

«En særlig trang til å ville forandre
sitt kjønn»

Kjønnsskiftebehandling i Norge 1952-1982

Sigrid Sandal



Masteravhandling i Historie
Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap
Det Humanistiske Fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

01.09.2017

«En særlig trang til å ville forandre sitt kjønn»

Kjønnskiftebehandling i Norge 1952-1982

© Forfatter Sigrid Sandal

2017

«En særlig trang til å ville forandre sitt kjønn» Kjønnsskiftebehandling i Norge 1952-1982

Sigrid Sandal

<http://bora.uib.no/>

IV

Forord

Fyrst og fremst så må eg få takke mine vegleiarar Astri Andresen og Teemu Sakari Ryymin for god oppfølging, råd og innspel gjennom heile prosjektet.

Oppgåva har også hatt stor nytte og glede av fagleg tilsette og medstudentar på masterseminaret og medstudentar på lesesalen. Det har vore to fagleg utfordrande og spanande år, med eit sosialt fellesskap på tvers av seminar som eg ikkje ville ha vore forutan.

Eg vil også takk mor, Ann Karin Sandal som har støtta og oppmuntra, lest korrektur og gitt kommentarar på arbeidet. Min familie som har teke stor interesse i arbeidet, og som alltid har oppmuntra mi interesse for historiefaget.

I to år har eg stort sett prata om kirurgiske inngrep, kjønnskategoriar og latinske omgrep for genitalia. Takk til mine tolmodige og oppmuntrande venner, de har vore ei styrke.

Ein stor takk må også rettast til Skeivt Arkiv, for faglege innspel og tildeling av masterstipend.

Oppgåva har vore eit nybrotsarbeid i eit dagsaktuelt tema som nok for mange kan opplevast som personleg. Det har vore eit krevande og givande arbeid. Derfor vil eg seie takk til alle som har oppmoda om å ta tak i tematikken og om har vist engasjement og entusiasme over prosjektet

Innhald

Kapittel 1: Innleiing	2
Problemstilling.....	3
Tidlegare forskning.....	3
Bruk av omgrep	7
Omgrep og politikk.....	9
Kjeldar	11
Arkivmateriale	11
Den medisinske debatten	13
Medier.....	14
Metode	14
Disposisjon av oppgåva	16
Kapittel 2: Føresetnader for kjønnskifte	17
Om mann, mellomledd og kvinne	17
Nye kjønnsroller	19
Helsedirektoratet og Karl Evang si rolle	20
Christine Jørgensen.....	21
Christian Hamburger	25
Korleis kom Jørgensen på operasjonsbordet?.....	26
Kapittel 3: «De som naturen har begått urett mot»	29
Norske reaksjonar på Christine Jørgensen.....	29
Reaksjonar i faglege tidsskrift	33
Norsk Dameblad	34
Utgreiinga av 1956	37
Det sakkunnige utval for behandling av transvestisme	40
Formålet med utgreiinga.....	41
Utgreiinga om behandling	43
Bremers dissens	46
Evang sitt svar på utgreiinga og dissensen	52
Oppsummering	52

Kapittel 4: Skade eller lækje?	54
Følgjer av utgreiinga av 1956	54
Kva var det juridiske problemet?.....	56
Skade eller lækje?	58
Svaret frå Justisdepartementet	60
Pasientane	64
Behandlinga av pasientar	66
Tre nye juridiske problem.....	70
Oppsummering	78
Kapittel 5: frå einevelde til formalisert fagteam	80
Transseksuelle søker behandling i Oslo helseråd	81
Ynskje om formalisering	83
Oslo Helseråd kaller til møte	86
Helsedirektøren sitt svar	88
Per Anchersen endrer standpunkt	90
Forslag til retningslinjer.....	91
Ny utgreiing i 1979.....	92
Vurdering og kontraindikasjonar	96
Behandling og konvertering	99
Erfaringane frå Sverige	101
Reglar for behandling av transseksuelle	104
Oppsummering	104
Kapittel 6: Avslutning og konklusjon	106
Abstract
.....110
Kjelder og	
litteratur
.....111

1 Innleiing

Historikar Joanne Meyerowitz hevda i *How sex changed*, at kjønnskifte operasjonar vart moglege ikkje så mykje på grunn av ny teknologi og kirurgiske moglegheiter, men på grunn av nye tankar om kjønn¹. Fram til tidleg 1900-tal, var det vanleg å tenke om menn og kvinner som motsetningar av kvarandre. Men med det nye århunderet kom også nye teoriar om kjønn innan biologi og psykoanalyse. Fleire av desse hevda at alle menneske hadde komponentar av begge kjønn i seg, men at desse vart uttrykt i ulik grad hjå dei to ulike kjønna. Ein slik modell forklarte også kvifor det fans mange personar som ligg i mellom desse to kategoriane. Og med dette perspektivet opna det seg også for at kjønn kunne endrast på.

I fyrste omgang eksperimenterte ein på endring av kjønnskarakteristikka på dyr, men etterkvart også på menneske. Dette vart teknologisk mogleg ettersom store steg vart tatt innan endokrinologien og med forståinga av kjønnskjerter og kjønnskormosom. Men også ved eksperimentering på villige pasientar. Ein av dei villige forsøkskaninane på 1950-talet var Christine Jørgensen og i 2. desember 1952 pryda ho framsida av *New York Daily News* med overskrifta «Ex-GI Becomes Blonde Beauty: Operations transforms Bronx Youth.» Jørgensen, født av danske foreldre, hadde vore i Danmark og fått gjennomført kjønnsbekreftande behandling hjå endokrinolog Christian Hamburger.² Den dag i dag er Jørgensen kjent som ein av dei tidlege kjønnsopererte transkvinnene og som foregangsfigur i transrørsla.

Historia om Jørgensen fekk ringverknader. Etter at nyhenda om Jørgensen gjekk verda rundt, fekk Hamburger og medarbeidarane psykiater Georg Stürup og kirurg Erhling Dahl- Iversen over 2000 brev frå heile verda om frå personar som ynskja kjønnskifte. Blant desse var om lag 40 norske. Dette var med å sette spørsmålet på dagsorden i Norge, og Helsedirektoratet spurte norske legar om korleis ein kunne forstå fenomenet og kva ein kunne gjere med det. Denne masteroppgåva vil gjere greie for den kjønnskiftebehandlinga som nordmenn fekk mellom 1952 og 1982.

I 1955 satte helsedirektør Karl Evang ned eit utval for utgreiing om operativ behandling til genuine transvestittar. I denne vart nokon former for behandling anbefalt etter

¹ Meyerowitz 2002.

² Endokrinologi er studiet av hormon

strengt kriterium. Seinare skulle det også fleire juridiske utgreiingar til, før ein truleg tidleg på 1980-talet fekk etablert behandlinga av transpersonar som eit nasjonalt tilbod, under ein eigen seksjon ved psykosomatisk avdeling på Rikshospitalet.

Mot slutten av 1970-talet, etter at Oslo Helseråd oppretta ei rådgjevingsteneste for homofile, opplevde dei at det kom til ei rekke personar som søkte kjønnskifte. Og med bakgrunn i dette tek Oslo Helseråd initiativ ovanfor Helsedirektoratet om å formalisere eit behandlingstilbod for denne gruppa. Dette initiativet førte til nye utgreiingar, og eg meiner at dette materialet, saman med utgreiinga frå 1956, gir gode moglegheiter for å studere ei eventuell endring i korleis norske legar og helsemyndigheiter har tenkt om transpersonar i Norge i perioden 1952-1982. Oppgåva vil forsøke å undersøke korleis den juridiske og medisinske forståinga av kjønn, saman med endringar i kjønnsrollemønsteret prega helsetilbodet til transpersonar i Noreg frå 1952-1982.

Problemstilling

Hovudproblemstillinga for masteroppgåva tek sikte på å undersøke korleis norske legar, juristar og helsedirektoratet har tenkt om og behandla genuin transvestisme/transseksualisme i perioden 1952- 1982.³ Med denne hovudproblemstillinga kjem også nokre underspørsmål som kva er det som set i gong ein medisinsk fagleg diskusjon om temaet og korleis utviklar denne seg? Kva premiss måtte ligge til grunn, medisinsk og juridisk for å utføre kjønnskifteoperasjonar i Noreg? Og korleis vart eit nasjonalt behandlingstilbod ved Rikshospitalet etablert?

I denne samanheng siktar omgrepet medisinsk behandling til både hormonell, kirurgisk og psykiatrisk behandling. Dei faglege standpunkta eg siktar til finn ein innanfor medisinen, i fagfelt som til dømes psykiatri, kirurgi og endokrinologi.

Kjønnskifteoperasjonar skapte også meir administrative spørsmål, og justisdepartementet sine vurderingar dikterte kva behandlingsmetodar som vart tillate.

Tidlegare forskning

³ Ei utgreiing om innhaldet i omgrepa genuin transvestisme og transseksualisme er å finne på side 7 -8.

Innan historiefaget finst det ikkje publiseringar på temaet transseksualitet i ein Norsk samanheng tidlegare. Derimot finst det arbeid av Tor Folgerø og Tone Hellesund, innan kulturvitskap. Dei skreiv eit kapittel kalla *Transseksualitet på norsk* i boka *Norske Seksualiteter*, utgitt i.⁴ Kapittelet er ei utgreiing av dagens forståingar av transseksualitet, gjennom blant anna intervju med 15 transseksuelle nordmenn og er ikkje ei historisk undersøking.

Ei kort oppsummering av tidlege tilhøve for medisinsk behandling av transseksuelle og transpersonar finn ein derimot hjå Anniken Sørli. Hennar masteroppgåve *Retten til kjønnsidentitet som menneskerettighet* frå 2013 i rettsvitskap har undertittelen *Kan norsk forvaltningspraksis' krav om irreversibel sterilisering ved endring av fødselsnummer forsvares?* Oppgåva tek for seg

«hvordidt behandlingens operative inngrep (i avhandlingen omtalt som operativ eller irreversibel sterilisering) begrenser retten til kjønnsidentitet og selvbestemmelsesretten etter menneskerettighetene og om dette villkåret er en nødvendig og forholdsmessig betingelse for endring av juridisk kjønn i Norge i 2013.»⁵

I dette arbeidet har Sørli undersøkt kva som var grunnlaget for forvaltningspraksis kring endring av juridisk kjønn. I fylgje Sørli kunne ein endre fødselsnummer om ein hadde fått endra kjønnsstatus. «Hva som ligger i begrepet kjønnsstatus er uklart. Det eksisterer ingen formelle krav, men i praksis ennebærer endret kjønnsstatus at «det har foregått en reell kjønnskoningering.» Slik knyttes juridisk kjønn sammen med medisinsk behandling.»⁶

Kunnskap om korleis dette vart forvaltningspraksis har Sørli funne i ei mappe kalla transseksualisme frå Kontor for psykiatri ved Helsedirektoratet. Sørli sitt arbeid har såleis vore ein viktig inngang til kjeldefunn for denne oppgåva, og det er takka hennar arbeid at eg sjølv har fått tilgong til den same mappa og kjennskap til utgreiinga om operativ behandling ved transvestisme frå 1956. Men Sørli sitt arbeid var ei masteroppgåve i rettsvitskap, som omtalte i korte trekk korleis den norske behandlinga av transseksuelle kom på plass på 1960-talet. Sørli sitt arbeid er ikkje ei historisk avhandling, noko som åpnar for å forske vidare i materialet og gjere ei grundigare historisk analyse.

⁴ Mühleisen og Røthing. (red.) 2009.

⁵ Sørli.2013:2.

⁶ Sørli.2013:2.

Sørliie gir også nokre analysar av dette materialet, som oppgåva freistar å byggje vidare på og undersøke.

«Samtidig var behandlingen og holdningen til pasientene preget av datidens samfunnsforståelse. Den gjenspeiler ikke nødvendigvis dagens forståelse av kjønn (...) Både begrepsbruk og Anchersens innsikt og bruk av forskning bygger på en oppfatning om at ingen mennesker befinner seg utenfor tokjønnsmodellen eller har en individuell eller flytende forståelse av kjønnskategoriene.»⁷

Eit spørsmål for denne oppgåva er då om ein kan finne endringar i perioden for undersøkinga, frå Anchersen sin forståing av kjønn og den forståinga som aktørar som til dømes Oslo Helseråd har på slutten av 1970-talet.

Det har tidlegare ikkje vore gjort forskning på korleis behandlingstilbodet ved Rikshospitalet kom på plass i Noreg og på det behandlingssopplegget som eksisterte før det. er fleire aktørar i dag som opplyser om at det nasjonale behandlingstilbodet ved Rikshospitalet vart formalisert i 1979.⁸ Men det finst arkivmateriale som seier noko anna, og oppgåva vil såleis forsøke å finne svar på når ein kan konstatere at dette tilbodet vart formalisert, og om det i heile teke let seg gjere.

Det har heller ikkje blitt forska historisk på korleis behandling av transseksuelle og transpersonar kom i gong i Noreg og korleis dette såg ut mellom 1952-1982. Det finst såleis ikkje litteratur for meg å støtte meg på som studerer dei norske forholda. Av svensk og dansk forskning, finst det medisinske oppfølgingsstudiar som dekkar perioden. Men av historisk forskning har eg valt å sjå til amerikanske Joanne Meyerowitz og hennar verk *How Sex Changed* frå 2010. Årsaka til dette er blant anna at verket har ei grundig historisk analyse av syn på kjønn og seksualitet gjennom 1900-talet, i både ein amerikansk og europeisk kontekst. Meyerowitz visar til tidleg sexologisk forskning for å forklare korleis medisinen som fagfelt tek til å undersøke moglegheiter for kjønnskifte. Ein raud tråd i verket er forteljinga om Christine Jørgensen, som blir brukt som eit prisme for å undersøke ei utvikling i det amerikanske samfunnet. Ei utvikling frå å tenke om kjønn som ein to-delt biologisk determinisme, der mann og kvinne er biologisk bestemt, på førehand, til eit samfunn som i aukande grad ser kjønn som eit mange-fasettert felt. Eg har valt å sjå til Meyerowitz også på grunnlag av korleis Jørgensen blir plassert, ettersom eg meiner at

⁷ Sørliie. 2013:48-49.

⁸ Tønset et al. 2010.130:376-9.

Jørgensen og forteljinga om kjønnskiftet hadde liknande effekt i Noreg som i USA, nemleg at den massive mediedekninga har bidrege til å sette spørsmålet om kjønnskifte på dagsorden innan norsk helsevesen også.

Ein kan også peike på skilnader i forståing av kjønn og likestilling, og ikkje minst seksualitet. Rolla som Karl Evang spelte som helsedirektør blir gjort greie for seinare i oppgåva, men det peikast på også her at han var oppteken av spørsmål som seksuell opplysning og rettigheter for homoseksuelle. Dette er langt meir liberale haldningar enn kva ein finn hjå det offentlege helsevesenet i USA i same periode. Eit døme på dette er korleis den norske offentlegheita diskuterte homofili på 1960-talet. Gjennom radioprogram på NrK var Karl Evang i kraft av å vere helsedirektør paneldeltakar, der han tydeleg gjer det klart at homofili i seg sjølv ikkje var straffbart, eit standpunkt han hadde haldt sidan utgivinga av *Tidsskrift for seksuell opplysning* på 1930-talet. Evang var også overraska over at det ikkje hadde blitt gjort større framgong på 35 år, når det kom til homofile sin livssituasjon.⁹ Programmet diskuterte lovparagrafen som kriminaliserte homoseksuelle handlingar mellom menn, og dei fleste av deltakarane var positive til lovendringar.

I USA fell dei mest dramatiske åra i transrørsla 1966-1969 saman med borgarrettighetsrørsla, den seksuelle revolusjonen og anti-krigs aktivisme. Dei fyrste organiseringane av transpersonar i form av organisasjonar og tidsskrift skjedde midt i eit stor sosial rørsle, som også fantes i Noreg, men med eit heilt anna alvor og gjennomslagskraft. Det fantes hippiar og radikale rørsler som snakka om krig, fred og seksuell revolusjon i Noreg også, men desse gruppene hadde ikkje utslag i den same sosiale uroen som i USA. Dei norske rørslene var i større grad prega av intellektuelle som fant ein kortare avstand frå plakatar i gata til vedtak på stortinget enn dei amerikanske rørslene.

Meyerowitz si tese i *How sex changed* er at transpersonar har med sin eksistens og offentleg merksemd opna rammene for korleis ein forstår kjønn, og at dette har vore mogleg som fylgje av at rammene for kjønn har blitt utvida. Ho foreslår å forstå transhistorie som ein symbiotisk prosess mellom transidentitet og kjønnsforståing. Dette er eit perspektiv som blir undersøkt i masteroppgåva, men eg meiner at biletet i ein norsk kontekst kan nyanserast noko meir. Situasjonen i Noreg har vore prega av ei utvikling der nokre særleg engasjerte legar utfordra helsedirektoratet til å opne for behandling og utvikle rutinar, med sikte på å hjelpe pasientane sine. Den utviklinga som skjedde i faglege forståingar var eit resultat av diskusjonar mellom behandlarane og møte med pasientar. Men også ved at dei drog

⁹ Evang i radioprogrammet *De homofile og samfunnet* 01.07.1965: 06.00-06.21.

erfaringar frå det internasjonale forskingsfeltet på transvestisme og transseksualisme. For å forstå korleis dette gjekk til kan ein sjå på oppbygginga av det norske helsevesenet. Der behandlinga av transpersonar i USA i hovudsak var privat og utført med store eigenandelar, har diskusjonen i Noreg teke utgangspunkt i eit offentleg helsevesen, utan eigenandelar. I det norske systemet søkte ein å finne universelle løysingar. Medisinsk forskning og fagpersonar har også spelt ei viktig rolle i USA, til dømes Harry Benjamin haustar anerkjenning for å vere arkitekt bak eit behandlingsopplegg som inspirerte verda rundt. Men i USA har ikkje dei faglege diskusjonane i same grad, bore preg av å vere av å ha konsensus. Som vi skal sjå seinare i oppgåva, var spørsmålet om helsetilbodet for transpersonar i Noreg, på eit tidspunkt opp til helsedirektøren og kor vidt han gav klarsignal. Dette er eit særtrekk ved dei norske tilhøva.

Bruk av omgrep

Kjønn

Det norske språket har ei nokre utfordringar når ein talar om kjønn, vi har berre eit ord for det- nemleg kjønn. Det engelske språket har gjort det lettare for seg sjølv med å ha to klare omgrep, *sex*; som er det kroppslege, fysiologiske kjønn, eller *biologisk kjønn* som er vanleg på norsk og *gender*; som er noko meir uklart å forstå. Ein kan seie at *gender* er den kulturelle tolkinga av *sex*, men som Judith Butler peikar på i *Gender Trouble*, er *sex* allereie ein kjønna kategori. På norsk beskriv ein gjerne *gender* som sosialt kjønn, eller som kjønnsrolle. Susan Stryker, som er historikar, pakkar ut *gender*-omgrepet godt i *Transgender history*. Sosialt kjønn er ikkje det same som biologisk kjønn, hevdar Stryker, men omgrepa blir ofte brukt om ein annan, også innan faglitteratur, noko som skapar store forvirringar.¹⁰ Ein oppfatar sosialt kjønn som kulturelt, medan biologisk kjønn blir forstått som biologisk. Men som Stryker også peiker på, er det enkelte som også går i bresjen for at biologisk kjønn er eit kulturelt produkt.

«The important thing to bear in mind are that gender is historical (it changes through time), and that it varies from place to place and culture to culture, and that it is

¹⁰ Stryker. 2008:11.

contingent (it depends on a lot of different and seemingly unrelated things coming together).»¹¹

Stryker seier vidare at ein her kjem ein til kjernen av det transpolitiske spørsmålet, nemleg at «the sex of the body does not bear any *necessary* or *deterministic* relationship to the social category in which the body lives.»¹² Og dette er i fylgje Stryker eit politisk standpunkt, nettopp fordi det står i kontrast til den allmenne forståinga av at kor vidt ein er mann eller kvinner er avhengig av kva kropp ein har.

Korleis ein forstår biologisk kjønn er også variabelt i høve til fagfelt og perspektiv. I denne oppgåva vert biologisk kjønn forstått som eit omgrep som beskriver fleire faktorar ved menneskekroppen. Biologisk kjønn består av karakteristikkar, og ein skil mellom primære og sekundære kjønnskaraktistikka. Dei primære er genitalia, gonader, hormonsystem, kjønnskromosom. Sekundære kjønnskaraktistikka er ofte mindre kategoriske, og ofte meir bunden av kulturelle oppfatningar, for slike trekk er kroppshår, bryst, kroppsbygning. Som ein ser er biologisk kjønn samansett, og det blir ikkje mindre komplekst av at ein i tolkinga av kva kjønn ein person har, også skal kople dette saman med sosialt kjønn og kjønnsidentitet.

I oppgåva blir det tala om kjønn, og ofte i ei forståing der eit skarpt skille ikkje eksisterte mellom biologisk og sosialt kjønn. Det vil seie at når ein snakkar om kjønnskifte, er det snakk om ein kroppsleg prosess. Omgrepet kjønnskifte, er i og for seg noko anakronistisk, ettersom ein i dag brukar omgrepet kjønnsbekreftande behandling i staden. Dette fordi det i bokstaveleg forstand ikkje er mogleg å skifte kjønn, ettersom kjønn ikkje berre er kroppens ytre, men også hormon, kromosom og genetik. Dette har ein framleis ikkje teknologi for å endre. Alle cellene i menneskekroppen inneheldt arvemateriale som er kjønna, i hovudsak som XX eller XY, og ein kan ikkje endre samlege celler i kroppen.

Transvestisme

Transvestisme er eit omgrep brukt om personar som kler seg som det motsatte kjønn. Ordet kjem frå latin, *trans*-over eller motsatt side og *vestis*: klede¹³. Magnus Hirschfeldt omtalar fenomenet i 1910 som *the erotic urge to cross dress*. Hirschfeldt studerte seksualitet, og starta instituttet for seksualforskning i Berlin. Der studerte han i tillegg til blant anna

¹¹ Stryker. 2008:11.

¹² Stryker. 2008:11.

¹³ Hirschfeldt.1910:124.

homoseksuelle også transvestittar og transseksuelle. Hirschfeld beskriver pasientane sine slik:

«In the apparel of their own sex they feel confined, bound up, oppressed; they perceive them as something strange, something that does not fit them, does not belong to them; on the other hand, they cannot find enough words to describe the feeling of peace, security and exaltation, happiness and well-being that overcomes them when in the clothing of the other sex.»¹⁴

Kring 1950 brukar ein omgrepet genuin transvestime, om det ein seinare omtalar som transseksualisme. Og når desse omgrepa er i bruk siktar transvestisme til cross-dressing, og som oftast til heteroseksuelle menn som hadde behov for å tidvis kle seg i kvinneklede. Genuin transvestisme sikta då til personar som ikkje berre ville kle seg som, men vere det motsette kjønn fullstendig, og til ei kvar tid. Genuin transvestisme vart då brukt om personar som søkte kjønnskifte og operativ behandling.

