsesituasjoner - som influensa, benbrudd, vaksinerings, legevaktbesøk, sykehusopphold eller annet*

- Har dere eksempler på gode eller vonde opplevelser?
- Hvilke strategier har dere brukt for å takle ubehagelige møter?

- Har dere opplevd selv eller kjenner noen som har opplevd vold/hatkriminalitet.

*Historier fra andre offentlige instanser som NAV, politiet, forsikring med mer. Opplevelser fra helsevesenet som kan henge sammen med andre egenskaper som alder/generasjon, funksjonsevne, religiøse oppfatninger, etnisitet, med mer:*

- Har du tenkt over om det er andre forhold som spiller inn ift hvordan du har blitt møtt?
- Religion; har det gjort prosessen enklere, vanskeligere?

### **Seksualitet:**

- Finnes det møteplasser/tilbud i helsevesenet der de kan diskutere sex og seksualitet spesielt for disse gruppene?
- Er seksualitet er et vanskelig tema?

### **Forslag til endring i (deler av) helsevesenet:**

- Har dere forslag til tiltak som kan bidra til mer likeverdige og trygge helsetjenester?

### **Fokusgruppe om komme ut prosesser**

*Egne tanker, forventninger, frykt ifm å komme ut prosessen:*

- Hvem var den/de første du valgte å komme ut til – hvorfor nettopp disse?
- Hva var reaksjonene – stemte de med din frykt og/eller dine forhåpninger om forståelse etc.
- Hva var du mest redd for da du skulle stå fra (eventuelt; hva gjør at du ikke står fram, hva er du mest redd for). Hva tror/trodde du kan/kunne skje?
- Er det noen bestemte personer/grupper du ikke ønsker å fortelle det til? Hvorfor i så fall

*Hvordan reagerer familie.:*

- Hvem var familien din da du kom ut, og hvem definerer du som familien din i dag?
- Hva var deres reaksjoner?
- Hvordan var dine egne reaksjoner ifm å komme ut ovenfor familien? Hvordan mestret du det?

*Hvordan reagerer nære venner:*

- Hva er viktige kjennetegn for å beskrive "en nær venn"?
- Har de mistet venner og/eller fått nye (nære?) venner som resultat av å bryte taushet om kjønnsidentitet?

*Reaksjoner i det offentlige rom:*

- Har du opplevd reaksjoner- somi lokalbutikken, biblioteket, kafeen, frivillige organisasjoner, borettslag, andre steder`?
- Hvordan var dine egne reaksjoner og mestringsstrategier?
- Flyttet du før eller under transformasjons-prosessen og/eller hormonbehandlingen for å begynner et 'helt nytt liv'?
- Hvordan var i så fall erfaringene med å 'begynne på nytt'?
- 

*Reaksjoner på arbeidsplassen eller i utdanningsinstitusjonen:*

- Skiftet du jobb/studiested før eller transformasjonsprosessen og/eller hormonbehandling?
- Hvordan ble du møtt av kollegaer/medstudenter underveis?
- Hvordan var dine reaksjoner og mestringsstrategier?

*Reaksjoner i religiøse miljøer og religionens betydning for selvforståelse:*

- Erfaringer med å ha en religiøs tro/være knyttet til et religiøst miljø, knyttet til prosesser med å stå fram/endre kjønnsuttrykk
- Hvordan er ditt forhold til religion knyttet til dimensjoner og erfaringer ved å være trans\*person

*Å stifte egen (ny) trans\* familie, erfaringer med foreldreskap:*

- Hvilke hvilke erfaringer har de når det gjelder å få ny partner/stifte familie?
- Hvilke tanker/ønsker har informantene om å få/ikke kunne få egne barn etter fullstendig kjønnskorrigerer?

**Fokusgruppe om barndom og ungdomstid***Bevissthet om kjønnsforståelse:*

- *Hvordan og når oppdaget dere disharmoni/konflikt mellom tillagt kjønn og egen kjønnsidentitet?*
- Kjente dere til fenomenet trans/kjønnsidentitetstematikk?
- (Hvor) søkte dere info?
- Hvordan håndterte dere erkjennelsen og
- Hvilke muligheter opplevde dere at dere hadde til å leve i tråd med egen identitet?
- Redsel for andres reaksjoner
  - hvem sine reaksjoner var/er de mest redd for og hva frykter de?
  - Hvilke katastrofer forestilte dere dere?

*Forhold til den nære familien:*

- Hvem føler/følte dere at dere kunne snakke med?



- Opplevde dere å få støtte?
- hvor ellers søkte/søker de støtte?
- Hvordan reagerte den/de dere fortalte det til, og hvordan håndterte dere andres reaksjoner?