Transseksualisme

Transseksualisme erstattar omgrepet genuin transvestisme på 1960-talet. Men opphavet til omgrepet er noko diskutert.¹⁵ Legen Harry Benjamin meinte at det var David O. Cauldwell som var opphavsmann til omgrepet, men det var Benjamin sjølv som med *The Transsexual Phenomenon* frå 1966, gjorde omgrepet kjent innan medisinen¹⁶. Benjamin satte opp eit tydeleg skilje mellom transvestisme og transseksualisme. Der det fyrste dreiar seg om cross-dressing og det andre om kjønnskifte. Meiningsinnhaldet i omgrepa endra seg mindre med dette nye omgrepet, transseksualisme, men det gav rom for større nyanseringar.

Omgrep og politikk

I dag er det ikkje upolitisk kva omgrep ein nyttar når ein snakkar om trans*. I hovudsak finst det to ulike perspektiv som av mange blir satt opp mot kvarandre. Det fyrste dreier seg om

¹⁴ Hirschfeld 1910:125.

¹⁵ Richard Ekins og Dave King peikte i 2001 på Bullough og Bullough, i sitt verk *crossdressing, sex and gender* frå 1993, hevda Hirschfeldt brukte psychic transsexual, men Ekins og King finn ikkje ei referanse til dette hjå Bullough og Bullough, og fann heller ikkje omgrepet sjølv hjå Hirschfeldt.
https://www.atria.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/cauldwell_01.htm 23.08.17

¹⁶ Hirschfeld brukte også ordet transseksualisme i 1920, men det er Cauldwell som i 1949 er den fyrste til å bruke omgrepet om personar som søkte å skifte kjønn. Meyerowitz 2002:44.

omgrepa transseksualisme og transseksuelle, der det siktar til den psykiatriske forståinga, og gjerne til definisjonar i diagnosemanualen ICD-10¹⁷ Det er Verdens helseorganisasjon som står bak ICD International Classification of Diseases, i den 10. og gjeldande utgåva er transseksualisme definert som F. 64.0 Transseksualisme og lyd som følger:

«Transseksualisme Sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn. Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen. Ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å gjøre kroppen i mest mulig samsvar med det foretrukne kjønn, er vanlig.»¹⁸

Med transseksuell-omgrepet kjem også omgrep som mann-til-kvinne og kvinne-til-mann, desse omgrepa siktar til personar som er tildelt kjønnnet mann ved fødsel, og gjennom kjønnsbekreftande behandling ved Nasjonalt behandlingsteneste for transseksualisme, NBTS blir kvinne, og personar som er tildelt kjønnnet kvinne ved fødsel og gjennom kjønnsbekreftande behandling ved NBTS blir mann. Men denne definisjonen heldt også på å gå ut på dato. Fram til 1. juni 2016, då lov om endring av juridisk kjønn tredde i kraft, var irreversibel sterilisering ein føresetnad for å endre juridisk kjønn. Irreversibel sterilisering er eit kjønnsnøytralt omgrep for å fjerne kjønnskjerklar, altså testiklar hjå menn og eggstokkar hjå kvinner.¹⁹ For å få gjennomført slike inngrep som kjønnsbekreftande behandling, er diagnosen F 64.0 ein føresetnad. Men frå 1. juni 2016, kan ein altså søke om endring av juridisk kjønn, uavhengig av kva reproduktive organ ein person har.

Det andre prespektivet dreier seg om omgrepet transperson. Dette omgrepet blir nytta som eit paraplyomgrep for mange, om ikkje alle, transidentitetar. Transseksuell er ein slik identitet, men også transvestitt, skeiv, gender-queer, intersex og personar med ukjent kjønn, går inn under transperson-omgrepet. Men også her er det for mange sterke kjensler knytta til identitet og kva omgrep ein bruker. Transperson-omgrepet er ofte satt i samanheng med ei sosialkonstruktivistisk forståing av kjønn, og tilnærmingar til kjønn som ikkje er binære.

¹⁷ Diagnosemanualar er eit klasifikasjonssystem som blir brukt for sjukdommar og helserelaterte problem. Åtsikta er å sikre at helsepersonell arbeider ut i frå dei same sjukdoms- og symptomforståinga. <https://sml.sn.no/ICD-10> 28.08.17.

¹⁸ ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015:190.

¹⁹ Irreversibel sterilisering må ikkje forvekslast med sterilisering. Ved sterilisering, som oftast som prevansjonsmiddel, blir ein del av eggleiarane eller sædleiarane kutta, og ein beheldt kjønnskjerklane og normal produksjon av hormon. Ved irreversibel sterilisering fjernar ein kjønnskjerklane, og då også hormonfunksjonen til desse.

I denne oppgåva brukar eg omgrepet transperson, som eit nøytralt, overordna omgrep som inkluderer så mykje som mogleg. Gjennomgåande i oppgåva, som er ei historisk oppgåve, vil eg nytte dei omgrepa som vert nytta i materialet. Ettersom bruken av omgrepa i materialet eg studerer endrar seg med tida, vil også omgrepa i teksten gjere det. Det betyr til dømes, at omgrep som transvestisme og genuin transvestisme blir brukt om det same fenomenet som på eit seinare tidspunkt blir kalla transseksualisme.

Masteroppgåva er ikkje eit forsøk på å sjølv definere nokon, men er ei utgreiing om korleis transpersonar har blitt forstått innan ein historisk avgrensa periode. Det er også verdt å presisere at forståingar av kjønn, og då også trans, har vore utsett for store endringar. Både i den perioden som oppgåva tek for seg, men også frå den avsluttar og til i dag. Det er ikkje gitt at faglege standpunkt til aktørar i materialet har stått uforandra frå då dei var ytra og til i dag.

Kjelder

For å svare på problemstillinga har eg valt ut eit kjeldemateriale til undersøking. Ei av dei viktigaste kjeldene for oppgåva er utgreiinga levert helsedirektøren i 1956 om operativ behandling ved transseksualisme²⁰. Vidare har eg nytta med av vitenskaplege tidsskrift og artiklar for å følgje den faglege diskusjonen som føregjekk i ettertid av utgreiinga. For å undersøke kva rolle Christine Jørgensen spelte i den norske offentlegheita har eg nytta meg av riksavisene, samt norsk Dameblad i perioden 1953-1956.

For å svare på korleis norske helsemyndigheiter og andre legar og spesialistar har tenkt om transpersonar, har eg studert materiale etter Kontor for psykiatri og etter Det Sakkyndige råd i saker om seksualinngrep. Begge instansar låg under helsedirektoratet og er klausulert.

Arkivmateriale

Utgreiinga frå 1956 var etterspurt av Karl Evang og helsedirektoratet i 1955, og psykiatrane Per Anchersen, Johan Bremer og Gabriel Langfeldt utarbeida den. Johan Bremer tok ut dissens mot fleirtalet i innstillinga, og var negativ til kirurgi for transseksuelle. Dokumenta fortel om ei tidleg medisinsk forståing av transfenomen og illustrerer faglege usemjer. Seinare i 1979, skreiv Rådgjevingstenesta for Homofile ved Oslo Helseråd ei liknande utgreiing, som då er sentral for å få grep om faglege perspektiv for slutten av 1970-talet.

²⁰ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

Desse to utgreiinga har blitt brukt for å undersøke eventuelle endringar i forståing innan medisinen, ikkje berre om transvestisme og transseksualisme, men også om kjønn.

I 1974, då direktoratet vart omorganisert, avleverte kontor for psykiatri materiale til Riksarkivet, blant dette materiale var mappa kalla *transseksualisme*. Og denne mappa har då vore sentral for å svare på problemstillinga i oppgåva. I mappa ligg utgreiinga frå 5. juni 1956, samt dissensen til Johan Bremer av 3. september 1956. I mappa finns også ei rekke brev og notat, dei aller fleste sendt innanfor Helsedirektoratet, eller mellom direktoratet og Justisdepartementet, samt mellom direktoratet og legane Per Anchersen, Johan Bremer, Nils Kinnerød og Jørgen Hermann Vogt. Det ligg også fagartiklar i mappa om transseksualisme og svensk lovgiving kring juridisk kjønn og kjønnskifte. Materialet i mappa strekker seg frå 1953 til 1979, og har gjort det mogleg å dokumentere korleis diskusjonen kring behandlinga av transseksualisme er føregått, og kva spørsmål som då har blitt diskutert. Eg har også brukt dette materialet for å svare på kva premiss som låg til grunn for behandling av pasientar. Den juridiske diskusjonen mellom departementa er dokumentert i mappa, samt kva spørsmål denne har omhandla. Vidare har eg brukt innhaldet i mappa til å undersøke diskusjonen kring opprettinga av eit nasjonalt behandlingstilbod for transseksualisme ved Rikshospitalet. Fleire møtereferat og utgreiingar frå Rådgevingstenesta i Oslo Helseråd ligg i denne mappa. I tillegg finst der fleire notat og kommentarar til desse dokumenta frå blant andre helsedirektør Torbjørn Mork, psykiater Thore Langfeldt og Anchersen. Gjennom desse har eg kunne undersøkt standpunkta til legar og spesialistar involvert i tematikken, utanfor helsedirektoratet og Oslo Helseråd.

Det andre større arkivmaterialet som oppgåva har studert er ei mappe etter Det Sakkyndige råd i saker om seksualinngrep.²¹ Dette rådet hadde Helsedirektør Karl Evang som leiar, og behandla alle søknader om sterilisering og kastrasjon, etter lov om sterilisering av 1. juni 1934. Arkivet etter sakkyndigrådet består i hovudsak av søknadar, men også av nokre mapper, som synest å vere skilt ut. Ei av desse er kalla *kjønnskifte*. Etter søknad om innsyn har eg fått tilgang til mappa *kjønnskifte*. I denne ligg det saksdokument som gir grunnlag for å vurdere søknader for rådet, men der ligg også korrespondanse med opplysningar om pasientar. Av denne mappa har eg kunne identifisere kor mange pasientar som vart behandla i perioden 1953-1979, og til ein viss grad kva denne behandling har gått ut på. Korrespondanse kring juridiske spørsmål for behandling av transvestittar og

²¹ RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

transseksuelle, ligg også her, samla saman, slik at det har vore mogleg å identifisere kva juridiske spørsmål som vart diskutert, og kva vedtak som vart gjort.

Kjeldekritiske problem med arkivmaterialet

Særleg mappa frå kontoret frå psykiatri, ber preg av å ha blitt samla saman utan å ha blitt ordna kronologisk. Dette har gjort lesearcheidet noko vanskelegare. Det har derfor vore viktig for oppgåva å ordne desse dokumenta kronologisk, på tvers av mappene, for såleis kunne sjå rekkefølga i det Helsedirektoratet og Justisdepartementet har føretatt seg.

Ettersom oppgåva har freista å svare på kva norske medisinarar har tenkt og gjort med personar som søkte kjønnskifte, har dei enkelte pasientane ikkje fått ein sentral plass. Det vil heller ikkje vere mogleg av forskingsetiske omsyn å identifisere dei enkelte personane i materialet. Med eit unntak, er ikkje enkelte transvestittar eller transseksuelle personar som dukkar opp i kjeldematerialet blitt identifisert. Unntaket er Eddie Espelid, der eg har brukt biografien skriva av Bernt Eggen, for å kunne beskrive behandlingssopplegget Espelid fekk, som eit døme på kvinne-til-mann behandling. Opplysningane frå biografien er ikkje satt i samanheng med det øvrige kjeldematerialet. Dette fordi biografien er skriva med Espelid sitt samtykke, men det er ikkje denne oppgåva. Av materialet eg har studert, har det vore mogleg å anta at Espelid figurerer, men av forskingsetiske omsyn og av omsyn til Espelid blir dette ikkje brakt fram.

Såleis er alle pasientar som blir omtalt i oppgåva, aidentifisert, og der det har vore aktuelt, blitt omtalt med nummer. Referansane til biografien om Espelid, er som nemnt, unntaket.

Den medisinske debatten

Debatten om operativ behandling ved genuin transvestisme, heldt fram, blant anna mellom Anchersen og Bremer i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* i 1961. Anchersen arbeidde då med transseksuelle pasientar og argumenterte for å tillate kirurgi etter streng kriterium.²² Bremer på si side tok eit kategorisk standpunkt imot kirurgi ved transseksualisme. Ei viktig kjelde for å forstå dette standpunktet er arbeidet hans med personar som hadde fått gjennomført kastrasjon. I 1958 publiserte nemleg Bremer ei oppfølgingsstudie av 244 tilfelle av kastrasjon i Noreg, gjennomført etter Steriliseringslova av 1934. Studia heiter

²² Vogt.1968:71

Asexualization- a follow up study of 244 cases of castration, og vart publisert på engelsk. Gjennom denne studien meinte Bremer å kunne vise at kastrering som middel for betring av psykiske tilstandar, ikkje hadde effekt. Han hadde også reservasjonar til lobotomi, og gjennomføre ikkje slike inngrep som psykiater.

Men det var også andre legar som arbeida med transpersonar enn Anchersen og Bremer. Såleis er forskinga til legar som Vogt, Jan Wålinder frå Sverige, og dei danske legane Hamburger, Stürup og Dahl-Iversen viktig. Deira faglege forfattarskap har gjort det mogleg å sette den norske forskinga inn i ein større kontekst. Men denne litteraturen har også blitt brukt i Rådgevingstenesta for homofile si utgreiing frå 1979, og gir innsikt i kva erfaringsgrunnlag denne utgreiinga har teke utgangspunkt i. Denne forskinga vart publisert i vitskaplege tidsskrift, og av desse er Tidsskrift for den Norske Lægeforening, Nordisk Medicin og Acta Psychiatrica Scandinavica av dei mest sentrale.

Medier

For å svare på kva rolle Christine Jørgensen spelte i den norske konteksten, har eg sett på mediedekninga av ho dei fyrste åra etter kjønnskiftet. Det er særleg *Verdens Gang* som publiserer om Jørgensen, og gjennom analyse av avisartikklar i riksavisene, samt bladet *Norsk Dameblad*, har eg fått moglegheit til å undersøke ei side ved den norske offentlegheita i perioden. Noko av årsaka for dette er at det var gjennom medieoppslag kring Jørgensen, og seinare om transvestisme og kjønnskifte generellt, mange norske transpersonar fekk kjennskap til fenomenet. Fortellinga om Jørgensen hadde resonans for mange, som etter å ha lest om ho, gjekk til legar og psykiatrar og spurte om å få kjønnskifte. Korleis allmugen forstod kjønn og kjønnskifte

Metode

Masteroppgåva skal ta for seg eit av kjeldemateriale av ulik art og analysere desse. Analysen vil i hovudsak vere ei tekstanalyse, ettersom alle kjeldene er i tekstformat. Gjennomgåande har innhaldet i kjeldene og problemstillinga styrt oppgåva, og ikkje ein eller

fleire metodiske grep eller teoriar. Metode vil her vere ei avklaring av korleis problemstillinga blir svart på, kva metodiske grep som har blitt nytta.

Før analysen kan finne stad, har eg sett det som nødvendig å ordne særleg arkivmaterialet. Som nemnt er ikkje dei to mappene eg har studert frå Helsedirektoratet ordna kronologisk. Innhaldet i dei overlappar også tematisk kvarandre og derfor har eg organisert materialet kronologisk på tvers av mappene. Dette praktiske grepet har letta arbeidet med å analysere materialet og ført til at kronologien kom fram. Slik har til dømes korrespondansar fått tre tydelegare fram og blitt satt i samanheng og rekkjefølgje av kvarandre, på tvers av mappene.

Som tidlegare nemnt er delar av materialet eg har studert tausheits-belagt, og dette set sjølvstøtt føringar for handtering. Bakgrunnen for at enkelte av dokumenta er unndrege offentlegheit, er at dei inneheldt sensitive personopplysningar. Såleis har eg nytta meg av ein aidentifiseringsnøkkel, der namn er erstatta med nummer. Nøkkelen er beskytta med passord, og det same er dokument som inneheldt personopplysningane. Der dokumenta har blitt kopiert, av praktiske omsyn, som til dømes lengde på dokument ikkje eignar seg til avskrift, er desse oppbevart slik at det berre er meg sjølv som har tilgang til desse. Kopiar og scanna dokument vil bli destruert når prosjektet er avslutta.

I oppgåva er to transpersonar som blir omtalt ved namn, der Christine Jørgensen og Eddie Espelid. Opplysningar om desse personane kjem frå biografier, eller anna offentleg materiale.

Når eg har lest kjeldematerialet er nokre moment som har organisert analysen og vore objekt for den. Gjennomgåande har eg vore ute etter å forstå på kva måtar aktørane har forstått kva transvestisme og transseksualisme er, og forsøkt å utvikle kunnskap om kva som er grunnlaget for desse tankane. Vidare har eg undersøkt konsekvensane av aktørane sine tankar om transvestisme og transseksualisme. I lesinga av tekstane har då meningsinnhaldet vore sentralt. Men kva er mening? Dette er eit større vitskapsteoretisk spørsmål, men som i denne samanhengen viser til at språket har ein funksjon og eit meningsinnhald forbi det leksikalske. Spørsmålet har i større grad vore kva inntrykk har forfattaren forsøkt å gi lesaren gjennom teksten. Når legar omtalte transvestisme som ein ibuande trong til å kle seg som eit anna kjønn, kan det tolkast som at de snakka om noko som kjem innanfrå, som var der frå før, og som ikkje har årsak i ei ytre påverking. Slik kan ein tolke seg til forståinga av transvestisme som ein tilstand som legane meinte var medfødt, ikkje påført, som noko som ikkje kunne lækjast som sjukdom.

Vidare har enkelte tekstar blitt satt opp mot kvarandre og vurdert etter skilnadar og likskapar. Dette gjeldt utgreiinga frå 1956 og utgreiinga frå 1979. Ved å gjere dette har eg forsøkt å svare på korleis forståing av transvestisme, transseksualisme og kjønn har endra seg i laupet av perioden for undersøkinga.

Disposisjon av oppgåva

Oppgåva vil i kapittel 2 gi ein litt større kontekst til innhaldet som kjem etter. Der vil bli gitt eit overblikk over nokre perspektiv på kjønn, og korleis desse har endra seg, for så å greie ut om kva eg meiner Christine Jørgensen si sak eigentleg handlar om. I det tredje kapittelet vil eg gjere greie for den norske resepsjonen av Jørgensen, ettersom dette er noko av bakgrunnen for at også norske legar tok interesse i kjønnskifte operasjonar. Vidare i kapittelet vil eg gjere greie for korleis helsedirektør Evang set ned eit utval for å utgreie behandlingsspørsmålet for transvestisme, og kva dette utvalet kom fram til. Eg vil også gjere greie for den faglege debatten som fulgte etter dette. Det fjerde kapittelet tek for seg debatten vidare, og også den juridiske diskusjonen kring behandlingsspørsmålet. Her vil vi også bli kjent med behandlingsopplegget og kva personar som vart gitt denne behandlinga. Det femte og siste kapittelet vil ta for seg korleis nærmare tre tiår med fagleg diskusjon mellom medisinarar og juristar kuliminerar i eit formalisert tilbod ved Rikshospitalet. Oppgåva bevegar seg kronologisk framover og kapitla er organisert kring vendepunkt.

2 Føresetnadar for kjønnskifte

Norske legar tok til å behandle det dei kalla genuine transvestittar på slutten av 1950-talet. Behandlinga av transvestisme var eit felt der erfaringsgrunnlaget var lite og det fantes ikkje mykje forskning, også internasjonalt. I dette kapittelet skal eg ta for meg noko av den nasjonale og internasjonale konteksten kring den behandlinga som kom i gong i Norge. For å forstå mange av funna oppgåva kjem til å ta for seg, er det nødvendig å gi eit innblikk i nokre forhold og hendingar som ligg forut for perioden som hovuddelen av oppgåva tek for seg. I dette kapittelet skal eg derfor svare på noko av bakgrunnen for at kjønnskifteoperasjonar vart ein realitet. Korleis Jørgensen kom til operasjonsbordet og kva førestillingar i samtida hennar fekk ho til å sjå kjønnskifte som ein moglegheit?

Om mann, mellomledd og kvinne

For å forstå korleis Jørgensen søkte etter moglegheiter for å endre kjønn og korleis dette vart realisert, må ein noko tilbake i tid. For som nemnt heng tankar om kjønnskifte tett saman med tankar om kjønn, både biologisk og sosialt kjønn. Og korleis biologisk kjønn vart forstått, har også ei historie. I korte trekk kan ein sei at biologisk kjønn i Europa og Amerika vart forstått av «scientists (...) as a hierachy of similar beings in which female stood as an inferior version of male.»²³ Det er med opplysningstida at ein byrjar å tenke om dei to kjønna som motsetningar av kvarandre, der det kvinnelege var komplimentert av det mannlege. Denne førestillinga bygde opp under det sosiale mønsteret, med distinkte og ofte separate sfærar for menn og kvinner.²⁴ Men mot slutten av 1800-talet dukka nye førestillingar opp, og blant desse *The theory of human bisexuality*, som fleire teoretikarar utarbeida med variasjonar. Meyerowitz forklarar dette med at «They argued that all humans were to greater and lesser degrees physically bisexual.»²⁵

I boka *Geschlecht und character*, frå 1903 av Otto Weininger kritiserte han oppfatninga av at menneska fanst i ei maskulin og ei feminin utgåve og at det som låg i

²³ Meyerowitz. 2002: 21-22.

²⁴ Meyerowitz. 2002: 21.

²⁵ Meyerowitz. 2002: 22.

midten vart oppfatta som hermafrodittar. Han meinte nemleg at den menneskelege kjønnsvariasjonen, eksisterte i eit ukjent tal mellomledd eller *intermediaries*.²⁶

«In the case of humans, the following is undoubtedly true: Between Man and Woman there are innumerable gradations, or “intermediate sexual forms”. (...) The intermediate stages that are empirically established as existing between the two serve merely as a starting point in this search for typical forms of behaviour and, on returning from theory to practice, are treated and exhaustively described as mixed forms.»²⁷

Magnus Hirschfeld gjekk vidare med teoriar om mellomledd, og fortalte i *Die Transvestitten* frå 1910, om at også seksuell legning bestod av endelause mellomledd, heller enn to fikserte ytterpunkt, som gjensidig utelukka kvarandre.

«All key early figures who wrote about transvestism, crossgender identification, and sex change subscribed more fully to this emerging theory. Hirschfeld played a central role in its dissemination. (...) Hirschfeld promulgated his theory of sexual intermediaries»²⁸

Hirschfeld sitt verk er noko problematisk i og med at det er fullt av paradoks. Med *Die Transvestitten* freista han å seie at kategoriseringar var fånyttas, ettersom den menneskelege seksualitet kunne delast inn i 43 millionar variantar, men samtidig freista han å etablere transvestittar som eigen kategori. For Hirschfeld var det å skilje transvestisme frå homofili viktig, men også å vise korleis transvestisme skilte seg frå andre kategoriar som sadomasochisme og fetisjisme. Andre akademikarar med liknande tankar i denne perioden var Richard von Kraft Ebbing, Sigmund Freud, Wilhelm Fliess, Weininger og Havelock Ellis. Sistnevnte spekulerte i om den menneskelege biseksualitet kunne vere det biologiske grunnlaget for transvestisme.²⁹ Ellis laga også sitt eige omgrep for transvestisme, eonisme, etter Chevalier d'Eon som var kjent for å kle seg og leve som kvinne ved Ludvig XIV sitt hoff.

²⁶ Intermediaries er eit omgrep som ikkje let seg godt oversette til norsk i den tydinga som omgrepet hadde på tidleg 1900-tal. I dag blir intermediaries eller mellommann/mellomledd som oftast brukt om personar som knyttar saman eller går mellom ulike aktørar, som kjøpar, selskap og kunde.

²⁷ Weininger. *Geschlecht und Character*.1903. Overtydd frå tysk til engelsk av Löb, Ladislaus. 2005:13.

²⁸ Meyerowitz. 2002:26.

²⁹ Meyerowitz. 2002:26.

Ei fagleg nyvinning som ein må peike på er framveksten av endokrinologien; studiet av hormon og kjertlar. I 1912 og 1913 publiserte Eugen Steinach artiklane *Arbitrary Transformation of Male Mammals into Animals with Pronounced Female sex Characteristics and Feminine Psyche* og *Feminization of Males and Masculinization of Females*, som fort vart klassikarar innan faget. I desse artiklane beskreiv Steinach korleis ein ved å fjerne kjønnskjertlar, og transplantere inn kjertlane av motsett kjønn hjå gnagarar, bidrog til utvikling av seksuelle karakteristikkar og handlingsmønster tilhøyrande motsett kjønn.³⁰

«His research convinced Sigmund Freud, among others, of the possible hormonal base of sexual behaviour. But Steinach's research also suggested the medical possibility of transforming sex»³¹

Å endre kjønn kirurgisk, vart for alvor mogleg og ein realitet fyrst på tidleg 1900-tal. Frå kring 1900 publiserte europeiske legar forskning der dei hadde freista å endre kjønn på dyr, og rundt 1920 hadde tyske legar også byrja å endre kjønnskarakteristikka på menneske. I fylgje Joanne Meyerowitz fant desse eksperimenta stad meir fordi legestanden hadde endra oppfatningar om kva kjønn er, enn på grunn av ny teknologi.³²

“In the early twentieth-century the scientists and doctors who endorsed sex-change surgery posited a universal mixed-sex condition, in which all males had female features and all females male features. This theory of universal bisexuality directly challenged a nineteenth-century vision of binary sex that saw female and male as distinct, immutable, and opposite.”³³

Nye kjønnsroller

Men det var ikkje berre synet på biologisk kjønn som vart utfordra i fyrste halvdel av 1900-talet, også idar om sosialt kjønn og kjønnsroller endra seg. Denne perioden blir ofte kalla for husmorperioda, og eit sentralt trekk ved den var det historikar Kari Melby har kalla husmorisering. Dette var ein ideologisk prosess, der ein skapte eit skarpt skilje i

³⁰ Meyerowitz 2002:16.

³¹ Meyerowitz 2002:17.

³² Meyerowitz 2002: 5.

³³ Meyerowitz 2002: 5.

arbeidsdelinga mellom menn og kvinner, noko som var med på å føre talet på yrkesaktive kvinner gjekk ned.³⁴ Det var sterke førestillingar eller ideal om korleis menn og kvinner i denne perioden skulle vere, og kva roller dei hadde. Kvinner var gjerne feminine timeglasfigurar i nystrøkne forkler på kjøkken med respatex, der dei stelte to til tre lykkelege born. Og menn gjekk i dress, røykte pipe på kontoret, og las avisa etter middagen, om dei ikkje var skikkelege arbeidarar, som sveitta i jobben og bygde landet, i bokstaveleg tyding.

Idealet om at kvinner skulle vere husmødrer og menn forsørgjarar prega arbeidsdelinga i mellom og etterkrigstida, men «På 1950- tallet fremsto disse kjønnsrollene i destillert utgave. (...) Husmoridealet endret seg frå å være fremtidsrettet til å bli avleggs i løpet av forbausende kort tid.»³⁵ Dette handla både om økonomi og om arbeidsdelinga på samfunnsnivå, men Hilde Danielsen hevdar også at «De atskilte kjønnsrollene opplevdes som trange. Det ulmet blant kvinner som opplevde at deres innsats ikke ble nok verdsatt verken økonomisk eller sosialt.»³⁶ Samstundes vart samfunnet prega av ein større individualisme, der å behandle kjønn ulikt vart stadig mindre akseptabelt. Og i tiåra som følgde, då den nye kvinnerørsla vart etablert, vart kjønnsrollemønsteret utfordra vidare, og nye ideal vart satt.

I det amerikanske samfunnet som Jørgensen vaks opp i, var det også endringar på gong i arbeidsdelinga. Stryker peiker på at for det amerikanske samfunnet var andre verdskrig skjelsettande for kjønnsrollemønsteret.

«Women left the home and entered the paid workforce in unprecedented numbers to meet the demands of the burgeoning wartime economy, while members of the armed services could scarcely help but notice the homosexual activity that flourished as never before in sex-segregated military settings.»³⁷

Helsedirektoratet og Karl Evang si rolle

Problemstillinga spør om korleis aktørar i det norske helsevesenet har tenkt om og behandla transpersonar i Norge. Skal ein forstå nokre sentrale trekk ved det norske helsevesenet på 1950-talet og fram til tidleg 1970-tal, er det verdt å sjå på Helsedirektoratet og direktøren. Karl Evang levde frå 1902 til 1981 og var helsedirektør i Noreg frå 1938 til 1972. Evang var

³⁴ Danielsen. 2015:132.

³⁵ Danielsen. 2015:151.

³⁶ Danielsen. 2015:151-152.

³⁷ Jørgensen. 1967:VII

utdanna lege, og utmerka seg som ein av initiativtakarane til å opprette Verdas helseorganisasjon (WHO).³⁸ Evang er også anerkjent som ein av ingeniørane bak det moderne norske helsevesenet. Folkehelse, skadeverknadane av narkotika og seksuell opplysning var områder av særleg interesse for Evang. Som nyutdanna lege var Evang aktiv i Socialistiske Lægers foreining, som blant anna såg seksuell opplysning som frigjeringskamp. Evang skal ha utført illegale abortar, og var redaktør og medforfattar av Tidsskrift for Seksuell opplysning der målet var å spreie kunnskap om prevensjon og motarbeide det Evang meinte var ein hyklerisk seksualmoral.³⁹

Under Evang var Helsedirektoratet «en syvhodet legeledelse» der Evang var direktør, med ein medisinalråd og overlegar som leia kontora for psykiatri, hygiene, tuberkulose/kontoret for sosialmedisin, legekontoret og sjukehuskontoret. Overlegane, byråsjefane og helsedirektøren hadde orienteringsmøte kvar veke, og dei ulike kontora skal ha hatt stor fagleg fridom. Overlege og leiar for Kontoret for Psykiatri i perioden 1948-1974 var Christoffer Lohne Knudsen.⁴⁰ Etter han var det psykiateren Otto W. Steinfeldt-Foss som tok over og leia kontoret fram til 1980. Torbjørn Mork tok over som helsedirektør i 1972.⁴¹ Han vart sett på som ein ung og radikal direktør, og fekk i oppgåve å leie direktoratet gjennom større omorganiseringar på 1970-talet.

Christine Jørgensen

30. mai 1936 vart George William Jørgensen Jr. fødd i New York.⁴² Han, seinare ho, vaks opp i ein middelklassefamilie, med ei eldre søster, i eit etnisk variert nabolag i The Bronx.⁴³ Foreldra George Sr. og Florence var av dansk opphav.⁴⁴ Og som med mange andre innvandrarfamiliar, budde det ei rekke slektningar i nabolaget. Fortellinga om Jørgensen skapte store overskrifter verda over, også i Noreg. Og nettopp denne forteljinga set for alvor spørsmålet om transvestisme og transseksualisme på dagsorden blant norske legar. Jørgensen

³⁸ https://snl.no/Karl_Evang 27.04.17.

³⁹ https://nbl.snl.no/Karl_Evang 27.04.17.

⁴⁰ Berg 2009:149.

⁴¹ Berg 2009:251.

⁴² George william bytta namn i 1952 til Christine. I sitat er Christine Jørgensen omtalt som George før dette tidspunktet

⁴³ Fram til kjønnskifteoperasjonane var fullført i 1953 vil Jørgensen bli omtalt som han, og etter dette som ho. På denne måten får den mannlege namnet George pronomenet han, og kvinnenamnet Christine pronomenet ho, noko som forhåpentleg skapar mindre forvirring enn å gi eit kjønna namn 'feil' pronomen. I så stor grad som mogleg har eg omtalt Jørgensen som ho ettersom det er det Jørgensen sjølv ynskja å bli omtalt som.

⁴⁴ Docter 2008:15.

inspirerte fleire transpersonar til å søke kjønnskifte og til å fortelje om å kle seg som motsett kjønn. Noko som vil bli gjort grundigare greie for i neste kapittel. Men fyrst, kva handla om Jørgensen saka om?

Kjennskap til Jørgensen-saka får ein gjennom sjølvbiografien frå 1967, historikar Joanne Meyerowitz sitt verk *How sex changed* og ein biografi kalla *Becoming a Woman* av psykolog Richard F. Docter. Biografien til Docter er bygd på arbeidet til Vern Bullough, C. Jakob Hale og Meyerowitz. Men også samtalar med familiemedlemmer av Jørgensen, samt bilder og brev som slektningane har delt. Docter gjorde intervju med nære venner av Jørgensen, som Robert og Amelia Andersen.⁴⁵ Og han fekk tilgong til materiale om Jørgensen frå The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction, det Danske Kongelige Bibliotek, lege Preben Hertoft og Jesper Hamburger, son av Christian Hamburger. Av introduksjonen til verket og notene kjem det fram at biografien er skriven med grunnlag i eit rikt materiale av mange informantar som kjente Jørgensen personleg, samt innspel frå ei rekke akademikarar, som kunne seiast å vere sentrale i forskinga på transpersonar. Til dømes Meyerowitz, Richard Ekins, Dave King og Vern L Bullough.

Sjølvbiografien til Christine Jørgensen vart utgitt i 1967 og fyller ein funksjon; nemleg å legitimere eigen eksistens. Men den fører også å få gjennomslag for ein narrativ der Jørgensen alltid hadde vore kvinne, og at ho gjennom kjønnskifteoperasjonar og hormonbehandling endeleg fekk moglegheit til å fullt ut vere kvinne.

«For her autobiography, Christine probably encouraged the tale of a feminine and trauma-filled childhood, for as an adult she preferred to explain her development as a story of converting tragedy to triumph. More specifically, she characterized her life as a progressing from feeling like a girl with the body of a boy, to becoming an adult woman.»⁴⁶

Eit meir nyansert bilde, henta frå familie og vener av Jørgensen, teiknar den unge Jørgensen som «outgoing, friendly, athletic and self-confident.»⁴⁷ Men det betyr ikkje at Jørgensen ikkje hadde utfordringar, og han skal ha byrja å kle seg som kvinne allereie i tenåra, med kleda til systera si Dorothy, medan han framleis budde heime. Dette vart halde hemeleg lenge og Jørgensen lykkast i å skjule trans-identiteten sin. Jørgensen innrømte meir eller mindre å vere

⁴⁵ Docter. 2008:XI.

⁴⁶ Docter. 2008:25.

⁴⁷ Docter. 2008:25.

homofil for venninner, men hevda også at han ikkje var interessert i menn som ein mann, men som ei kvinne. Eller at tiltrekkinga han hadde for menn, var den som ei kvinne kunne ha.

Til trass for eksistensen av eit veletablert skeivt undergrunnsmiljø i New York deltok aldri Jørgensen i dette.

«George was a very socially involved person who successfully concealed what appear to have been gay romantic affairs. To accomplish this deception, George seems to have avoided any affiliation with the New York gay subculture or attendance at any of the Halloween “drag” balls.»⁴⁸

Jørgensen sin søken etter eigen kjønnsidentitet kom altså dette ikkje frå noko homofilt undergrunnsmiljø, men var eit resultat av sjølvstudiar av medisinsk litteratur. Etter krigen og militærtjenesta tok Jørgensen aktivt til å søke informasjon om kjønn og kjønnskifte.

«Although he may have seemed to lack a sense of direction, in fact, he was searching for information that would change his life. In a succession of small steps, he constructed a new view of himself, and for the first time, his gender identity began to take on an entirely new configuration.»⁴⁹

I staden fann Jørgensen nytte i bøker og byrja forsiktig å artikulere kjenslene sine kring kjønn og seksualitet for nære venner. Blant anna Alfred Kinsey sin publisering frå 1948 om seksualiteten til 12.000 amerikanske menn vekte Jørgensen sine interesse. «It was no accident that George considered a hormonal explanation for both his sexual turmoil and his gender-identity conflict.»⁵⁰ Docter viser til at kjønns hormona hadde blitt oppdaga 15 år tidlegare og sidan blitt mykje omtalt i pressa. Jørgensen oppfatta såleis problemet sitt som eit fysisk problem, ikkje eit psykologisk problem, og meinte at dette var “evident in his ‘effeminate face and body’»⁵¹ Eit vendepunkt for Jørgensen kom då han fant ei lita bok på 243 sider kalla *The Male Hormone* av Paul De Kruif.

«The hormonal story it told consolidated his vision of himself more than anything that had ever occurred before. (...) for it focused on the power of the sex hormones to alter

⁴⁸ Docter. 2008:30.

⁴⁹ Docter. 2008:35-36.

⁵⁰ Docter. 2008:53.

⁵¹ Meyerowitz. 2002:55.

behaviour and thinking. It also suggested that sex could be altered; at least, it could be in rats. »⁵²

Jørgensen sjølv fant at boka åpna mange nye dører, “I didn’t know how my case might be related to these ideas but at that moment it seemed possible to me that I was holding salvation in my hands: the science of body chemistry.”⁵³

Jørgensen byrja så på eit kurs på *Manhattan Medical and Dental Assistance School*, kor han lærte om røntgen og grunnleggande laboratoriearbeid. Dette var eit bevisst val, for i utdanninga lærte Jørgensen også om hormona og kjønnskjerklar, og diskuterte gjerne desse tematikane med legane som var lærarar. «These studies occupied my every waking moment, and probably many of my sleeping ones, to become an all-consuming drive.»⁵⁴

Etter ei stund med sjølvstudiar tok Jørgensen turen til eit apotek og brukte studentstatusen sin for å få tak i østrogen-preparatet Ehyl estradiol og bryja å ta desse, til trass for åtvaringane på pakningen mot å gjere dette utan tilsyn av lege.⁵⁵ Etter kring ei veker tid meinte Jørgensen å kunne merke ei byrjande utvikling av bryst, og følte seg kvikkare og meir opplagt enn nokon sinne.

«Perhaps these symptoms were psychological and my feelings of happiness resulted from the knowledge that I might be working toward a recognizable goal (...) At that point, I believed I had stumbled on the first step toward a solution that would allow me to live the life my heart and mind had told me I was intended to live.”⁵⁶

I 1950 reiste Jørgensen til Danmark under påskot av å skulle gjere eit nytt forsøk på å etablere ei karriere som fotograf, og for å besøke familie der. Det var eigentleg meininga å ta seg til Stockholm, ettersom Jørgensen hadde lest om forsøk utført der på kjønnskifte. Men tilfeldigheiter skulle ha det til at ho i staden kom i kontakt med Christian Hamburger. Det var vennina Helen Johnson, som Jørgensen budde hjå å han kom til København, som viste Jørgensen ein artikkel om forkinga til Hamburger, og gjennom Helen sin lege fekk Jørgensen ei tilvisning til Hamburger.⁵⁷

⁵² Docter. 2008:61.

⁵³ Jørgensen. 1967:71.

⁵⁴ Jørgensen. 1967:73.

⁵⁵ Jørgensen. 1967:77.

⁵⁶ Jørgensen. 1967:79.

⁵⁷ Docter. 2008:73-74.

Christian Hamburger

«My first tests and treatments began at Copenhagen's remarkable research center in early August of 1950, three months after my arrival in Denmark.»⁵⁸Jørgensen hadde teke kontakt med Statens seruminstitutt i håp om å få ein konsultasjon med Hamburger. Han tok over som leiar av hormonavdelinga ved instituttet i 1934.⁵⁹ Statens serumsinstitutt vart oppretta i 1902 og hadde som oppgåve å produsere serum, medisin for difteri.⁶⁰ Etterkvart fekk instituttet fleire oppgåver, som vaksiner og forskning på og behandling av epidemiske sjukdommar, som til dømes tuberkulose. Ved hormonavdelinga, der Jørgensen kom til, vart det blant anna forska på kjønnsormon.

Då Jørgensen kom til Hamburger fortalte han om livet sitt, om sine seksuelle problem, avsky over eigen kropp, depresjonar og ynskjer om sjølvord. Hamburger skal ha lytta og stilt få spørsmål undervegs, før han kunne fortelje Jørgensen at han ikkje trudde homofili var problemet, men at det sentrale spørsmålet heller var at han ynskte å leve som kvinne.⁶¹ Jørgensen spurte då om det kunne bli aktuelt å bruke han som «a research guinea pig, taking female hormones as part of a long-term project in Hamburger's laboratory, might this lead to some form of "treatment", whereby he could live his life as a woman?»⁶²

Hamburger svara med at eit slikt uvanleg prosjekt kunne vere mogleg, at han verkeleg skulle vurdere det, men han kunne ikkje gi lovnadar på dette tidspunktet. Hamburger var glad i laboratoriet sitt, og ved å vere velståande var han ikkje bekymra for at Jørgensen saka skulle ha negative verknadar på karrieren eller omdømmet sitt.⁶³ Vidare var Jørgensen, med sitt initiativ, ei gylden moglegheit for Hamburger å studere verknadane av østrogen hjå ein frisk mann over tid. Som endokrinolog var dette noko som interesserte Hamburger, og han fortalte Jørgensen tidleg at det kunne bli aktuelt med kirurgi. Men Docter hevdar at det for Hamburger ikkje var spørsmålet om kjønnskiftekirurgi som var viktig, men den hormonelle behandlinga. «For Hamburger, the idea of producing a «sex change» was secondary to the goal of making George a happier and more functional adult.»⁶⁴ Docter hevdar at moglegheta for å studere bruk av østrogen over lengre tid var ein sterk motivasjon for Hamburger. Meir

⁵⁸ Jørgensen. 1967:94.

⁵⁹ Madsen. 1940:85.

⁶⁰ Madsen. 1940:12.

⁶¹ Docter. 2008:76.

⁶² Docter. 2008:76.

⁶³ Docter. 2008:77.

⁶⁴ Docter. 2008:79.

spesifikt var det snakk om å bruke Jørgensen for å studere «the reciprocal relationships among secretions of the pituitary, the gonads, and the adrenal cortex.»⁶⁵ Altså var Hamburger sin motivasjon for å gå i gong med prosjektet ikkje minst vitskapleg, han hadde nemleg ikkje særleg med klinisk erfaring, og liten interesse av sjukdommar.

Psykoterapi vart anbefalt, men avslått av Jørgensen som med tidlegare erfaringar, følte at psykoterapeutar ikkje forstod problematikken hennar. Stürup gjorde psykologiske undersøkingar, ved blant anna å få Jørgensen sjølv til å skrive si livshistorie. Og han slo det fort fast at det ikkje var nytte i å halde fram med terapiforsøk, Jørgensen ville berre bli operert.⁶⁶ Stürup, i fylgje Meyerowitz, «was not convinced that surgery would make Jorgensen better, but he came to conclude that it would not make him any worse.»⁶⁷

Til trass for manglande kjennskap til omgrepet transseksualisme, forstod Hamburger det slik at Jørgensen hadde eit fundamental problem med sin kjønnsidentitet, og at han var sært femininisert, og at dette var noko anna enn ei homofil legning. Gjennom kjennskap til intersex- tilfelle, kjente Hamburger til at kjønnskifteoperasjonar hadde vore utført tidlegare. Til sist veit ein at Hamburger var overtydd om at behandlingssopplegget ein skulle i gong med var ufarleg for Jørgensen, og at med kontinuerleg observasjon og konsultasjonar med kollegar og andre fagpersonar, ville ein kunne gjennomføre behandlinga etter gjeldande legeetikk.⁶⁸

Opplegget som Jørgensen samtykka til bestod av døgnobservering, urinprøvar og hormoninnsprøytningar. Intensjonen for Hamburger var å fyrst kjemisk kastrere Jørgensen, noko som var vanleg praksis å gje for homofile som søkte hjelp i Danmark. Å kastrere ved operasjon, kravde løyve frå justisdepartementet.⁶⁹ Med Jørgensen klarte ein å finne at ved å injisere østrogen undertrykte ein produksjonen av andre kjønnsormon.

Korleis kom Jørgensen på operasjonsbordet?

Hormonbehandlinga hadde positiv effekt med ein gong, ho la på seg, huda i ansiktet vart mjukare og bryst tok til å utvikle seg. Jørgensen spurte etterkvart sjølv om å bli kastrert ved kirurgi. Etter samtalar med psykiater Georg Stürup, vart det gitt løyve frå justisdepartementet til kastrasjon. Inngrepet vart utført 24. september 1951. Og etter noko byråkratisk sjonglering

⁶⁵ Docter. 2008:79.

⁶⁶ Meyerowitz. 2002:59.

⁶⁷ Meyerowitz. 2002:59-60.

⁶⁸ Docter. 2008: 81-82.