*Forhold til kjæreste og venner:*

- Har dere snakket med kjæreste om det?
  - Tør dere?
  - Har dere mistet kjærester på grunn av kjønnsidentitetsproblematikken?
- Hva er venners reaksjoner når dere forteller?
- Mistet eller fått nye venner?
- Hvordan håndterer dere venners reaksjoner? Hva gjør det med deg?

*Barnehage :*

- opplevelser med å uttrykke sin kjønnsidentitet i barnehagen, hvis de ønsket det, og hvordan de ble møtt av de andre barna og av personalet. Eksempler på gode måter å bli møtt på?

*Skole:*

- *Fortellinger fra skoletiden - følte dere at dere kunne uttrykke ønsket kjønnsidentitet på skolen, hvordan ble dere møtt av medelever, lærerne, helsesøster, PP-tjeneste?*
- Opplever/opplevde dere trakassering/ekskludering
  - tok lærere tak i dette?
  - Andre? Hvem?
- Opplevde dere frykt for å søke veiledning, tilrettelegging/støtte?
  - Positive erfaringer?
- Støtte fra foresatte med å komme ut på skolen?
- Om evt. ubehag/problemer ifm. Gym, svømmetimer på skolen og hvordan de taklet det? Var trans eller kjønnsidentitetsproblematikk et tema i undervisningen på skolen?

*Fritidsaktiviteter:*

- Fortell om erfaringer i fritidsaktiviteter de har deltatt/deltok i gjennom barndom og ungdom
- Har kjønnsidentitetssituasjon påvirket valg av fritidsaktivitet?
  - Er det visse typer aktiviteter de ikke vil(le) delta i?
- Har dere opplevd ekskluderende og/eller inkluderende handlinger på ulike arenaer for fritidsaktiviteter? Og hvordan håndterer dere slike situasjoner?
- Har dere opplevd problemer/ubehag med omkleddingssituasjoner?
  - Hvordan løser dere disse?

*Tilgang på informasjon ifm seksualitet:*

- *Er seksualitet et vanskelig tema å ta opp/søke info om?*

- Har dere opplevd behov for informasjon om seksualitet og sex?
- Hvor de evt. (ønsker) å finne slik informasjon?
- Kjenner dere til ungdomssidene til RFSL i Sverige (notér)

Åpen diskusjon om tiltak for å tilrettelegge for dem:

- Hvilke behov har dere opplevd, f.eks. om hvordan de ønsker å bli møtt på skole/helsetjenesten, PPT osv.
- Eksempler på gode erfaringer med at deres interesser og behov ble godt ivaretatt?
- Opplever de at det er åpenhet om trans\*/kjønnsidentitetstematikk
  - dvs. vet folk noe om hva det er?
  - tør de spørre, eller opplever de mest uvitenhet og taushet?
- Ser dere for dere muligheten til å leve livet i det kjønnsuttrykk dere ønsker?
- Hvilke råd vil du gi andre i samme situasjon? Hvorfor?

Transpolitisk organisering:

- Dette punktet ledes som en diskusjon rundt bordet om hva deltakerne anser som viktige politisk spørsmål – prioritering og organisering, med mer.
- Er du aktiv innenfor en T eller K organisasjon?
- Hvilke – hvordan, hva er viktige tema for deg der?
- Be om stikkord (skriver på tavle) og utdypning av begrunnelser for prioriteringer, samt invitere til forslag til tiltak
- Er du aktiv i en annen (politisk) organisasjon – er du transpolitisk aktiv der?

Fordeler og ulemper ved å tilhøre LHBT:

- Er det greit å være under LHBT-paraplyen?
- For dere som er hetero – er det greit å være under en paraply for seksuell orientering?
- Kan dere tenke dere andre grupperinger dere heller vil være plassert i? hva slags organisasjon da?
- Eller lage en annen gruppering for personer med kjønnsidentitetstematikk?

## Siste del - felles for alle fokusgruppene. Avrunding og evaluering

- Er det *andre tema/spørsmål/erfaringer* vi ikke har berørt og som dere gjerne vil si noe om?
- *Evaluering av samtalen*: kjentes det vi snakket om relevant for dere? Var det ubehagelig noen ganger, eller var det greit å få snakket om dette?
- Ble det mange tanker?
  - Marion A er her etterpå, og kan ringes når som helst om en skulle ha behov for det.
  - Og mulig å skrive/ringe oss om det er ting en kommer på som dere vil fortelle

Videre prosessen i prosjektet: dere får slags oppsummering, som dere kan kommentere/tilføye ting. Dere får foreløpig rapport til gjennomlesing og kommentering

## Vedlegg VII

Godt forslag til toalettløsning



**Kontaktinformasjon:**

Janneke von der Ros

jvdr@likestillingscenteret.no

Tlf: 99097952

Signe Opsahl

so@likestillingscenteret.no

Tlf: 48 89 11 81

Vangsvegen 73, 2317 Hamar

**[www.likestillingscenteret.no](http://www.likestillingscenteret.no)**