⁶⁹ Docter. 2008:78.

vart namnet i det amerikanske passet hennar endra til Chris Jorgensen den 23. juli 1952.⁷⁰ Utover hausten utvikla Jørgensen eit stadig meir feminint utsjånad, og byrja å gå offentleg kledd som kvinne. Ho lærte seg å sy, og lagde seg moteriktige klede og matchande hanskar. Familien fekk tilsendt brev og bilete, der Jørgensen forklarte at ho fekk medisinsk hjelp til å bli kvinne, på grunnlag av eit problem med kjertlane sine. Då sikta ho til kjønnskjertlane, og framstilte problemet sitt som noko medfødt, men som ho fekk hjelp med.

Seint på hausten 1952 fant ein at Jørgensen såg ut som ei kvinne, ho hadde fått endra passet sitt og namn og Hamburger «seemed to reason that in view of Chris's obvious reversal of gender identity and gender role, there was more to be gained than lost by going ahead with the penectomy.»⁷¹ Den erfarne kirurgen Erhling Dahl-Iversen og hans team utførte operasjonen ein formiddag seint i november. Då vart penis amputert, urinrøyret flytta på og ein konstruerte kjønnslepper. Etter nokre månader var arra grodd og dekt av kjønns hår. Dahl-Iversen hadde før lunsj denne dagen skapt ei verdssensasjon. Docter hevdar at Hamburger var opphavsmann for det moderne behandlingsopplegget for transseksualsime, til trass for at han sjeldan er kreditert for det.⁷²

Ti dagar etter at operasjonen vart gjennomført, prega fortellinga om Jørgensen framsidene på aviser verda over. I det neste kapittelet skal eg ta for meg dette, og greie ut om den norske resepsjonen av nyhenda om Jørgensen. For ho var ikkje den fyrste som gjekk gjennom liknande behandling, men Jørgensen står framleis igjen som ein pioner; med å vere tidleg ute med kombinasjonen hormonbehandling og kirurgi. Men ho er også ein pioner i det å halde seg sjølv i rampelyset i fleire tiår etterpå og i å bruke kjendisstatusen til å krevje respekt og verdigheit for seg sjølv og andre i same situasjon.⁷³

For at Jørgensen kom til på operasjonsbordet låg det nokre teknologiske og idemessige forhold til grunn. Ein av dei grunnleggande ideane var at biologisk kjønn ikkje berre bestod av to kategoriar, som var motsetningar til kvarandre. Men at det eksisterte mellomformer, eller graderingar og overlapping av eigenskapar knytt til kjønn. Desse tankane var forutsetningar for utvikling av den teknologien som inngjekk i kjønnskifte, og når Jørgensen kjem til Hamburger i København, var dette til rett tid. Forskinga på korleis kjønns-hormonet østrogen hadde effekt hjå menn, og undertrykte den mannlege kroppen sin produksjon av testosteron

⁷⁰ Docter. 2008:101.

⁷¹ Docter. 2008:104.

⁷² Docter. 2008:90.

⁷³ Jørgensen. 1967:XIII

vart for fyrste gong studert men Jørgensen for villig forsøksperson. Dette danna så grunnlaget for hormonbehandling ved kjønnskifte, og i 1953 kunne Jørgensen vende tilbake til USA som forvandla til kvinne. Forskinga til Hamburger, Stürup og Dahl- Iversen fekk stor merksemd med mediestormen som kom med Jørgensen, og førte til at også norske legar og helsemyndigheiter vart merksame på kjønnskifte og transvestittar. Korleis dette gjekk til skal undersøkast i neste kapittel.

3 «De som naturen har begått urett mot»

Christine Jørgensen vart kjent gjennom ei verdsomspennande mediemerksemd, som gjorde namnet Christine Jørgensen til eit synonym for kjønnskifte i fleire tiår. Men korleis vart historia om Jørgensen framstilt i media og medisinsk-faglege tidsskrift i Noreg? Og kva konsekvensar fekk denne merksemda? Dei danske legane som behandla Jørgensen opplevde ein eksplosjon av nye førespurnader frå pasientar som ville endre kjønn. Skjedde det same i Noreg og korleis reagerte norske legar på merksemda? I 1953 vart det i *Tidsskriftet for den norske lægeforening* gjort ei mindre notis om at det i Danmark hadde blitt føretatt kjønnsoperasjonar på ein pasient frå USA til stor sensasjon.⁷⁴ Tidsskriftet meinte at det ikkje kunne bli forventa at noko slikt ville bli vanleg i framtida. Likevel vart det etter initiativ frå Helsedirektør Karl Evang gjort ei utgreiing om behandling av transvestisme i 1956, med tydelege anbefalingar til eit opplegg for behandling. Kva konsekvensar fekk denne utgreiinga og følgde helsedirektoratet opp anbefalingane?

I dette kapitelet skal eg gjere greie for korleis Jørgensen vart motteke av norske medier, og korleis publisiteten kring ho satte i gong ein fagleg diskusjon kring transvestisme og behandling av den. Det blir også gjort greie for korleis norske legar forstod transvestisme og kva dei meinte om behandling på 1950-talet.

Norske reaksjonar på Christine Jørgensen

Internasjonalt velta forteljinga om Christine Jørgensen sitt kjønnskifte vekk nyheita om prøvesprenginga av hydrogen-bomba i Eniwetok frå dei amerikanske avisframsidene.⁷⁵ Den 2. desember 1952 kunne avisa *New York Daily News* melde i overskrifta at «Ex GI becomes blonde beauty»⁷⁶ Jørgensen vekte oppsikt verda over fyrst og fremst fordi ho var den fyrste personen som vellykka hadde fått både hormonbehandling og kirurgi som kjønnsbekreftande behandling. Lili Elbe frå Danmark, fekk også merksemd på 1930-talet, som den fyrste kjønnsopererte mann- til- kvinne pasienten. Elbe var før kjønnskiftet, kjent som mannen og

⁷⁴ Tidsskrift for Den Norske legeforening. 1953:549.

⁷⁵ Docter.2008:XV.

⁷⁶ New York Daily News 2.12.1952:1.

kunstnaren Einar Wegener, men døydde som fylgje av komplikasjonar av kjønnskifte-
behandlinga i 1931⁷⁷. Jørgensen på si side dukka fyrst opp i offentlegheita som kvinne, og
ikkje som George Jørgensen, noko som gjerne spelte inn på korleis offentlegheita oppfatta
nyhenda.

Det er tydeleg at Christine Jørgensen vekte merksemd i Noreg. Nyhenda om henne
prega framsidene av riksavisene allereie 2. desember. Aviser som *Stavanger Aftenblad*,
Dagbladet, *Bergens Tidende*, *Fædrelandsvennen* og *Verdens Gang* skreiv alle om Jørgensen
denne dagen. Og merksemda heldt fram gjennom månaden og inn i det neste året, 1953.
Overskriftene sa slikt som *Fra soldat til kvinne*⁷⁸ og *George Jørgensen blir Christine*⁷⁹.
Avisene skreiv om ein amerikansk soldat som gjennom fleire operasjonar i København var
blitt forvandla til kvinne. Dei fleste tala om ein ung mann, som alltid hadde kjent seg som
kvinne og såleis no var særlykkeleg etter å ha blitt behandla. I avisomtalanane vart det lagt
vekt på at ho hadde vore ein heilt normal mann, fysiologisk sett og at ho tidlegare hadde
tenestegjort som soldat i det amerikanske militæret. No var Jørgensen blitt ei vakker kvinne
med flott figur. Også legane Christian Hamburger og Erling Dahl- Iversen, som stod i spissen
for behandlinga, vart nemnt i dei tidlege artiklane. Avisene tala om Jørgensen si behandling
som kjønnsforvandling, og la vekt på at det var snakk om fleire eller mange operasjonar samt
hormoninnspøytingar. I den norske mediedekninga av Jørgensen, var det særleg *Verdens
Gang* som var ivrige på publisering.

Verdens Gang kunne i februar 1953 forklare at transvestisme var «en sykdom som
ytrer seg i lysten til å kle seg som et annet kjønns klesdrakt, til tross for at en etter sitt ytre
ikke tilhører dette annet kjønn.»⁸⁰ I perioden vart alle behandlingar som tok sikte på å endre
seksuelle kjønnskaraktistikkar kalt for kjønnskifte-operasjonar. Jørgensen sjølv brukte
omgrepet kjønnsforvandling om sin eiga prosess, og såleis ser ein korleis denne bruken av
terminologi også vart spreidd gjennom avisene. Det kan synest påfallande at norske og
internasjonale medium i byrjinga framstilte Jørgensen som kvinne utan større
problematiseringar. Ei forklaring kan vere at det ligg ein viss legitimitet i fråsegn og
diagnosar frå legar. Såleis såg det ikkje ut til og Jørgensen vart ikkje framstilt som psykisk
sjuk. Transvestisme var jo ein sjukdom.⁸¹ Tidleg på 1950-talet hadde legar og psykiatrar ein

⁷⁷ <http://academic.eb.com/levels/collegiate/article/623843> 27.01.17.

⁷⁸ *Dagbladet*. 02.12.1952:1

⁷⁹ *Bergens Tidene*. 02.12.1952:8.

⁸⁰ *Verdens Gang*. 17.02.1953:10.

⁸¹ *Verdens Gang*. 17.02.1953:10.

noko anna posisjon enn i dag. Dette var yrker med stor autoritet og som krevde lang utdanning. I ei tid der kunnskap om sjukdom var forbeholdt personar utdanna innan medisin, hadde legestanden også stor tillit, som personar med unik kunnskapar som ikkje var tilgjengeleg for allmugen.

Det hjelpte nok også på at Jørgensen lett passerte som kvinne, var slank og feminin. I det heile glei ho lett inn i tidas ideal for kjønnsestetikk. Verdens Gang kunne til og med referere frå intervju av ein mannleg amerikansk soldat som hadde vore på fleire stemnemøtet med Jørgensen i København, utan å då vite at kvinna han traff var født mann.

Illusjonen brest

Men utover våren 1953, etter at den fyrste sensasjonsbølga kring Jørgensen hadde senka seg, kom avisene med artiklar som detaljert omtalte kva Jørgensen hadde gjennomgått av endringar.⁸² Her bygde journalistane på vitskapleg arbeid, slik som artikkelen til Hamburger, Dahl-Iversen og Stürup om Jørgensen saka.⁸³ 18. februar 1953 kunne VG melde om at Jørgensen var ute i hardt vær i USA, grunna kjønnskiftet. Saka handla om at ein spaltist, Walter Winchell hevda kjønnskiftet var reint oppspinn.⁸⁴ Vidare kom det ei oppklaring på dette frå medisinsk hald med artikkelen til Hamburger, Stürup og Dahl-Iversen om Jørgensen-tilfellet. Denne artikkelen vart fyrst publisert i *Journal of American Medical Association* og *Verdens Gang* kunne referere frå den 10. mars 1953. Avisa kunne då fortelje at det no var avslørt at det ikkje hadde skjedd eit fullstendig kjønnskifte.⁸⁵ Gjennom *Verdens Gang* fekk lesarane vite at amerikansk presse hevda at Jørgensen ikkje var kvinne, men kastret mannsperson.⁸⁶ «I forige uke kom endelig avsløringen. Christine Jørgensen var ingen kvinne i det hele tatt, bare en forandret mann, skriver 'Time'»⁸⁷ Her skreiv VG om korleis amerikanske aviser etterkvart hadde lest den nemnte artikkelen til Hamburger og kollegane, og intervjuar dei. Avsløringa, var av det faktum at Jørgensen sine operasjonar innebar fjerning av penis og testiklar, og ikkje særleg meir enn dette. Med desse detaljane om Jørgensen sitt underliv, kommenterte mange at ho ikkje var kvinne. Når desse detaljane vart tydelege, skreiv *Verdens Gang* at dette utløyste det ein storm av diskusjonar kring medisinsk praksis.

⁸² Verdens Gang. 10.03.1953:6.

⁸³ Hamburger, Dahl-Iversen, Stürup. *Nordisk Medicin*.1953:844-848.

⁸⁴ Verdens Gang. 18.02.1953:1.

⁸⁵ Verdens Gang. 10.03.1953:6.

⁸⁶ Verdens Gang. 22.04.1953:1.

⁸⁷ Verdens Gang. 22.04.1953:1.

Artikkelen til VG diskuterte også kor vidt Jørgensen kunne vere hermafroditt. For hadde det vore tilfelle, ville operasjonen gjort Jørgensen til kvinne. Men legane hennar kunne avkrefte denne mistanken. Og såleis var konklusjonen at Jørgensen ikkje var blitt kvinne likevel. Her ser ein tydeleg at avisene meinte at kjønnsorgan bestemte kjønn. Og det er tydeleg at avisene hadde missforstått kva legane la i fullstendig kjønnskifte. Å gi hormonterapi, kastrasjon, penisamputasjon og konstruksjon av det som såg ut som normale kjønnslepper, vart sama med namneending, nytt pass og ei sosial rolle som kvinne sett på som eit fullstendig kjønnskifte av legestanden. Men for mediene og offentlegheita var ikkje dette nok. Omtalen som forvandling og fullstendig kjønnskifte gav kanskje falske forhåpningar om at Jørgensen no til dømes kunne få born, ei for mange definerande eigenskap av det å vere kvinne. Men det hadde ikkje skjedd nokon konstruksjon av vagina, eller gitt indre organ som livmor og eggstokkar. Jørgensen var blitt ein person som ikkje kunne få born eller ha penetrerande sex, og derfor ikkje ei 'ekte' kvinne. Men skal ein tru Meyerowitz var ikkje dette ein statisk konklusjon, for haldningar og forståingar endra seg, og det var Jørgensen ein sentral del. Kva ho hadde gjennomgått i København reiste spørsmål ved kva det var som konstituerte kvinner og menn. Og som vi har sett skapte dette diskusjonar i media og samfunnsdebatten, men også blant medisinarar.

Effekt av mediedekninga

Mediedekninga av Jørgensen bidrog nok til at Hamburger, Stürup og Dahl-Iversen opplevde stor pågang av personar som søkte å skifte kjønn. Verdens Gang skreiv nemleg den 10. mars 1953 om at 2000 personar hadde skrive til legane i håp om å få kjønnskifte. Det kom også fram at det blant desse breva, var det om lag 60 førespurnader frå nordmenn.

Jørgensen- saka og pågongen av pasientar vart i fylgje Verdens Gang diskutert på møte i *Dansk Kirurgisk Selskap* og *Indokrinologisk Selskap*. Dette møtet var hemmeleg, og alle deltakarane hadde blitt pålagde teieplikt kring kva ein kom til einigheit om av juridisk og medisinsk behandling av transvestittar⁸⁸. Ikkje lenge etter dette møtet vart det opplyst om at det i Danmark ikkje lenger var tilgjengeleg for ikkje-danske statsborgarar å få behandling for transvestisme. Jørgensen hadde vore eit unntak frå reglane.⁸⁹ Eventuelle transpasientar måtte då få hjelp i sine eigen land.

⁸⁸ Verdens Gang. 17.02.1953:10.

⁸⁹ Verdens Gang. 10.03.1956:6.

I laupet av 1950-talet vart ‘Christine Jørgensen’ eit synonym for kjønnskifte. Ein omtala gjerne personar som fekk kjønnskiftebehandling som «Christine Jørgensen tilfelle.»⁹⁰ Og den aktuelle behandlinga vart omtalt som «Christine Jørgensen behandling»⁹¹. Då Verdens Gang i mars 1953 skreiv om to nordmenn som skulle få kjønnskiftebehandling, laud overskrifta som fylgjande «To nordmenn skal bli Christine Jørgensen’er»⁹² Og ut på 1970-talet vart Christine Jørgensen framleis brukt som introduksjon til tema som kjønnskifte og transvestisme.

Reaksjonar i faglege tidsskrift

Hamburger, Stürup og Dahl- Iversen publiserte i Nordisk Medicin 1953 ein artikkel kalla *Tranvestisme. Hormonal, psykiatrisk og kirurgisk behandling af et tilfælde*. Denne artikkelen handla tydeleg om Christine Jørgensen, sjølv om namnet hennar ikkje vart nemnt i artikkelen. til Hamburger, Sturup og Dahl- Iversen fekk merksemd også i Noreg og vart referert i korthet i *Tidsskrift for den norske legeförening* i 1953. Over tittelen på referatet stod det i kursiv «Må ikke gjengis utenfor fagpressen.»⁹³ Føremålet med slike merkelappar var å gje legestanden moglegheit til å innan fagfeltet diskutere korleis fagstoffet skulle framstå i media. Men at fagstoff fekk denne merkelappen på seg, var på ingen måte ein garanti for at innhaldet heldt seg innanfor fagpressa, heller tvert om. «Hvordan landets øvrige redaksjoner valgte å vinkle sin presentasjon, verken kunne eller skulle staben i legenes vitenskapelige publikasjon påvirke.»⁹⁴ Omtala var også fulgt opp av ein kommentar som sa

«Som nevnt ovenfor er kasus på forhånd blitt inngående omtalt i dagspressen, og skal en dømme etter den reaksjon som har vist seg hittil, er det kanskje noe tvilsom om en slik drastisk terapi kan ventes å bli alminnelig akseptert. (Referentens anm.)»⁹⁵

Bakgrunnen for denne merknaden kan vere at det i referatet blir opplyst om at artikkelforfattarane hadde avslutta med ein appell til legestanden, om å møte «ofrene for den genuine transvestisme» med å vere meir positivt innstilt ovanfor forsøka på å lette tilværet for desse personane og behandlingssopplegget. *Tidsskrift for den norske legeförening* ville ikkje

⁹⁰ Verdens Gang. 09.03.1953:1.

⁹¹ Verdens Gang. 09.03.1953:1.

⁹² Verdens Gang. 09.03.1953:1.

⁹³ Tidsskrift for Den norske legeförening. 1953:549.

⁹⁴ Haave. 2003; 123:3157-9

⁹⁵ Tidsskrift for Den norske legeförening. 1953:550.

oppgje namnet på personen som var objekt for studia som artikkelen handla om. Jørgensen var heller ikkje nemnt av Hamburger, Stürup og Dahl-Iversen med namn, men det er ikkje vanskeleg å forstå at det var henne. Referatet fortel blant anna at

«Kasus er på forhånd velkjent fra dagspressen idet både europeiske og amerikanske aviser har offentliggjort sensasjonelle beretninger og intervjuer ledsaget av fotografier om angjeldende, en ung amerikansk soldat som led av dens seksuelle forstyrrelse der betegnes som ‘transvestisme’»⁹⁶

Norsk Dameblad

Det var ikkje berre dagspressa og faglege tidsskrift som tok for seg transvestittar. I 1953 publiserte *Norsk Dameblad* ein interessant artikkelserie om menn i kvinneklede. Norsk Dameblad vart utgitt frå 1938 til 1965, og hadde på 1950-talet eit opplag på i overkant av 50.000. Dette auka til 100.000 på 1960-talet, men bladet la inn etter å ha tapt konkurransen frå andre dameblad i samtida.⁹⁷ To av artiklane var forfatta av den anonyme forfattern Artemis, medan det i den femte utgåva frå 1953 finns ein eit intervju med legen Finn Bøe. I den fyrste artikkelen vart også Jørgensen presentert og omtalt som ein person som var ferdig behandla og som eksempel på at «det å bytte å bytte kjønn fullt ut, er en uhyre komplisert affære (...)».⁹⁸ Vidare vart Jørgensen beskrive som ein person i «dyp sjelenød, et spaltet sinn, som etter år i kval og uvisshet nå ved legers hjelp ville forsøke å endre en tilværelse han ikke lenger kunne holde ut.»⁹⁹ Jørgensen si historie vart presentert som eit spørsmål om liv eller død. Ei historie om ein person som visste at ho var kvinne og ikkje kunne halde ut å leve som mann lengre. Norsk Dameblad kunne også fortelje at Jørgensen hadde gjennomgått talrike operasjonar og mange hormoninnsprøytningar. Som vi veit av artikkelen til Hamburger, Stürup og Dahl-Iversen var talet på operasjonar her noko overdrive, for det var berre snakk om to. Men poenget til Norsk Dameblad om at det ikkje var ei enkel prosedyre å forvandle kjønn, er ikkje til å misforstå.

«Tilfellet Christine Jørgensen er ikke så enestående sjeldent som man skulle tro»¹⁰⁰

Damebladet refererte her til at Dahl-Iversen i eit avisintervju hadde fortalt at det ved hans

⁹⁶ Tidsskrift for Den norske legeforening 1953:549.

⁹⁷ https://snl.no/Norsk_Dameblad 05.05.17.

⁹⁸ Norsk Dameblad.3.1953:7.

⁹⁹ Norsk Dameblad.3.1953:7.

¹⁰⁰ Norsk Dameblad.3.1953:7.

avdeling hadde blitt behandla enkelte tilfeller før Jørgensen. Norsk Dameblad gjorde visst også egne undersøkingar og kunne fortelje at det fanst tilfelle også i Noreg. «Men så vidt vi har erfart, har det vært omdannelse fra kvinne til mann, det motsatte av Christine Jørgensen.»¹⁰¹ Vidare fortalte Norsk Dameblad at det ikkje har blitt utført operativ behandling på «noe lignende tilfelle som Christine Jørgensen i Norge på mange år(...)»¹⁰² «Men leger har sin taushetsplikt, og et slikt tilfelle ville bli behandlet med den aller største diskresjon, såfremt da ikke pasienten selv ønsket publisistet.»¹⁰³

Det artikkelen i hovudsak handlar om, når ein ser vekk frå at om lag halvparten av spalteplassen tok for seg Jørgensen, var at det også fans personar i Noreg som liknar på Jørgensen. Artikkelen opnar med å fortelje om at det finns menn i Oslo som kler seg i dameklede. Det var leiaren av eit institutt for kroppskultur som kan fortelje om at dei hadde motteke ein førespurnad frå ein person som omtalte seg sjølv som eigentleg mann, men kvinneleg av seg. Institutt-leiaren omtalte personen som «et menneske i dyp sjelenød (...) Et menneske hvis sjel liv ikke harmonerte med det legemlige hylster naturen hadde gitt det.»¹⁰⁴ Personen det her var snakk om hadde visstnok blitt råda av lege å opptre som kvinne, noko som den nemnte instituttleiaren såg på som grunnlaget for at personen søkte om å få gjere kroppøvingar saman med kvinner, til trass for at personen hadde ein mannleg kropp.

Norsk Dameblad gjorde det tydeleg at både legestand og politi hadde ei positiv innstilling og ynskjer å hjelpe det dei kunne. Til slutt oppmoda Norsk Dameblad «alle vi andre, som kanskje kan yte hjelp ved å vise sympati og forståelse, la oss gjøre det, viss vi skulle komme i kontakt med mennesker som naturen har begått urett mot.»¹⁰⁵

I nummer 5 av Norsk Dameblad 1953 finn vi ein artikkel der dr. med. Finn Bøe vart intervjuet om menn i kvinnekledde.¹⁰⁶ Fyrst og fremst påpeiker bladet at den førre artikkelen i nummer 3, hadde hausta stor merksemd og mange tilbakemeldingar frå lesarane. Nokre av desse skal Norsk Dameblad ha vist til lege, men eitt av breva vart også, på lesarens eige ynskje, referert i sin heilheit. I brevet beskriver lesaren sin uimotståelege trong, frå tidleg alder av, til å kle seg i kvinnekledde og vedkommande ber om ikkje Norsk Dameblad kan publisere denne forteljinga, men også få ein lege sin «uttømmende redegjørelse om det

¹⁰¹ Norsk Dameblad.3.1953:7.

¹⁰² Norsk Dameblad.3.1953:7.

¹⁰³ Norsk Dameblad.3.1953:7.

¹⁰⁴ Norsk Dameblad.3.1953:7.

¹⁰⁵ Norsk Dameblad.3.1953:7.

¹⁰⁶ Finn Bøe var kjent som endokrinolog og gynekolog, han haustar stor annerkjennelse nasjonalt som internasjonalt, og var ein av pådrivarane og byggjarane av den gynekologiske avdelinga ved Aker sjukehus.

forhold jeg har berørt.»¹⁰⁷ Såleis tok Norsk Dameblad kontakt med Bøe, artikkelen har også ein uttalelse frå «en av våre mest kjente psykiatere»¹⁰⁸ som ikkje vart identifisert. Denne psykiateren påpeikte at det var viktig å differensiere ganske detaljert, om ein skulle unngå missfortåelsar angående tilstandar som homoseksualitet eller «klesdraktproblemer».¹⁰⁹

På spørsmålet om dei burde oppsøke lege svarte Bøe at «Jeg tror ikke det skulle være grunn til å tvile på at norske leger vil stille seg sympatisk og forstående overfor disse mennesker og villige til å yte dem all mulig hjelp.»¹¹⁰ Det kjem ikkje fram på kva grunnlag Bøe meiner dette, men han synest overtydd over at eventuell behandling måtte skje som eit samarbeid mellom ein psykiater, ein kirurg og ein lege med erfaring i endokrinologi.

Desse tre artiklane frå Norsk Dameblad genererte endå meir merksemd kring transvestisme, og i 1955 kunne bladet fortelje at dei hadde motteke ei rekke førespurnader, både muntlege og skriftlege av personar som ynskja å fortelje om seg sjølv eller andre. Blant anna hadde det kome inn mange forteljingar, og fleire av dei vart publiserte i bladet, frå lesarar som hadde tilbydt sine menn å låne undertøyet deira og såleis fått bukt med mannens alkoholproblem. Desse ektefellane skal ha halde fram med å bære kvinneleg undertøy under dressen og såleis blitt langt rolegare og harmoniske, samt slutta med stadige utskeiingar med alkohol. Over ein lengre periode, vart det i spalta *Kan vi hjelpe?* Trykt brev frå lesarar som spurte om å gje mannen kvinneundertøy kunne hjelpe på alkoholisme. Tek ein på alvor at damebladet meinte dette var reelt, kan ein forstå at breva vart trykt i håp om å hjelpe lesarane og ektefellane deira. Men det kjem også fram i bladet at redaksjonen i enkelte tilfelle hadde vist lesarar vidare til legar, og i utgåvene frå 1953-1955 er det tydeleg at Norsk Dameblad tok problemet på alvor, og anerkjente transvestisme som ein sjukdom som kunne behandlast.

«Alle henvendelsene fra de ulykkelige har i sin enkelthet en så gripende appell at vi synes det er all mulig grunn til å offentliggjøre dem. Kanskje kan de bane vei for en større forståelse for de mennesker hvis tilbøyeligheter vi så altfor lett vint karakteriserer som «perverse».»¹¹¹

Ein kjem ikkje vekk i frå at det var stor interesse for tematikken, og publiseringane kunne mogleg å skaffe bladet fleire lesarar og større opplag. Etter at artikkelen i nr 3 1953 vart trykt,

¹⁰⁷ Norsk Dameblad.5.1953:8

¹⁰⁸ Norsk Dameblad.5.1953:8

¹⁰⁹ Norsk Dameblad.5.1953:8.

¹¹⁰ Norsk Dameblad 5.1953:8.

¹¹¹ Norsk Dameblad 7.1953:21.

kunne bladet i nummer 5 same år melde om at artikkelen hadde vakt stor interesse. I 1955 etter endå fleire førespurnader frå lesarar, vart mange av desse breva videresendt overlege Trygve Bråtøy ved Ullevål sjukehus sin psykiatriske avdeling. Om Bråtøy skriv Norsk Dameblad at han med hans «store forståelse og varme hjertelag hjalp mange av våre lesere.»¹¹² At det kunne hjelpe den enkelte transvestitt og eventuelt familien hans/hennar kan ha vore ein sterk motivasjon for Norsk Dameblad til å publisere breva, og å sette avsenderane i kontakt med legar. Bladet var heilt tydeleg på at transvestittar var særst ulykkelege menneske som naturen har gjort urett mot, og at det var komplisert, men mogleg, å få god medisinsk hjelp.

«Vi har fått fleire gripende brev der innsenderene takker oss fordi vi har tatt opp problemet. Vår hensikt med artikkelen var nettopp å forsøke å hjelpe disse menneske naturen har begått urett mot, og det ser ut til at det har lyktes oss.»¹¹³

Men ein skal ikkje sjå vekk i frå at opplagstal også var ein motivasjon for publiseringa av slike lesarbrev og artikkelar om transvestisme. Interessa var tydeleg stor og genererte mange lesarbrev over fleire årgangar av bladet.

Utgreiinga av 1956

Som vi har sett sette Jørgensen spørsmålet om transvestisme på dagsorden innan medisinen men også i massemedia. Og som vi skal sjå vidare var det også enkelte nordmenn som sette spørsmålet om behandling på dagsorden i Noreg. Den 25. januar 1955 sendte Karl Evang brev til helsedirektoratets kontor for psykiatri, med forslag om at det vert satt ned eit sakkunnig utval som skulle skrive ei fråsegn om behandling av transvestisme.¹¹⁴ Deretter skulle saka utgreiast vidare juridisk. Til å sitte i utvalet foreslo Evang professorane Ørnulf Ødegård og Gabriel Langfeldt, samt legane Per Anchersen, Johan Bremer og Nils Kinnerød¹¹⁵. Professor Ødegård var den einaste av dei som takka nei til å sitte i det sakkunnige rådet.¹¹⁶ Anchersen

¹¹² Norsk Dameblad 13.1955:3.

¹¹³ Norsk Dameblad 5.1953:8.

¹¹⁴ Evang i notat til Kontor for psykiatri 25.01.1955. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹¹⁵ Evang i notat til Kontor for Psykiatri 25.01.1955. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹¹⁶ Ødegård i brev til Evang 01.03.1955. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

var leiar av utvalet. I helsedirektoratet vart det gjort greie for oppnemninga av det sakkunnige utvalet 28. mars 1955.¹¹⁷

I fylgje Lohne- Knudsen vart spørsmålet om tilgang til å utføre feminiserande behandling av ein mannleg transvestitt fyrst reist 25. august 1953 frå overlege Kinnerød ved Ila sikringsanstalt. Der hadde dei ein pasient som ynskte å ikkje berre få opptre som kvinne, men pasienten ynskte også ein vidare feminisering gjennom hormonterapi. Helsedirektør Evang søkte utgreiing hjå Justisdepartementet om kor vidt slike eventuelle inngrep var lovleg den 10. september 1953. Den norske legeforening sendte 23. september 1953 inn ein førespurnad frå ein amerikansk pasient, som spurte om å i Norge få utført «den radikale behandling tilsvarende det kjente tilfelle Christine Jørgensen.»¹¹⁸ Også dette vart sendt inn til Justisdepartementet for utgreiing. Svaret frå Justisdepartementet til begge desse to sakene kom 7. desember 1953 og hadde overskrifta «'omskaping' av mann til kvinne ved operative inngrep.» Her meinte Justisdepartementet til den fyrste saka, fremma frå Ila sikringsanstalt at så lenge hormonbehandlinga ikkje ville vere «betydelig skade på legme og helbred jfr. straffeloven» ville den ikkje vere rettsstridig.¹¹⁹ Men til den andre saka, fremma av den norske legeforeninga meinte departementet at:

«Man går ut i fra at operative inngrep som tar sikte på å 'omskape' en mann til kvinne, vanligvis vil ha en slik virkning som nevnt i straffelovens §9. Vedkommendes samtykke til operasjonen vil da ikke være tilstrekkelig til å gjøre inngrepet rettmessig, jfr. Straffelovens §§ 231 og 235, annet ledd.»¹²⁰

Med andre ord hevda justisdepartementet at feminisering ved hormonbehandling, var lovleg, men at operativ behandling ikkje var det. Desse juridiske spørsmåla skulle halde fram med å vere aktuelle, også etter at den sakkunnige utgreiinga om operativ behandling av transvestisme vart lagt fram, og vil bli granska ytterlegare i neste kapittel.

¹¹⁷ Lohne-Knudsen til Det Sakkyndige utval ved Per Anchersen 02.04.1955. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹¹⁸ Lohne-Knudsen til Det Sakkyndige utval ved Per Anchersen 02.04.1955. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹¹⁹ Lohne-Knudsen til Det Sakkyndige utval ved Per Anchersen 02.04.1955. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹²⁰ Brev frå F.H i Justisdepartementet, 07.12.1953. jnr. 1478/1953. RA/S-3212/B/Ba/L0056.

Lohne- Knudsen kunne i instruksdokumentet informere om ytterlegare to søknadar frå Ila, datert 22. oktober 1954 av same karakter som den fyrste. Og 1. desember 1954 mottek kontor for psykiatri ein tilsvarande søknad, med anbefaling frå Anchersen.¹²¹

«På grunnlag av disse 3 aktuelle søknader har Helsedirektøren funnet å burde ta transvestittbehandlingsspørsmålet opp til en bredere prinsipiell utredning, og ønsker først og fremst en sakkyndig medisinsk-psykiatrisk uttalelse om transvestisme og dens behandling.»¹²²

Helsedirektoratet seier sjølve at det var på grunnlag av tre tilfelle at avgjerda vart fatta om å utgreie om operativ behandling ved transvestisme. Men det er vanskeleg å sjå for seg at utgreiinga vart skrive for å avgjere tre pasientsaker, ein må derfor anta at helsedirektoratet såg for seg at det kunne komme fram endå fleire tilfelle enn dei allereie kjente til. Og dette hadde dei god grunn til å tru. Som nemnt sette merksemda kring Jørgensen i gang ei stor tilstrøyming, gjennom brev, av personar som søkte kjønnskifte til legane i Danmark. Av desse var det om lag 60 nordmenn. Og skulle ein tru Norsk Dameblad sin redaksjon og lesarar, var det mange menn som av ulike årsaker kledde seg som kvinner, og vart råda til å oppsøke lege. Såleis var åtsikta med utgreiinga å avgjere prinsipielt kva ein skulle gjere med slike pasientar, der og då men også for framtida.

Og for å gjere dette vart altså Ørnulf Ødegår, som avlso, Gabriel Langfeldt, Per Anchersen, Joahn Bremer og Nils Kinnerød spurt om å bidra. Nokre av dei hadde allereie vore i kontakt med transvestitte pasientar. Når helsedirektoratet spurte psykiatrar om å utgreie, tyder dette gjerne på at spørsmålet som skulle utgreiast var av psykiatrisk art. Det utelukka ikkje somatiske løysingar på spørsmålet men det la også opp til at psyko-terapi også kunne vere ei løysing. Dette kan tyde på at transvestisme vart sett på som eit psykisk problem, som burde vurderast for psyko-terapi. Men psykiatrar er også legar, Som vi skal sjå av utgreiinga var aktuelle behandlingsmetodar som endokrinologi, kirurgi og psykoterapi vurdert.

¹²¹ Fleire av søknadane og pasientsakene som her er nemnt eller som var kjent for norske helsemyndigheiter vart vurdert som ikkje aktuelle for operativ behandling, og er derfor ikkje oppgitt som grunnlag for utlysninga av utgreiinga om behandling av transvestisme.

¹²² Lohne-Knudsen til Det Sakkyndige utval ved Per Anchersen 02.04.1955. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

Det sakkunnige utval for behandling av transvestisme

Langfeldt var etter andre verdskrigen ein leiande psykiater, også internasjonalt.¹²³ Når utgreiinga vart skriven var han professor og administrerende overlege ved Psykiatrisk Klinik ved Universitetet i Oslo og leiar av den rettsmedisinske kommisjon.¹²⁴ Den medisinske doktoravhandlingen til Langfeldt studerte det autonome nervesystemet og endokrine kjertlar hjå schizofreni-pasientar og lærebøkene han skreiv i rettspsykiatri og klinisk psykiatri var lenge sentrale i utdanninga av psykiatrar. Saman med Ødegård, var Langfeldt kjent som sentrale i praksisar der kirurgi og psykiatri gjekk hand i hand. Denne typen av behandlingar gjekk ein vekk i frå etter kvart som det kom til fleire og betre medikamentelle behandlingar. Men norske psykiatrar fekk kritikk for å lenge halde fast ved psyko-kirurgiske metodar, til trass for at medisinar med liknande eller betre resultat var tilgjengelege. Ødegård skriv eit tilbakeblikk på karrieren om korleis legar på 1950-talet hadde byrja å bli meir skeptiske til metodar som sjokk-terapi ved schizofreni¹²⁵. 1950-talet var også prega av diskusjonar og fagleg omordning av tilhøva mellom medisinarar og den framveksande standen av psykoanalytikarar.¹²⁶

Anchersen var overlege ved psykiatrisk avdeling for menn ved Ullevål Sjukehus i Oslo. Han hadde hatt kontakt med ein eller fleire transvestitte pasientar før utgreiinga og vart formann for utvalet.

Bremer var overlege ved Kvinneavdelinga på Gaustad Sjukehus og heldt under arbeidet med utgreiinga, også på med datainnsamling til oppfølgingsstudia *Asexualization*. Dette var ein studie av 244 utførte kastrasjonar i Noreg i perioden 1933-1949. Med studia meinte Bremer å kunne vise at kastrasjon langt i frå hadde dei tilsikta effektane som utøvarane av den hevda at det hadde. Desse effektane innebar blant anna å forhindre nye seksuallovbrot, gjennom å fjerne seksualdriften. Blant anna var det usikkert om kastrasjon hindra seksualfunksjonen. For nokre pasientar forsvann evna til ereksjon og ejakulasjon, for andre gjorde den ikkje det. Bremer peikte også på at kastrasjon i mange tilfelle ikkje fjerna seksualiteten, men evna til å leve den ut. Bremer sitt arbeid med kastrasjon inngår i ei rekke arbeid og studiar der han tek fagleg avstand frå teoriar og praksisar som tek sikte på

¹²³ https://nbl.snl.no/Gabriel_Langfeldt 20.01.17.

¹²⁴ https://nbl.snl.no/Gabriel_Langfeldt 20.01.17.

¹²⁵ Haave.2003:202.

¹²⁶ Haave.2003:212.

endre psykiske tilstandar gjennom operative inngrep. Lobotomi¹²⁷ til dømes, var eit inngrep Bremer aldri utførte.¹²⁸ Bremer og Evang kjente til kvarandre, og Evang skal ha forsøkt å rekruttere Bremer til det offentlege helsevesenet i 1947.¹²⁹

Det har ikkje vore mogleg å finne dokumentasjon på i kva grad Evang var klar over at Bremer hadde andre synspunkt på operativ behandling enn dei andre i utvalet. Men ein kan tenke seg at han var det, ettersom Bremer sine standpunkt allereie var kjende. Åtsikta då med å invitere Bremer med i utvalet, må kunne seiast å vere at ein forsøkte å få fram eit nyansert svar. Bremer såg kanskje andre løysingar enn kirurgi.

Formålet med utgreiinga

Det sakkunnige utvalet fekk tre overordna spørsmål frå Helsedirektøren som dei med utgreiinga freista å svare på.

«1. Er feminiserende behandling av transvestitte menn, maskuliniserende behandling av transvestitte kvinner etter medisinsk-psykiatrisk oppfatning antatt å være en hensiktsmessig behandlingsmåte også for så vidt angår konsekvenser og sosial tilpassing for pasienten? 2. Hvilket implikasjonsgrunnlag bør i såfall oppstilles før en slik behandling? 3. Hvordan bør etter utvalgets mening saker (søknader) av denne art behandles administrativt?»¹³⁰

For å svare på dette tok utgreiinga for seg tidlegare forskning på området, og gjorde eigne vurderingar for korleis ein kunne definere transvestisme og genuin transvestisme. Vidare tok utvalet for seg i kva omfang transvestisme førekjem, korleis det kan diagnostiserast og på kva grunnlag, samt aktuelle behandlingsmetodar og erfaringar med desse. Utvalet legg stor vekt på internasjonal forskning og kliniske erfaringar. Utgreiinga kjem også med tydelege anbefalingar for korleis ein i ein norsk kontekst kan gi helsetilbod til den aktuelle pasientgruppa. Desse anbefalingane gjaldt både korleis ein administrativt skulle organisere eit

¹²⁷ Lobotomi; nevrokirurgisk inngrep i frontallappen utført med åtsikt om å betre sinnslidingar, utilsikta følger oppstod ofte, som kjenslemessig og intellektuell sløvheit. Neurologen Egaz Moniz fekk nobelpris for å ha utvikla metoden. <https://sml.snl.no/lobotomi> 12.12.16.

¹²⁸ Bremer. 2003.

¹²⁹ Bremer. 2003.

¹³⁰ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

eventuelt behandlingstilbod men også kva grunnlag ein skulle gi tilbodet på; implikasjonsgrunnlaget.

På dette tidspunktet herska det tydeleg usemje og usikkerheit kring kva tiltak ein burde tillate og ikkje, og kva konsekvensane av dette kunne bli. Verdens Gang meldte 17. februar om at det hadde blitt haldt eit møte i København for den kirurgiske og endokrinologiske foreiningane om korleis ein skulle stille seg til transvestittar. Eit referat skal også ha blitt sendt til dei norske myndigheitene etter møtet, og dette referatet var hemmelegstempla. Avisa kunne også melde om at alle deltakarane på møtet hadde fått teieplikt og ikkje fekk avsløre kva avgjerder som vart gjort av juridisk eller medisinsk karakter.¹³¹

Genuin transvestisme?

«Utvalget vil i det følgende begrense omtalen til de genuine transvestitter som foruten forannevnte karakteristikum, nemlig trangen til å bære klær tilhørende det annet kjønn, og har en ganske særlig trang til å ville forandre sitt kjønn, og hvor trangen til å identifisere seg som et annet kjønn synes å ha manifestert seg alt i tidlig barnealder.»¹³²

Utvalet hevda at deira forståing av genuin transvestisme fell saman med det Havelock Ellis omtalar som eonisme. Utvalet bygger vidare på Magnus Hirschfeld sitt omgrep transvestisme, men legg til genuin transvestisme, der det hjå pasienten var til stades ein særleg trong til å forandre sitt kjønn.

Genuin transvestisme var tilstanden og genuine transvestittar var i fylgje utvalet «personer lidende av denne tilstand».¹³³ Her kan ein tolke det til at utvalet ser på transvestisme som sjukdom. Det var viktig om det skulle vurderast som ei medisinsk årsak, når det kjem til behandlingar som inneber sterilisering eller kastrasjon.

At det førekom transvestisme hjå kvinner også var i fylgje utvalet velkjent, men det førekom i langt mindre grad enn hjå menn. For utvalet låg det til stades «2-3 temmelig opplagt sikre tilfeller.»¹³⁴ Utvalet gjorde ingen vidare utgreiing om kvinnelege transvestittar ettersom det ikkje eksisterte tilstrekkeleg med empiri til å kunne seie noko sikkert om behandlingsutsiktene eller resultatane av eventuell behandling. Derimot hevda utvalet at ein del

¹³¹ Verdens Gang. 17.02.1953:10.

¹³² Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002

¹³³ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹³⁴ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

av betraktningane kring dei mannlege transvestittane var prinsipielt overførbare for kvinnelege transvestittar. Stort meir vart det ikkje sagt om kvinner utgreiinga.

Utgreiinga om behandling

Fyrst og fremst presiserte utvalet at det til no ikkje hadde lukkast «å bringe en genuin transvestitt ut av sin tilstand og tilbake til normal heteroseksualitet»¹³⁵ gjennom psykoterapi, hormon- eller kirurgisk behandling.

Dei har heller ikkje funnet belegg for at det kan føreligge hormonelle anomaliar hjå trans-pasientar og refererte til Hamburger, Stürup og Dahl- Iversen 1953 og Claus Overzier 1955¹³⁶. Vidare listar utvalet opp nemnte forfattarar sin oversikt over behandlingsmetodar. Desse består av løyve til offentleg å bære kvinneklede, legal registrering og akseptering av valt kjønn, behandling med hormon, kastrasjon, demaskuliniserande operasjonar og operativ danning av kunstig vagina. Fellesnemnar for alle desse metodane var at eit av måla for dei var å gi ei betre sosial tilpassing for pasienten. Med sosial tilpassing vart det nok sikta til at personen skulle fungere i samfunnet ved å gli inn i ei kjønnsrolle. Dette handla nok både om å leve i rollemønsteret, men også om utsjånad og å framstå som kvinneleg eller mannleg.

Det å gi personar juridisk status etter eigenoppleving av kjønn, gjorde det lettare å opptre utan å møte på til dømes nemnte problem, og gjere det lettare å tilpasse seg kjønnsrolla ein ynskjer å gå inn i.

Kastrasjon blir nemnt som lovleg under gjeldande norsk lov, men fleirtalet seier ingenting om kva utfall slike søknader ville fått. I staden nemnte fleirtalet at inngrep på friske genitalia var forbodet ved lov i andre land. Vidare meinte at fleirtalet at det var meir tilrådeleg med hormonbehandling som over tid svarer til kastrasjon. Dette fordi det reduserte risikoen for komplikasjonar og er reversibelt. Ved kastrering, tok ein vekk kjønnskjerlane og det var ikkje mogleg å reversere inngrepet eller konsekvensane av det.

Utvalet nemner også demaskuliniserande operasjonar, under dette ligg inngrep som operativ fjerning av penis, noko som ikkje byr på tekniske vanskar. Hamburger, Stürup og Dahl- Iversen peiker i fylgje utgreiinga på at det var mogleg å utføre penisamputasjon og plastisk kirurgi på skrotum for å etterlikne kvinnelege genitalia og at dette var noko som det

¹³⁵ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹³⁶ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

ikkje burde vere store innvendingar mot, og nærmast sjåast på som ein naturleg konsekvens av kastrasjon av ein genuin transvestitt.¹³⁷

Når det kjem til operativ danning av kunstig vagina var utvalet av den oppfatninga at Hamburger og medarbeidarar mogleg har stilt seg negative. Bakgrunnen for dette skal vere at genuine transvestittar i stor grad var aseksuelle og at dette såleis var unødvendig. Men i fylgje utgreiinga tek justisdepartementet det standpunktet at penisamputasjonar var av ein slik alvorleg karakter at det ikkje var lovleg, jamfør straffelovens, anno 1956, §231 og §235, 2. ledd. Dette fordi det blir sett på som alvorleg skade på kropp og helse, til trass for om pasienten sjølv etterspør det. Utvalet hadde ikkje klart å få ei utfyllande utgreiing frå justisdepartementet.¹³⁸

Tidlegare erfaringar

Det er heilt tydeleg at utvalet legger stor vekt til arbeidet til Hamburger, Stürup og Dahl-Iversen. Det skal også nemnast at nett dette arbeidet var av det fyrste, større vitskaplege arbeidet som hadde blitt gjort om behandling av transseksualisme. Såleis var det naturleg at dette var eit utgangspunkt for ei norsk undersøking av moglegheiter for behandling av transseksualisme. For å svare på spørsmåla frå helsedirektøren tek utvalet for seg eit utval av internasjonal forskning på feltet og vurderer denne. Fyrst og fremst var behandlinga av Christine Jørgensen, ved Hamburger, Stürup og Dahl-Iversen viktig. Men også arbeidet til Bürger-Prinz, Albrecht og Giese frå 1953, Claus Overzier (1955), Warden og Harsch (1955) vurdert. Utvalet var av den oppfatning at det var snakk om så svinnande få aktuelle pasientar, at om ein tillot behandling som feminiserte ved kirurgi og hormon, ville ikkje det møte alvorlege sosiale innvendingar.

Implikasjonsgrunnlag

Ueinigheiter i utvalet oppstod fyrst i spørsmålet om behandling, og då om ein skal tillate til dømes operative metodar og medisinerings ved kjønshormon. Ein av utvalet sine medlemmer, Bremer, skreiv ikkje under på utgreiinga, men leverte i staden to andre fråsegner, som blir studert seinare i kapittelet. utvalet peikte på at mange var av den oppfatning at mykje av tilpassingsvanskane til genuine transvestittar handlar om at tilstanden i seg sjølv var eit sterkt psykisk press, som kunne leie til store depresjonar, der sjølv-mutilering og i verste fall

¹³⁷ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹³⁸ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

sjølv-mord kunne bli utfallet. Utvalet sa vidare at å fullstendig avvise desse personane stridde mot legegjeringa og pliktene ein hadde som lege. Dette vart grunna med at ein til no (1956) ikkje har klart å vise til gode resultat gjennom metodar som psykoterapi, sjølv langvarig og djuptgåande. Vidare hevda utvalet det bevist at å gi mannlege transvestittar mannlege kjønns-hormon berre forverra tilstanden; og såleis «står det etter utvalgets mening ingen annen utvei tilbake enn å søke å hjelpe vedkommende pasient til en bedre tilpassning.»¹³⁹ Her støtta utvalet seg på ny forskning og slår fast at psykoterapien ikkje kunne vise til vellykka resultat, og at med dei påkjenningane som pasientane opplevde i kraft av å vere genuine transvestittar, så var det ei plikt å hjelpe. Men det var ikkje heilt rett fram for utvalet å gjere dette, dei svara bekræftande på helsedirektørens spørsmål om det kunne vere formålstenleg å gi feminiserande behandling til genuine transvestittar, men med «meget sterke reservasjonar»¹⁴⁰

«Ikke enhver transvestitt som fremsetter krav om feminiserende operasjon bør etter utvalgets mening ha tillatelse til å få den utført»¹⁴¹ Det var viktig for utvalet at aktuelle pasientar fyrst vart observert over lengre tid, der ein kontrollerte og undersøkte pasienten i høve til psykisk helse og sosial tilpassing. Det vart satt opp to overordna krav til pasienten; det eine var at pasienten hadde forholdsvis stabil psyke utan for store emosjonelle, intellektuelle eller karaktermessige avvik.¹⁴² Det andre kravet handla om at pasienten burde ha forutsetningar i forhold til fysikk og gemytt til å kunne vellykka oppnå tilpassing som kvinne. Anchersen og utvalet presiserte at for enkelte pasientar, som til dømes «en sværvoksen, grovlemmet mann»,¹⁴³ var ikkje feminiserande behandling formålstenneleg fordi omgjevnadane hans «vil finne hele hans apparisjon så grotesk.»¹⁴⁴ Her la også utvalet til at dei fant at mange av pasientane ikkje evna godt å vurdere seg sjølv og sin utsjånad, men at dei levde i ei tru om at dei var både feminine og yndige. Det kan synast som om ordbruken sikta til å vere ei åtvaring mot å skulle gi seg ut på eit behandlingsopplegg med risiko for å ikkje bli vellykka for pasienten. Kva som var vellykka og ikkje, var i følgje utvalet om personen hadde eit kjønnsuttrykk som samsvarte med omgjevnadane sine forventingar til korleis det gitte kjønnsuttrykk skulle uttrykkast. Utvalet såg ut til å meine at det var betre for pasienten å leve i feil kjønnsuttrykk enn å uttrykke kjønnet sitt «feil». Som vi har sett i kapittel 2, var

¹³⁹ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁴⁰ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁴¹ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁴² Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁴³ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁴⁴ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

kjønnsrollemønsteret på 1950-talet meir rigid enn i dag. Det var sterkare forventningar til kjønn, omgrepet kjønnsroller var heller ikkje artikulert på dette tidspunktet. Kvinner skulle helst vere feminine husmødrer, og menn skulle arbeide og forsørge familiarne sine. Den strenge kjønnsestetikken var kanskje ein reaksjon på kvinners yrkesinnsats under krigsåra, der kosmetikk var vanskeleg å få tak i, og dyrt. Når kvinnesaksrørsla vaks på 1960- og 1970-talet var det dei stramme villkåra for kvinners liv noko rørsle tok eit oppgjær med og ville frigjere seg frå.

Bremers dissens

Johan Bremer var, som nemnt, skeptisk til å bruke kirurgi for å lindre ikkje-somatiske tilstandar. Der fleirtalet sitt utkast til utgreiing var på om lag 20 sider, leverte Bremer ein like lang dissens. Dette dokumentet inneheldt argumentasjon, gjennomgang av litteratur samt kortare omtalar av ei rekke pasientsaker.

Bremer tok ut dissens ettersom han ikkje var einig med fleirtalet av utvalet i spørsmålet om kor vidt det var tilrådeleg å gi feminiserande og maskuliniserande behandling av transvestisme. Han brukte langt større grad tid og plass i dissensen til å gå gjennom litteratur på feltet, og å vurdere denne enn i utgreiinga til fleirtalet. Blant anna gir han ei kort gjennomgang av tidlegare studerte kasus. Anchersen skreiv i brevet som følgde med utgreiinga frå fleirtalet at leveringa av denne vart forsinka ettersom Bremer hadde spurt om å få ta ut i dissens

«når det gjaldt hensiktsmessigheten av den operative behandling. Han bebudet innsamling av et kompletterende materiale som skulle vært tilstillet komiteens øvrige medlemmer og bearbeidet av denne.»¹⁴⁵

5. juni 1956 skriver Bremer brev til Helsedirektøren og gjorde greie for nokre hovudsyn og at han ikkje på dette tidspunktet hadde fått gjennomgått alt materialet han ville. Dette brevet var ei kortfatta skisse over dissensen som var datert 3. september 1956. Bremer ga dissensen overskrifta mutilerende behandling av transvestisme, omgrep han også kom til å bruke seinare.

¹⁴⁵ Anchersen i brev til helsedirektøren. 25.05.1956. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

For Bremer var transvestitten ein person som søker å så langt det let seg gjere å opptre som kvinne. Dei søker seg kvinnearbeid, går i kvinneklede og oppsøker omgjevnader som behandlar dei med omtanke.¹⁴⁶ Han brukte ikkje omgrepet genuin transvestitt, slik som utvalet sitt fleirtal gjorde. I Bremers utgreiing for kva som ligg i omgrepet transvestitt, talte han då om noko psykisk, om at det var snakk om «emosjonelt ustabile personligheter» med overfølsomme sinn.¹⁴⁷ Vidare hevda han at transvestittar var prega av «en demonstrativ sensjonslysten tendens.»¹⁴⁸ Bremer uttrykte også bekymring i høve til kor langt på veg ein kune hjelpe desse personane. Bremer peikte på at transvestittar hadde ein tendens til å stadig krevje større grad av feminisering. «Vi kan ikke forutsi på hvilket stadium de vil stoppe sine forlangender. Antakelig kan vi ikke være sikker heri selvom vi på forhand uttrykkelig gjør merksom på at så meget kan gjøres og dermed er grensen satt.»¹⁴⁹

Maskuliniserande behandling vart nemnt i fyrste setning i dissensen, men i parentes som alternativ til feminiserande behandling. For Bremer brukte vidare ikkje tid på å snakke om kvinnelege transvestittar. «I det følgende holder jeg meg av praktiske grunner til behandlingen av mannlige transvestitter.¹⁵⁰» Kvifor Bremer fant det praktisk å berre omtale menn i denne samanhengen har nok samanheng med at dei var fleire. Men det var også menn som kravde dei mest omfattande inngrepa, som amputasjon av penis og konstruksjon av vagina og labia. Den nesten fråverande omtalen av kvinner kan ha samanheng med at det i 1956 syntest medisinsk utenkjeleg å kirurgisk konstruere neo-penisar. Det er ikkje før i 1979, at dette blir nemnt som ein moglegheit. For kvinnelege transvestittar dreia operativ behandling seg om sterilisering og mastektomi, som er inngrep av mindre kompleksitet enn til dømes konstruksjon av kunstig vagina.

Behandlingar

Ikkje noko stad gav Bremer uttrykk for å støtte medisinsk behandling i nokon form, utan juridisk avklaring. Dei tiltaka som vart nemnt i dissensen går på dei juridiske sidene ved å la den enkelte transvestitt oppnå sosial tilpassing.¹⁵¹ Om å kle seg opp, ta kvinnearbeid og endre navn sa Bremer

¹⁴⁶ Bremer. 1956:1 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁴⁷ Bremer. 1956:3 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁴⁸ Bremer. 1956:22 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁴⁹ Bremer. 1956:4 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁵⁰ Bremer. 1956:3 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁵¹ Bremer. 1956:1 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

«Disse måter til å skape seg en kvinnelig tilværelsesform burde formodentlig lettes ved de administrative forholdsregler som ga visse nærmere fastsatte myndighet adgang til å innvilge forandring av navn, og formodentlig også ved en ordnet regulering av rett til å opptre i motsatt kjønns klær.»¹⁵²

Altså vil Bremer opne for endring av namn og å kunne kle seg som sjølvopplevd kjønn. Dette var noko som Magnus Hirschfeld var med på å opne opp for i Tyskland i mellomkrigstida. Og i USA skreiv Harry Benjamin pasientane sine legeerklæringar om at det låg ein medisinsk tilstand til grunn for at personen kledde seg i kvinneklede medan passet tilsa at han var mann.¹⁵³ Men vidare sa Bremer:

«Innrømmelse av slike 'rettigheter' måtte gis på nærmere bestemte vilkår - faste bestemmelser m.h.t. bruk av offentlige toaletter, en innleggelse i sykehus, en inngåelse av ekteskap, om militærtjeneste, om deling av rom med annet kjønn og mulige andre forhold.»¹⁵⁴

Her peikte Bremer på ei rekke praktiske problem som transvestittar kan møte på i kvardagen, og møter mellom menneske i situasjonar der kjønn er relevant. Men han gjekk ikkje nærmare inn på kva slike avgjerder kunne gå ut på. Mogleg sikta han til føresegn om unntak; til dømes unntak frå militærtjeneste. Men kva han meinte om konkrete situasjonar som bruk av toalett, sjukehusinnlegging og å inngå ekteskap var heller uklart. Poenget til Bremer var at det heile blir komplisert og vanskeleg, og det åleine var grunnlag for å ha reservasjonar.

Bremer om hormonbehandling

Bremer kjente til at ein i store dosar kunne oppnå kjemisk kastrering, noko som er reversibelt. Det går også fram av introduksjonen til Bremers 22 kasus, at det der var snakk om operativt behandla transvestittar, men han nemnte då ikkje hormonbehandling. Ved omtala av Christine Jørgensen, sa Bremer

«tilfellet er velkjent og trenger derfor ikke nærmere presentasjon. Han fikk utført kastrasjon, penisamputasjon og plastisk operasjon av scrotum, og oppnådde tillatelse

¹⁵² Bremer. 1956:1 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁵³ Her er det verdt å peike på at det i USA mange stader vart straffa hardt å utgje seg for å vere ein annan person enn kven ein var registrert som, såleis vart mange transvestittar straffeforfølgd for identitetsforfalsking om dei vart avslørt som «menn i kvinneklede».

¹⁵⁴ Bremer. 1956:1 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

til å anta kvinnelig sosial status. Hvordan forløpet sidan har vært, foreligger det ikke andre opplysninger om enn dem som er angitt i utvalgets flertalsuttalelse(...)»¹⁵⁵

I motsetning til fleirtalet i utvalet, ser det ikkje ut til at Bremer heldt moglegheitene opne for at transvestisme kanskje kunne ha ein medisinsk årsak, noko somatisk. Christian Hamburger til dømes, då han fyrst byrja å behandle Christine Jørgensen, såg for seg at Jørgensen hadde kvinnelege celler i kroppen, ein hypotese som etter kvart vart avkrefta. Fleirtalet gjer det svært tydeleg at det for transvestittar, eller genuine transvestittar, var snakk om ein særdeles sterk trong, som ikkje let seg løyse gjennom psykoterapi eller kledning åleine. For fleirtalet var det klart at transvestisme var prega av blant anna ein sterk trong til å kle seg som det motsette kjønn, og at dette var noko medfødt. Då såg også fleirtalet på det som ein del av sin legeplikt å lindre på dei plagene som følgde av at personen det gjeldt ikkje fekk uttrykke sitt opplevde kjønn. Fleirtalet såg samanheng mellom plager som depresjon og sjølvmutilering med mangelen på moglegheiter til å leve i samsvar med opplevd kjønn. Altså såg dei på det som si plikt å hjelpe genuine transvestittar til å leve tilfreds med seg sjølv. For ved å hjelpe pasienten, ville dei lette symptom som depresjon og dysfori. Bremer på si side nemte ikkje legeplikten i det heile og meinte at depresjon og dysfori som fylgje av at «Transvestittene er gjennomgående emosjonelt ulikvektige mennesker som både på grunn av sin seksuelle avvikelse og sin psykiske konstitusjon har lett for å utvikle reaktive dysforiske og depressive tilstander»¹⁵⁶ Og såleis var han ikkje forplikta til å hjelpe pasienten med transvestismen sidan han ikkje såg transvestisme som årsak til depresjon og dysfori.

Vidare i dissensen poengterer Bremer igjen at spørsmål kring kva ein skal tillate for transvestittar, både av behandling og rettigheiter, også må drøftast av personar med juridisk kompetanse. Namneendring og sosial tilpassing har ikkje berre ei medisinsk side, men også juridisk, og Bremer etterlyste såleis juridiske utgreiingar for kva som ville vere mogleg. Det viser det seg at han ikkje får med det fyrste, gjennom heile 50-, 60- og 70-talet gjekk det føre seg kommunikasjon mellom helsedirektoratet og justisdepartementet angående saker om namneendring, endring av personnummer (juridisk kjønn) og ekteskapsaker. Det ser ut til at desse spørsmåla ikkje blir svart på før det i 1979 vart oppretta eit nasjonalt behandlingstilbod ved Rikshospitalet for transseksualisme.

¹⁵⁵ Bremer. 1956:16 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁵⁶ Bremer. 1956:22 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

Som nemnt har Bremer eit perspektiv der han såg på transvestisme som eit psykisk problem. Dette kjem fram i omtalane av pasientar i litteraturen som vart gjennomgått i dissensen, der han valte å fokusere på behandlingsmetodar og resultatata av desse. Av dei 22 kasusa som Bremer går gjennom er seks pasientar vurdert av Bättig publisert i 1952, kasus frå legane Muhsems, Binder, Wyhrsch, Aubert, Huelke, Boss, Glaus, Hamburger/ Sturup og Dahl-Iversen, Hirschfeld/ Weinsheiners og Rieses, Overzier, Abraham, ei rekke kasus frå Sturup samt eit tilfelle frå det norske kastrasjonsmateriale.¹⁵⁷ Oppsummert meinte Bremer å kunne sei at det for åtte kasus kunne ikkje resultatet bli vurdert, på grunn av manglande observasjonstid og etterundersøkingar. Eit kasus døydde etter operasjon. For tre kasus «synes det øyeblikkelige terapeutiske resultat tilfredsstillende innanfor en kortere observasjonstid.»¹⁵⁸ Den diagnostiske vurderinga syntes å ha vore tvilsom for fem tilfelle og Bremer fant seks kasus der observasjonstida hadde vore noko lenger. Hjø desse hadde det blitt utført inngrep som kastrasjon på samlege og plastiske operasjonar på nokre. Sju av kasusa demonstrerte i fylgje Bremer «eklatant hvordan transvestittene iherdig går stadig videre i sine krav om å bli ‘forvandlet’ .»¹⁵⁹

Som Bremer her påpeikte, hadde dei fleste av pasientane ei avgrensa observasjonstid og det var såleis vanskeleg å komme med tydelege konklusjonar med omsyn til effekten av behandlinga. «Samtlige må antas å være prognostisk tvilsomme- det er grunn til å frykte for at det terapeutiske resultat på lengre sikt blir tvilsomt.¹⁶⁰» Vidare heldt Bremer fram med å kritisere manglande eller for kort observasjonstid og etterundersøkingar, samt at han meinte at fleire av tilfella var tvilsamt utgreia. I sin oppsummering av kasusa peikte Bremer på at fleire viste stor sensasjonslyst og vilje til publisitet,¹⁶¹ og at fleire hadde tilbakevendande depresjonar, dysfori og problem med tilpassing. Her bygger han på observasjonar og konklusjonane til andre legar, ettersom ingen av desse personane var Bremer sine egne pasientar. Han peikte også på at sju av kasusa framleis hadde førestillingar om og trong til «forvandling» Bremer såg det også som problematisk at fleire av pasientane heldt fast ved fantasiar om forvandling som fylgje av å ha lest om andre transvestittar i aviser og kulørt presse.

¹⁵⁷ Bremer. 1956:6-21 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁵⁸ Bremer. 1956:21 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁵⁹ Bremer. 1956:21 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁶⁰ Bremer. 1956:21 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁶¹ Bremer. 1956:22 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

«Den foretatte litteraturgjennomgåelse viser en nærmest forbløffende mangel på etterundersøkelse av de kasus hvor disse drastiske demaskuliniserende operasjoner er utført. De få tilfelle som har en lengre observasjonstid, inngir avgjort ikke noen tillit til den terapeutiske verdi av de demaskuliniserende operasjoner.»¹⁶²

Oppsummert hevda Bremer at transvestittar var «gjennomgående emosjonelt ulikvektige mennesker» og som med sine seksuelle avvik lett utviklar dysforiar og depresjonar.¹⁶³ Dette meinte Bremer var ei fylgje av deira psykiske konstitusjon.¹⁶⁴ Det faktum at fleire av dei i fylgje Bremer hadde ein emosjonell haldning prega av demonstrativ sensasjonslyst, førte til at dei villig gjorde seg til objekt for drastiske behandlingar. Dette syns han var problematisk, ettersom fleire av pasientane var ukritiske, og ikkje forstod at slike operasjonar ikkje kom til å kunne fullt ut forvandle dei til kvinner. Derfor vil ikkje Bremer anbefale slike behandlingsmetodar, ettersom han meinte at

«Denne utvei vil gjøre det enn vanskeligere å få dem til å akseptere sin situasjon og sin avvikelse, og å nøye seg med en sosial tilrettelegning i feminiserende retning.

Transvestittenes ønske og mål med hensyn til ‘kjønnsforvandling’ er vanskelig- eller formodentlig umulig- å tilfrettsstille: Et operativt inngrep synes å ha som resultat at det i sin tur oppstår nye ønsker.»¹⁶⁵

Så Bremer tok standpunkt om at ingen operativ behandling var betre enn noko operativ behandling, for ‘ekte’ kvinner blir dei ikkje uansett. Bremer viser gjennom litteraturgjennomgangen at kastrasjon, i nokre tilfelle lindrar den indre spenningen hjå pasienten, medan hjå andre visar det lite endring. Såleis var kastrasjon ein metode med mindre sikre resultat. Han anerkjente at psykoterapi ikkje har nokon særleg effekt, men stiller då særleg spørsmål ved inngrep der ein har utført genital-kirurgi i tillegg til kastrasjon. For sjølv ikkje dette kunne gjere pasienten heilt fornøgd, dei ville aldri kunne bli heilt nøgde, ettersom det ikkje let seg gjere å fullstendig skifte kjønnet til eit menneske.

Avslutningsvis var anbefalinga frå Bremer i dissensen at transvestittars «adgang til en sosial livsførsel som kvinne» burde utgreiast juridisk.¹⁶⁶

¹⁶² Bremer. 1956:22 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁶³ Bremer. 1956:22 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁶⁴ Bremer. 1956:22 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁶⁵ Bremer. 1956:23 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁶⁶ Bremer. 1956:23 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

Evang sitt svar på utgreiinga og dissensen

Etter at utgreiinga og dissensen til Bremer vart levert, kom Evang med si eiga innstilling. Denne vart sendt til Kontoret for psykiatri i Helsedirektoratet og 26. november 1956. Her skreiv Evang at han har gjennomgått og vurdert materialet frå det sakkunnige utvalet nøye. Han hadde kome til fylgjande konklusjon: «Jeg er enig med mindretallet i at slik denne saken ligger an bør ikke noen offentlig myndighet få fullmakt til på søknad gi adgang til demaskuliniserende plastiske operasjoner som behandling ved transvestisme.»¹⁶⁷

Altså seier Evang seg enig med Bremer, og meiner at det ikkje bør vere opp til ei enkelt offentlig myndigheit å få fullmakt til å ta avgjersler i dette spørsmålet. Her kan han sikte til at spørsmålet om kirurgi ikkje kan avgjerast av ein instans aleine, men at fleire burde vere involvert. Han peikte også på at når det kom til kastrasjon gjaldt lova om sterilisering av 1. juli 1934 og at spørsmål om løyve til sosial livsførsel som kvinner og hormonbehandling skal utgreiast av juridisk kompetanse. Når det kom til hormonbehandling sa Evang at han ikkje såg nokon grunn til å lage reglar for tilgangen til dette. «Her må den enkelte lege selv stille indikasjonen.»¹⁶⁸

Oppsummering

Fortellinga om Jørgensen vart fyrst presentert som ei fantastisk forteljing om forvandling frå soldat til kvinneleg skjønnheit. Den moderne legevitskapen fekk æra for å ha gjennomført noko som kunne synest umogleg, og tusnar av menneske vendte seg til Jørgensen sin behandlarar med spørsmål om å få same behandling. Dette vart vurdert som ei komande utfordring av legestanden, og ein byrja å sjå på kva ein skulle gjere i Noreg. Nokre av Noregs fremste psykiatrar utgreia spørsmålet, med sikte på å vurdere om operativ behandling hadde åtsikt. Men legestanden blir ikkje einige. Anchersen, Langfeldt og Kinnerød såg at problematikken som den genuint tranvestitte vendte seg til legar med, var av ein slik art at psykoterapi ikkje hadde effekt, og med så store konsekvensar at ein som lege ikkje kunne lata vere å gjere noko. Det var i fylgje Anchersen eit spørsmål om å hjelpe djupt ulykkelege menneske gjennom dei einaste metodane som dei hadde belegg for å seie at hadde positiv effekt, nemleg å gjennom kirurgi hjelpe pasienten til betre tilpassing. Motstand til dette

¹⁶⁷ Evang i notat til kontor for psykiatri 26.11.1956. RA/S-4736/D/L0057/ 0002

¹⁶⁸ Evang i notat til kontor for psykiatri 26.11.1956. RA/S-4736/D/L0057/ 0002

standpunktet kom frå Bremer, som tvilte på om kirurgi ville ha effekt. Han tok eit nokså prinsipielt standpunkt mot å endre psykiske problem gjennom kirurgi, og transvestisme var for han av psykisk opphav. Bremer peikte også på at erfaringsgrunnlaget og kliniske studiar var svært mangelfulle. Evang såg seg einig med Bremer, og ville ikkje gi klarsignal til operativ behandling på dette tidspunktet, men også søke å få dei juridiske avklaringane som Bremer etterlyste i sin dissens.

Såleis blir det diskutert, allereie frå utgreiinga i 1956, om korleis ein administrativt og organisatorisk skulle løyse utfordringar og gitt behandling. Og særleg juridiske spørsmål blir viktige. Det er tema for neste kapittel.

4 Skade eller lækje?

Etter avleveringa av utgreiinga frå sakkyndigrådet om behandlingsspørsmål gjeldande transvestisme, var det opp til helsedirektør Karl Evang og Kontor for psykiatri å ta stilling til spørsmåla. Det var tydeleg ikkje ei enkel sak, for i 1960 sendte Evang spørsmålet til vidare utgreiing hjå Justisdepartementet. Her skulle departementet ta stilling til kor vidt det var legalt med den behandlinga fleirtalet av sakkyndigrådet hadde anbefalt, i samband med lov om sterilisering av 1934, men også i høve til andre punkt i straffelova. Eit av dei sentrale spørsmåla handla om det å gjere inngrep i ein person si evne til å få born var legitimt når ein grunna det med transvestisme. Etter steriliseringslova av 1934 og slik som straffelova definerte grov skade, var det alvorleg, og under visse tilhøve ulovleg, å utføre inngrep som kunne hindre ein person i å vidareføre slekta si. Unntaket var om dette kunne vurderast som medisinsk nødvendig. Når ein då ved behandling av transvestisme ville utføre kastrasjonar, fjerning av eggstokkar og kirurgi på dei ytre kjønnsorgana vart dette ikkje berre medisinske spørsmål, men også juridiske. I dette kapitlet skal det undersøkjast kva spørsmål som vart vurdert av Justisdepartementet, deira innstilling og korleis dette vart tolka av medisinarar. Fekk norske pasientar behandling medan desse spørsmåla var under utgreiing, eller måtte lege og pasient vente på svar frå Justisdepartementet og eventuelt Evang, før pasientane kunne leggast under kniven? Kortid og kvifor vart ein til slutt einige, og kva konsekvensar fekk ei eventuelle semje? Og ikkje minst, kva behandling gjekk føre seg for norske transpasientar i denne perioden, og for kven?

Følgjer av utgreiinga av 1956

Etter at utgreiinga vart levert helsedirektør Evang heldt Anchersen og Vogt fram med arbeidet sitt med transvestittar og transseksuelle. På dette tidspunktet bestod det av konsultasjonar og hormonbehandling. Bremer heldt fram med å argumentere mot kirurgi som behandling av transvestisme.¹⁶⁹ Eit innblikk i debatten får ein gjennom to innlegg i *Tidsskrift for den Norske legeförening* i 1961. Bremer skreiv fyrst innlegget *Mutilerende behandling av transseksualisme* og fekk svar frå Anchersen i eit innlegg med same tittel.

¹⁶⁹ Bremer. Tidsskrift for den norske legeförening 1961:921-923.

Bremer brukte innlegget til å kritisere bruk av kirurgi som behandling av sinnslidingar over eit breidt spekter, som til dømes fjerning av tjukktarm hjå schizofreni-pasientar, trekking av tenner, kastrasjon og hysterektomi.¹⁷⁰ Han merka seg at desse praksisane ikkje lenger var i bruk, og antyda til at årsaka for dette var at dei ikkje hadde visst seg å ha tilsikta resultat. Men, hevda han; «det er selvsagt ikke til hinder for at tradisjonen kan fortsettes, for eksempel ved mutilerende inngrep på transseksuelle, på grunnlag av nye og ferske teorier.»¹⁷¹ Anchersen på si side hevda at desse samanlikningane var usaklege.

«Jeg oppfattet dog Bremers formulering mer som utslag av hans burleske humor enn av en saklig begrunnet engstelse. Og jeg kan berolige ham med at av de 20 transvestitter som i årenes løp har konsultert meg, har jeg bare hos 2 funnet grunnlag for å ta opp spørsmålet om operativ behandling.»¹⁷²

Anchersen omtala Bremer som ein propagandist som med burlesk humor overdriv moglege konsekvensar av å opne for kirurgisk behandling¹⁷³. Bremer på si side meinte at iveren etter å operativt behandle transseksuelle til dels handla om ein psykiatri som freista å konstituere seg sjølv og sine behandlingsmetodar. Bremer meinte at det ikkje var legitimt. «Det foreliggende behov hos psykiatere for å styrke sin terapautiske selvtillit bør fortrinnsvis søkes på annen måte, og helst slik at den ikke understøtter den transseksuelle sensasjonslyst.»¹⁷⁴ Han understreka argumentet med å vise til psykiatrien si faglege rolle; «På det spede barndomstrinn i sin utvikling som psykiatrien ennå på mange måter befinner seg, tør det anses urimelig å gi den kniver og sakser å leke med.»¹⁷⁵ Men Anchersen såg det annleis og hevda at

«Her i Norge er problemet i all korthet dette: Skal det gis adgang til å hjelpe et ulykkelig menneske med genuin transvestisme med et operativt inngrep som er tilrådet etter inngående observasjoner og undersøkelser- eller skal det opprettholdes et kategorisk forbud på det departementale juridisk plan?»¹⁷⁶

Dei to legane ser ut til å ha ganske ulike innfallsvinklar til problematikken og gjer veldig ulike vurderingar. Bremer var tydeleg overtydd om at transseksualisme for det fyrste var psykisk konstituert, og slår for det andre fast at psykiske problem ikkje på nokon måte kunne lækjast

¹⁷⁰ Hysterektomi: fjerning av livmor og livmorhals.

¹⁷¹ Bremer. Tidsskrift for Den norske legeförening. 1961:921.

¹⁷² Anchersen. Tidsskrift for Den norske legeförening 1961: 924.

¹⁷³ Anchersen. Tidsskrift for Den norske legeförening.1961:923-924.

¹⁷⁴ Bremer. Tidsskrift for Den norske legeförening. 1961:923.

¹⁷⁵ Bremer. Tidsskrift for Den norske legeförening. 1961:923

¹⁷⁶ Anchersen. Tidsskrift for Den norske legeförening. 1961:923.

ved kirurgi på kroppen. Anchersen på si side var overtydd om at ein ikkje kom utanom å yte meir for transseksuelle enn psykoterapi, og meinte at kirurgi og kjønnskifteoperasjonar kunne lette på dei psykiske plagene som transseksualisme bar med seg. Bremer derimot sto fast på at ein hadde nok erfaringar frå forsøk på å kurere psykiske tilstandar ved å gripe inn i kroppen med skalpell, at det var grunnlag nok å rå i frå same praksis med transseksualisme. Hå helsedirektoratet var det også diskusjon, og særleg mellom direktoratet sitt kontor for psykiatri og legane Anchersen og Vogt. Noko av det som vart diskutert var enkeltsaker der ulike transpasientar søkte om ulike juridiske rettar, slik som endring av namn, personnummer og løyve til å inngå ekteskap. Men det dukkar også opp i arkivmaterialet diskusjon og korrespondanse kring Justisdepartementet og innstillinga deira til spørsmålet om legaliteten ved behandling av transvestisme.

Kva var det juridiske problemet?

«Så vidt utvalget forstår, inntar Justisdepartementet i dag det standpunkt at en operasjon som penisamputasjon blir betraktet som en så alvorlig skade på legem og helse at operasjonen, selv om den skjer på pasientens eget forlangende, må forutsettes å være forbudt ved lov, nemlig straffelovens §231 og §235, 2. ledd. Noen fyllestgjørende begrunnelse for sitt standpunkt kan en ikke se at Justisdepartementet har tatt, og spørsmålet bør vel nærmere utredes fra juridisk synspunkt.»¹⁷⁷

Dette var status då utgreiinga til Anchersen utvalet vart levert i 1956. Men nokre år seinare verka det som at det framleis ikkje hadde kome klarheit i kva handlingsrom ein hadde for inngrep som endra på dei reproduktive organa og genitalia. Som nemnt i forrige kapittel, tok Evang same standpunkt som Bremer, og anbefalte ei svært restriktiv haldning til operativ behandling ved transvestisme. Men kva med den juridiske sida ved saka? Det viste seg at Anchersen sendte spørsmål om dette til helsedirektøren i 1960. Evang svara at «Helsedirektøren har forelagt saken for Justisdepartementet. Man vil komme tilbake til saken så snart Justisdepartementets uttalelse foreligger.»¹⁷⁸

¹⁷⁷ Anchersen, Bremer, Kinnerød, Langfeldt 1956:19. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁷⁸ Evang i brev til Anchersen. 27.10.1960. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

Noko av bakgrunnen for Anchersen sitt spørsmål var blant anna at han over ein periode på to år hadde undersøkt seks mannlege genuine transvestittar.¹⁷⁹ I dette arbeidet hadde det vore nødvendig å søke om å få gjennomført inngrep som kastrasjon og amputasjon av penis, jamfør steriliseringslova av 1934. Kastrasjon utført på medisinsk grunnlag fall utanfor lova, og medisinsk indikasjon var det personen sin lege som var avgjorde.¹⁸⁰ Låg det ikkje ein tydeleg medisinsk tilstand til grunn, kunne ein søkje om sterilisering med ein aktverdige grunn etter fylte 21 år og så lenge ein ikkje hadde svekka sjelsevner. Aktverdige grunnar innebar psykisk sjukdom utan håp om å bli frisk, om ein ikkje ville vere i stand til å ta vare på barnet, eugenisk indikasjon, utvida medisinsk indikasjon (sliten mor), medisinske grensetilfeller og sosiale indikasjonar (fattigdom og sosial nød).¹⁸¹

Steriliseringslova av 1934

Etter denne lova vart det ikkje skilt mellom sterilisering og kastrasjon, slik at heller ikkje kastrasjon på medisinsk grunnlag vart regulert av offentlege styresmakter. At det kom inn søknader til sakkynndigrådet for seksualinngrep handla om at dei aktuelle inngrepa gjekk utanfor det ein definerte som sterilisering eller kastrasjon på medisinsk grunnlag. Som tidlegare nemnt tyder sterilisering å klippe over egg- eller sædleiar, medan kastrasjon inneberer å fjerne kjønnskjerlane. Såleis var penisamputasjon og konstruksjon av kunstig vagina seksualinngrep som ikkje låg under avgjerdene om medisinsk indikasjon.

Når det kom til transseksualisme var det mindre klart om inngrep som penisamputasjon var lovleg. Anchersen skreiv i ein artikkel i *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica* i 1956, at ein i Norge fant det vanskeleg å akseptere inngrep som amputasjon av penis.¹⁸² Vidare refererte han til ei fråsegn frå Justisdepartementet av 7.12.1953 der departementet uttalte at

«Operations of this kind must be regarded as a considerable injury of body and health, and therefore this operation even on the patient's own request, must be supposed to be forbidden by law (the Penal code 231 and §235.2). »

Her viste Justisdepartementet til delar av straffelova som beskriv det å gjere skade på kropp eller helse, og at å utføre dette sjølv med samtykke frå den utsette, ikkje vil kunne fritta den

¹⁷⁹ Anchersen. 1956:250.

¹⁸⁰ Evang. 1956:8.

¹⁸¹ Evang. 1956:22-23.

¹⁸² Anchersen. 1956:254.

som utøver skaden for straff. Det ein kan bite seg merke i med fråsegna var at departementet brukar omgrepet “supposed”, altså truleg. Dei var ikkje heilt sikre på korleis dette skulle tolkast og fungere i praksis.

Anchersen på side, spør i artikkelen om denne innstillinga var prega av «castration-anxiety complex»¹⁸³ og heldt fram med å slå fast at det ikkje ville vere riktig å nekte desse pasientane behandling. Vidare hevda Anchersen at «the idea has been put forward that these requests for treatment are coming from abnormal persons and that it is not right to satisfy such tendencies in a patient. »¹⁸⁴ Her kan det synast som om Anchersen nærmast kjem med ei skulding mot legestanden. Ein idè hadde kome fram om at transvestittar ikkje var normale, og såleis ikkje burde få førespurnadane sine innfridd. Som det kom fram av fleirtalet si utgreiing i 1956, kunne enkelte anomaliar og graden av dei vere kontraindikasjon for operasjon.¹⁸⁵ Men kva då med lobotomi, spør Anchersen, dette vart jo ofte utført på abnormale pasientar, og ofte med avgrensa moglegheiter for å gi samtykke.¹⁸⁶ Han spurte også, retorisk, om psykiatrane då også ynskja at desse faglege vurderingane skulle leggest inn under jussen. Målet for Anchersen var at ein gjennom medisinsk-juridiske undersøkingar kunne komme fram til ei løysing som var meir rasjonell enn kva ein allereie hadde kommen fram til.

Skade eller lækje?

Standpunktet til helsedirektøren derimot, visar seg å vere at det ikkje var mogleg for Helsedirektoratet å fatte noko avgjersle kring operativ behandling av transvestisme før dette var blitt juridisk utgreia. Dette kjem fram i eit brev frå Evang juli 1958 til overlege Dahl ved Sentralsjukehuset i Østfold. Dette var eit svar til Dahl, der Evang skriv at han ikkje kunne «treffe noen avgjørelse m.h.t. en eventuell ny søknad om behandling av Deres pasient.»¹⁸⁷ Og han forklarte dette med at det i 1956 vart skrive ei utgreiing om behandlinga av transvestisme, men at direktoratet framleis venta på ei ny utgreiing om dei juridiske sidene av saka.¹⁸⁸

¹⁸³ Anchersen. 1956:254.

¹⁸⁴ Anchersen. 1956: 254.

¹⁸⁵ Anchersen, Kinnerød og Langfeldt 1956:16. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

¹⁸⁶ Anchersen. 1956:254.

¹⁸⁷ Evang i brev til Dahl 10.07.1958. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁸⁸ Evang i brev til Dahl 10.07.1958. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

«Spørsmålet om lovligheten av å utføre et operativt inngrep som tar sikte på å ‘omskape’ en mann til kvinne har tidligere vært forelagt for Justisdepartementet, som har uttalt at et slikt inngrep vanligvis vil ha slik virkning som nevnt i straffelovens §9.»¹⁸⁹

I straffelova paragraf 9 anno 1958 står det

§ 9: Ved betydelig Skade paa Legeme eller Helbred forstaaes i denne Lov Skade, hvorved nogen mister eller faar væsentlig Svækkelse paa Syn, Hørsel, Taleevne eller Evne at forplante sin Slægt, bliver vanfør, udyktig til at fortsætte sit Erhverv eller i høi Grad vansiret, falder i livsfarlig eller langvarig Sygdom eller bliver sindssyg.

Inngrep som amputasjon av penis vart her forstått som betydeleg skade, om det ikkje låg særlege høve til grunn, som til dømes ein medisinsk tilstand. Dette kjem eg tilbake til. Johs Andenæs peikte i *Alminnelig strafferett* på at avgjersler om «operasjon eller annen behandling som tilsikter å oppheve en persons forplantningsevne eller kjønnsdrift» regulert «ved en særlig lov om adgang til sterilisering m.v. 1. juni 1934.»¹⁹⁰ Etter denne lova vart ikkje sterilisering eller kastrasjon skilt frå kvarandre, men behandla under eitt. Det skulle etter lova alltid innhentast løyve til inngrepet, med unntak av om det kunne grunnjevast medisinsk. «Dersom det forelå medisinske grunner til sterilisering, kunne inngrepet foretas av lege uten offentlig tillatelse.»¹⁹¹

Spørsmålet om kor vidt penisamputasjon låg inn under steriliseringslova handla då om føremålet med inngrepet. Vart amputasjonen gjort med sikte på å forhindre forplantningsevna kom det inn under steriliseringslova. Evang sendte såleis spørsmål til Justisdepartementet, grunnitt med at han hadde motteke søknadar om «samtykke til visse typer av seksualinngrep, kastratio og amputatio penis.»¹⁹² Evang meinte at «Slike inngrep er medisinsk sett av en alvorligere art enn de typer av inngrep som etter gjeldende praksis behandles etter lov Lov om adgang til sterilisering av 1. juni 1934.»¹⁹³ Straffelova § 9 definerte varig endring eller skade på evna til reproduksjon som betydeleg skade, og dette var då straffbart.

¹⁸⁹ Evang i brev til Dahl. 10.07.1958. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁹⁰ Andenæs. 1956:172.

¹⁹¹ Haave. 2000:203.

¹⁹² Evang i brev til Justisdepartementet. 27.10.1960.RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁹³ Evang i brev til Justisdepartementet. 27.10.1960.RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

Ei anna årsak til at Evang ynskte denne avklaringa handla om at det fans faglitteratur på feltet, som enkelte av pasientane hadde vist til, nemleg *Alminnelig strafferett* skrive av Johs Andenæs i 1956¹⁹⁴. Andenæs forklarte i verket at

«Hvis operasjonen fører til tap av forplantningsevne eller kjønnsdrift, må man anta at den går inn under loven av 1934, selv om opphevelsen av forplantningsevnen eller kjønnsdriften ikke var hensikten med operasjonen. For at operasjonen skal være rettmessig, må det altså innhentes samtykke etter lovens regler. Hvis operasjonen ikke har slike følger, faller den utenfor området for loven av 1934. Det avgjørende blir i så fall om inngrepet er så alvorlig at det kan karakteriseres som betydelig legemsskade etter strl. §9. I alminnelighet vil det neppe være tilfelle.»¹⁹⁵

Hadde operasjonen følgjer som ikkje kunne karakteriserast for endring av forplantningsevne, måtte dette vurderast i høve til lover om skade på legeme, og falt dermed utanfor steriliseringslova. Evang kommenterte i brevet sitt til Justisdepartementet at «Man har bemerket at Andenæs i *Alminnelig strafferett*, 1956, side 172-3, synes å innta et annet standpunkt enn Justisdepartementet. Da enkelte av søkerne har vist til dette, ber helsedirektøren om Justisdepartementets uttalelse.»¹⁹⁶

Justisdepartementet fekk så tilsendt utgreiinga frå 1956 om behandling av transvestisme. Både fleirtalsfråsegna og dei to mindretalsfråsegnene frå Johan Bremer, med ynskje om at dei vart returnert til Kontor for psykiatri. Leiar for Kontoret for psykiatri, Christoffer Lohne-Knudsen, oppmoda om å sende med brev frå enkelte av pasientane til Justisdepartementet¹⁹⁷. Det er rimeleg å anta, sidan dette er dei einaste pasientbrev som ligg i mappa for det aktuelle tidsrommet, at det var brev til Pasient 1.¹⁹⁸

Svaret frå Justisdepartementet

Svaret frå Justisdepartementet kjem 3. desember 1960 og vart sendt til Helsedirektoratet. Det hadde to hovudmoment. Det fyrste var at om inngrepet utelukkande bestod av kastrasjon, så ville dette kome inn under *Lov om adgang til sterilisering av 1. juni 1934*. Det ville då bety at

¹⁹⁴ Dette verket var ei grunnleggande lærebok i rettsvitenskap over fleire tiår og kom i fleire utgåver sidan.

¹⁹⁵ Andenæs. 1956:173.

¹⁹⁶ Evang i brev til Justisdepartementet. 27.10.1960. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

¹⁹⁷ Berg. 2009:149.

¹⁹⁸ Personopplysninga er lagt under teieplikt, og pasientar er derfor aidentifisert og kun omtalt med tal.

det var opp til helsedirektøren sjølv å samtykke til inngrepet om «det foreligger en ‘akterdig grunn’, jfr. lovens §3. Vurderingen av dette hører under helsedirektøren.»¹⁹⁹ Og kunne ein sei at kastrasjonen hadde eit medisinsk grunnlag, trengte ein ikkje å hente løyve frå helsedirektøren.

Det andre momentet handla om at det i andre tilfelle enn sterilisering, og då sikta ein nok til amputasjon av penis og konstruksjon av kvinnelege organ, meinte departementet:

«I andre tilfeller antar man at de allminnelege regler i straffeloven vil komme til anvendelse. Som påpekt i ovennevnte brev, betyr dette at vedkommendes samtykke til operasjonen i og for seg ikke gjør denne lovlig, jfr. Straffelovens §§231 og 235 sammenholdt med § 9.»²⁰⁰

I straffelova av 1958 står det i §231 at den som verkar eller medverkar til betydeleg skade, i dette dømet, penisamputasjon, skal straffast med fengsel. Vurderinga som låg til grunn gjaldt ved skader som var så alvorlege at pasienten sitt samtykke ikkje var formildande omstende. Men, som §235 slo fast, kunne ein unngå straffeforfølgning for betydeleg skade, utført etter §§228 og 229, om personen som vart utsett for skaden hadde samtykka til den.²⁰¹ Ein kan altså som lege, sleppe straffeforfølgning om pasienten har samtykka til inngrepet. Men villkåra for dette meinte Justisdepartementet at ikkje var oppfylt. Den einaste måten inngrep som penisamputasjon då kunne vere lovleg på, var om ein kunne begrunne inngrepet som medisinsk nødvendig.

«Man antar for sitt vedkommende at en slik operasjon bare kan forsvares om den skulle anses nødvendig til avhjelp av en nødssituasjon hos pasienten. En må her trolig ta utgangspunkt i en medisinsk vurdering. Det kan neppe kreves ubetinget at vilkårene

¹⁹⁹ Carl Stabel, Justisdepartementet i brev til Helsedirektoratet. 03.12.1960. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²⁰⁰ Carl Stabel, Justisdepartementet i brev til Helsedirektoratet. 03.12.1960. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²⁰¹ Straffeloven **§231**: *Den, som bevirker eller medvirker til, at en anden tilføies betydelig Skade paa Legeme eller Helbred, straffes for grov Legemsbeskadigelse med Fængsel i mindst 2 Aar. Har han handlet med Overlæg, kan Fængsel paa Livstid anvendes, saafremt Forbrydelsen har havt Døden tilfølge.*

Straffeloven **§235**: *Straf efter §§228 og 229 kommer ikke til Anvendelse, naar Handlingen er foretaget med nogen, som deri har samtykket. Er nogen med eget Samtykke dræbt eller tilføiet betydelig Skade paa Legeme eller Helbred, eller har nogen, som deri af Medlidenhed berøvet en haabløs syg Livet eller medvirket hertil, kan Straffen nedsættes under det ellers bestemte Lavmaal og til en mildere Straffart.*

etter straffelovens §47 er tilstede, jfr. Andenæs: 'Alminnelig Strafferett' (1956) side 171.»²⁰²

Ligg det ein nødsituasjon hjå pasienten til grunn, som gjennom inngrepet hjalp på denne situasjonen, kunne ein gje løyve til det som under andre tilhøve ville blitt vurdert som grov skade. Altså gav Justisdepartementet grønt lys for operativ behandling om det kunne grunnjevast medisinsk. Paragrafen som Justisdepartementet her siktar til seier at ingen skal straffast for handling der ein har redda ein person eller gods frå fare, om ein hadde god grunn til å sjå denne faren som betydeleg, i høve til den skaden som ville skjedd utan innblanding. Ein blir ikkje straffa for skadelege handlingar, når nettopp denne handlinga hindra eit utfall som ville utgjort større skade enn hindringa.

Andenæs utdjupa dette prinsippet i boka si med at «å fjerne et øye eller amputere et ben er, isolert betraktet, en betydelig legemsbeskadigelse, men er naturligvis ikke straffbart når operasjonen er medisinsk indisert. Og for at operasjonen skal være medisinsk indisert, kan det neppe kreves en så stor interesseovervekt som etter §47 om nødstilstand.»²⁰³ Her meiner juristane at kravet som blir stilt for paragraf 47 var strenge.²⁰⁴ Vidare skreiv Andenæs at «straffefriheten kan begrunnes med at et helbredende inngrep i det hele ikke er noen legemsbeskadigelse. Eller en kan si at det helbredende formål *sammen med samtykket* gjør legemsbeskadigelsen berettiget.»²⁰⁵

Altså synes konklusjonen at transvestittar skulle få søknadane sine om kastrasjon vurdert av sakkyndigrådet, slik som med alle andre kastrasjonssaker og at alle inngrep utover dette også skulle vurderast av rådet, om det ikkje var medisinsk indikert. Då var det den enkelte lege som fekk ta vurderinga. Spørsmålet kvilte då på om det kunne argumenterast for at det var til større skade for pasienten å ikkje få inngrepet utført, enn å få det.

Det verkar som om Evang og Helsedirektoratet i 1960 var noko forsiktige med å ta klare standpunkt. Og heile vegen vart spørsmåla drøfta med Bremer og Anchersen, som heldt fast ved to ulike innstillingar. Bremer sto fast på at det fanns få oppfølgingsstudiar, og at observasjonar som allereie var gjort var mangelfulle og av for kort varigheit til å kunne seie noko om langtidsverknadane av behandlinga. Anchersen på si side meinte det var nødvendig

²⁰² Carl Stabel, Justisdepartementet i brev til Helsedirektoratet. 03.12.1960. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²⁰³ Andenæs. 1956:171.

²⁰⁴ Straffeloven § 47: *Ingen kan straffes for Handling, som han har foretaget for å redde nogens Person eller Gods fra en paa anden Maade uafvendelig Fare, naar Omstændighederne berettigede ham til at anse denne som særdelses betydelig i Forhold til den Skade, som ved hans Handling kunde forvoldes.*

²⁰⁵ Andenæs. 1956:171.

at få gjennomføre operativ behandling, og at pasientane fekk endre namn og sosial status etter behandlinga. Han la vekt på at dette var tiltak som ga pasientane ein vesentleg betre livskvalitet, og at dette i seg sjølv burde vere argument nok til å få gjennomført det. Som nemnt vart svaret frå Justisdepartementet sendt til Helsedirektoratet 3. desember 1960. Men det skulle ta eit år frå tidspunktet svaret låg føre til at det vart delt med legane som fyrst hadde stilt spørsmåla om løyve til å utføre kirurgisk behandling. Jon Bjørnson ved kontor for psykiatri sendte avklaring til Anchersen 14. november 1961.

«Under henvisning til dette antar helsedirektøren for sitt vedkommende at den behandlende lege (eventuelt de behandlende leger) på eget ansvar er nærmest til å foreta den medisinske vurdering og den interesseavveining som er forutsatt i det ovenfor siterte brev.²⁰⁶ Helsedirektøren vil ikke unnlate å gjøre oppmerksom på at han for sitt vedkommende antar at det skal en meget stor interesseovervekt til for å utføre så store inngrep som det er tale om i de her omhandlende tilfelle.»²⁰⁷

Vogt fekk til slutt svar 6. desember 1961 frå Lohne Knudsen, over to år etter at han fyrst stilte spørsmåla om moglegheiter for behandling. Vogt meinte at svaret var noko uklart sidan det viste til paragrafar i straffelova og boka til Andenæs, som han fann det urimeleg å forvente at han skulle ha for handa. «Jeg tillater meg derfor på ny be Helsedirektoratet om å svare kva de mener er tillatelig i foreliggende tilfelle. Jeg ville være takknemlig for et litt hurtigere svar enn sist.»²⁰⁸ Svaret frå Lohne-Knudsen kom 18. desember og her gjorde han det klart at det var overlate til den behandlende lege å ta standpunkt til eit eventuelt inngrep og at «berettigelsen av et seksualinngrep hos en transvestitt (...) kun vil være avhengig av den medisinske vurdering og interesseavveining av kasus».²⁰⁹

Altså får Vogt beskjed om at det var hans vurdering som var avgjerande, og at han måtte vege det medisinske opp mot andre interesser. Sidan det i svaret frå Lohne-Knudsen blir gjort klart at dei aktuelle paragrafane som vart diskutert i dette spørsmålet, handla om grov lekamskrenking som kunne ta i frå ein person evna til å forplante seg, kan ein tenkje seg at den veginga av interesser som det vart sikta til gjaldt om den forventa effekten av inngrepet ville vere av større lækjande art enn den skade som inngrepet ville gjort i høve til definisjonen

²⁰⁶ Brevet det blir vist til er svaret frå Justisdepartementet av 3. desember 1960.

²⁰⁷ Bjørnson i brev til Anchersen 14.11.1961. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²⁰⁸ Vogt i brev til Lohne-Knudsen. 6.12.1961. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²⁰⁹ Lohne-Knudsen i brev til Vogt. 18.12.1961. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

av grov lekamskrenking. Som vi forstår av talet pasientar som etterkvart fekk behandling, vart konklusjonen til Vogt, og Anchersen, at det lækjande ved å gjennomføre operasjonar var tungtvegande nok.

Vogt kunne nokre år seiare i 1966 fortelje Helsedirektoratet at «Jeg har nu 5 unge kvinner gående til maskuliniserende terapi».²¹⁰ Etter å ha oppnådd maskulinisering hadde dei ved Aker sjukehus fjerna bryst og Vogt planla i 1966 å også røntgenstråle eggstokkane til desse pasientane.²¹¹ «Efter den korrespondanse og direktiver jeg har fått fra Helsedirektoratet, tør jeg formodentligvis anta at dette anses legalt.»²¹² Anchersen kunne fortelje at han til då hadde utført demaskuliniserande operasjonar på to personar. «jeg har jevnlig kontakt med dem, og det synes som om begge nå er fri for psykiske symptomer, og at de lever relativt lykkelige, i god harmoni med sine omgivelser.»²¹³ Anchersen sa også at han fant støtte hjå fordomsfrie forfattarar i «'den vanskelige unntagelses vei' som en har valgt i disse to tilfellene».²¹⁴ Vogt og Anchersen hadde altså gjort egne vurderingar av gjennomført behandling dei såg som nødvendig.

Pasientane

Det sakkyndige råd i saker om seksualinngrep, som opererte frå 1934 til ny steriliseringslov tredde i kraft i 1977, produserte ei eiga mappe i arkivet sitt kalla *Kjønnskifte*²¹⁵. Denne mappa inneheldt mellom anna den tidlegare nemnte utgreiinga frå 1956, med fleirtalsinnstillinga, dissensen til Bremer, og ei rekkje andre dokument og brev som viser diskusjon og utgreiingar om behandling av transvestisme. Årsaka til at sakkyndigrådet har teke føre seg dette var som tidlegare nemnt at fleire transvestittar søkte om å få utført seksualinngrep som ein del av sitt behandlingsopplegg for transseksualisme. Dette var i hovudsak snakk om mannlege transvestittar, som då søkte om kastrasjon, men også andre kirurgiske inngrep, slik som amputasjon av penis og konstruksjon av kunstig vagina og labia. I materialet har eg funne belegg for at det er snakk om 13 personar som søkte kjønnskifte-

²¹⁰ Vogt til Helsedirektoratet. 10.06.1966. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²¹¹ Gjennom røntgenstråling skada ein eggstokkane slik at dei mista funksjon. Ein mindre invasiv metode for sterilisering enn å operativt fjerne eggstokkane.

²¹² Vogt til Helsedirektoratet. 10.06.1966. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²¹³ Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 30.06.1966. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²¹⁴ Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 30.06.1966. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²¹⁵ Arkivkode RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

operasjonar fram til 1980. Det er ikkje klart av materialet om alle fekk gjennomført behandlinga og fullført endring av juridisk kjønn.

Anchersen kunne i 1957 fortelje at det etter merksemda kring Jørgensen hadde kome inn kring 2000 brev om hjelp på bordet til Christian Hamburger og kollegane frå heile verda. Av desse var det 40 nordmenn.²¹⁶ Anchersen hadde mellom dei 20 pasientane som hadde oppsøkt han, berre funne grunnlag for å vurdere operativ behandling av to av dei.²¹⁷ Mot slutten av 1960-talet finns det ei liste over pasientar, 10 personar totalt, med namn, fødselsdato og omtale av tilstanden. Denne var handskriven, truleg av Lohne-Knudsen. Av materialet i mappa til Sakkyndigrådet i saker om seksualinngrep kjem det fram at denne lista beskriv personar som fekk eller hadde fått behandling. Å seie noko generelt om så få pasientar er vanskeleg. Men ein tendens er særleg tydeleg; det var flest mann-til-kvinne pasientar som søte hjelp. Enkelte hadde allereie fått innvilga seksualinngrep, medan andre framleis venta på svar. I kjønnskiftemappa til sakkyndigrådet er det ein pasient som ein finn meir utfyllande informasjon om, og som såleis gir eit klart innblikk i prosessen til vedkommande. Dette var ein mann- til- kvinne pasient i 20-åra. Den fyrste søknaden vart fremja av Per Anchersen, som var pasientens lege, i oktober 1958. Etersom denne søknaden ikkje fekk svar, vart den purra fleire gonger, av Anchersen, pasienten sjølv og mor til pasienten. «Mor» sendte fyrst to brev til Karl Evang 28. februar og 13. april 1959. Dette vart etterfylgd av brev frå pasienten sjølv 22. april same år, der vedkommande mellom anna unnskulda innblandinga frå mor. Men det var tydeleg at dette ikkje førte fram, og nye brev vart sendt til Evang 16. mars 1960 og til Det sakkyndige råd i saker om seksualinngrep 19. mai 1960. Pasienten søkte om kastrasjon og hormonbehandling, og det vart gjennom breva frå pasienten og mor bedt pent om forståing, samtykkje og fortgong i saka. Mor til pasienten omtala seg sjølv og familien som opne og forståande ovanfor pasienten, og at dei allereie brukte pasienten sitt sjølvvalte namn og lot vedkommande kle seg og ta arbeid som kvinne. Det var tydeleg at denne pasienten hadde ein forståande familie, som ikkje berre aksepterte pasienten sitt sjølvopplevde kjønn, men også engasjerte seg i at pasienten skulle få den behandlinga dei såg på som nødvendig. Å møte denne type forståing frå familie og omgangskrets var ikkje sjølvst, og er det heller ikkje i vår tid.

Desse breva vart også sendt til Justisdepartementet, for at dei skulle vere med og utgjere grunnlag for den juridiske utgreiinga som departementet skulle leverte helsedirektøren

²¹⁶ Anchersen. 1957:250.

²¹⁷ Anchersen. 1961:924.

desember 1960. Motivet for å sende nettopp denne korrespondansen vart ikkje gjort tydeleg greie for. Det kjem fram at det var einigheit mellom Lohne-Knudsen og byråsjef Knut Munch-Søegaard om å i tillegg til mellom anna utgreiinga av 1956, sende med brev frå pasientar.²¹⁸ Dei svært personlege breva gav nok inntrykk av korleis det kunne opplevast å ynskje å skifte kjønn. Men breva viste også korleis det var å vente på juridiske og administrative avklaringar før ein kunne få ynskja behandling.

Behandlinga av pasientar

I perioden mellom 1956- utgreiinga og avklaringa frå Justisdepartementet i 1960 kom det inn fleire søknader til Helsedirektoratet om seksualinngrep. I fylgje eit notat datert 1961 adressert Munch-Søegaard, hadde det vore slik at om ein søknad angående kastrasjon berre var eit fyrste ledd av ein feminiserande behandling, har helsedirektøren og rådet ikkje teke stilling til det, men sendt søknaden tilbake med beskjed om at saka var under utgreiing.

«Viss det klart har fremgått av søknaden at kastrasjonen bare er første ledd i en feminiserende behandling, har helsedirektøren/rådet vanligvis ikke tatt standpunkt til inngrepet, men saken er tilbakesendt behandlende lege med beskjed om at spørsmålet om transvestittenes behandling f.t. er under utredning i en komite (senere dept.) og at man f.t. ikke finner å kunne realitetsbehandle søknaden.»²¹⁹

Men der var unntak. Ein søknad frå overlege Jon Leikvam sendt 15. juli 1959 vart utgreia av Bremer som sakkyndig, og hans standpunkt om å ikkje tilrå behandlinga vart sendt til Leikvam som helsedirektøren sitt standpunkt.²²⁰ Ein annan søknad frå Leikvam, 26. april 1953, omhandla ein vanleg kastrasjonssak av homoseksuell, dømt for sedelegheitsbrot. Det vart i notatet også «(...) gjort oppmerksom på at han kanskje ønsket flere inngrep senere ‘for å bli kvinne’»²²¹ Det er uklart av kjeldematerialet om denne søknaden vart trekt eller om helsedirektøren ikkje kunne bli ta standpunkt til den. For tre år seinare vart den same pasienten søkt for igjen, og då vart den behandla av Det sakkyndige råd i saker om seksualinngrep som kravde ny psykiatrisk utgreiing. Dette skjedde ikkje då søknaden vart trekt 16. juli 1959, før utgreiinga fant stad. I fylgje Lohne- Knudsen var årsaka til dette at ein

²¹⁸ Munch-Søegaard var byråsjef for Kontor for Psykiatri ved Helsedirektoratet frå 1957-1961.

²¹⁹ Lohne-Knudsen i notat til Munch-Søegaard. 06.01.1961. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²²⁰ Lohne-Knudsen i notat til Munch-Søegaard. 06.01.1961. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²²¹ Lohne-Knudsen i notat til Munch-Søegaard. 06.01.1961. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

mistenkte pasienten ynskte inngrepa utført i eit forsøk på å unngå ein sikringsdom.²²² Mykje av informasjonen om pasientar kjem av eit notat frå Lohne-Knudsen. Dokumentet er vanskeleg å plassere sidan det er ikkje datert og det er skriva for hand. Tittelen på notatet er *Behandlede pasienter i Norge* og tyder på at dei nemnte søknadane har blitt godkjent og at behandlinga har blitt gjennomført. Notatet beskriv ni personar og søknadar sendt mellom 1950 og 1969. Informasjon om ytterlegare fire personar kjem av innhaldet i kjønnskiftemappa til Sakkyndigrådet i saker om seksualinngrep. Den siste personen som med sikkerheit kan seiast å blitt operativt behandla i Noreg er Eddie Espelid, og kjennskap til dette får ein gjennom biografien skriva av Bernt Eggen.

Anchersen fremja fleire søknadar. Ein av dei 1. november 1954, for ein mann-til-kvinne pasient. Vedkommande søkte om amputasjon av penis og eventuell plastisk operasjon, truleg for å konstruere ytre kvinnelege genitalia, men det vart ikkje utdjupa i søknaden. Men saksgongen tok tid, sidan søknaden fire år seinare vart purra og sendt på nytt. Vogt søkte og purra også på søknadar. Ein lege frå Larvik som ikkje er identifisert som anna enn Willoch søkte om seksualinngrep for ein mann-til-kvinne pasient 19. september 1961, men denne skal ha blitt avvist av rådet på grunn av manglande observasjon og utgreiing. Legen Nils L. Dahl, ved Sentralsjukehuset i Østfold, hadde også sendt ein søknad om seksualinngrep, med siktemål om å gjere pasienten til kvinne.²²³ I fylgje notatet til Lohne-Knudsen vart det ikkje forklart nærmare i søknaden kva desse inngrepa skulle gå ut på. Men pasienten hadde tidlegare søkt om og fått innvilga kastrasjon, som allereie var gjennomført. Derimot kjem det ikkje fram av dokumentet om andre seksualinngrep vart innvilga. Overlege Kinnerød, ved Ila Sikringsanstalt sendte 16. oktober 1954 søknad for ein mann-til-kvinne pasient. Her vart det søkt om «å gjennomgå forvandling og operasjon fra mann til kvinne.»²²⁴ Heller ikkje her var det nærmare spesifisert kva dette innebar av ulike inngrep. Denne pasienten og søknaden frå Kinnerød var også ein av dei som låg til grunn for utgreiinga av 1956.

Per 1961 var det ni søknader som hadde blitt lagt fram for sakkyndigrådet. Det var ikkje eit stort tal personar det her var snakk om, men til trass for dette har dei og problematikken dei reiste generert merksemd i legestanden og i statsforvaltninga. Av inngrep som vart utført finn ein kastrasjonar, penisamputasjon, mastektomi og oophorectomi.²²⁵ I tillegg veit vi at det vart gitt hormonbehandling. Av pasientnotatet til Lohne- Knudsen kjem

²²² Notat skriva av Lohne- Knudsen, udatert. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²²³ Notat skriva av Lohne- Knudsen, udatert. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²²⁴ Notat skriva av Lohne- Knudsen, udatert. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²²⁵Ooforectomi: inngrep der ein tek ut eggstokk, gjeldt det begge omtalast det som dobbel ooforectomi. .

det fram at søknadane ikkje berre kom frå Anchersen og Vogt, men også frå legar og overlegar frå andre institusjonar. Det tyder gjerne på at transvestisme og transseksualisme ikkje var heilt ukjent, og nemnte legar har tatt det alvorleg nok til å freiste å få utført operativ behandling for pasientane sine. Enkelte, slik som Anchersen og Vogt, var utolmodige og purra søknadar på vegne av pasientane sine. Dette har tydeleg bidrege til å skape klarheit i prosedyrar og fortgong i prosessane.

Kvinne-til-mann behandling

Eg vil her trekke fram Eddie Espelid, slik som Bernt Eggen fortel hans historie i *Bastard! En sannferdig roman om kjønnskifte i Norge*. Dette er ei kjelde til korleis den fyrste norske kvinne-til-mann pasienten opplevde behandlinga vedkommande fekk. Espelid vert her trekt fram som eit døme, for å illustrere eit perspektiv, som det elles er vanskeleg å få grep om av kjeldematerialet oppgåva studerer. Biografien om Espelid er ei personleg forteljing om ein person si oppleving av å vere ung og transseksuell på 1950- og 1960-talet. Eg har valt å trekkje fram nokre aspekt ved denne, fordi eg meiner at den nyanserer biletet av legar sin forståing av transpersonar. Hovuddelen av kjeldematerialet til masteroppgåva er skrive frå perspektivet til legar og byråkratar medan Espelid gir oss eit innblikk i korleis legen sine synspunkt vart opplevd frå pasientstolen. Og pasientane fortel også noko om korleis norske legar og helsestyresmakter har forstått dei.

I boka vart Eddie Espelid omtalt som det fyrste skiftet frå kvinne til mann i Noreg. Espelid var født i 1940, og beskreib sjølv at han gjennom heile barndommen følte sterkt ubehag og vart dårleg av å bli kledd opp som jente. I tenåra vart han tvangssendt på institusjon, men heldt stadig fast på at han var gut, og ville ikkje respondere på sitt kvinnelege namn. Legen som Espelid kjem til behandling hjå er ikkje identifisert med namn, men med kjenneteikn som at han i 1959 var middelaldrande og hadde for vane å dra seg i øyreflippen. Det er truleg at legen det er snakk om er Jørgen Herman Vogt. Konsultasjonen som det vart fortalt om i *Bastard* skjedde i februar 1959 på eit sjukehus i Oslo. På dette tidspunktet fekk Espelid undersøkt indre og ytre genitalia, med ei rekke av legar til stades som observerande. Etter undersøkinga vart det konstatert at alt var normalt, og legen gjorde det klart at det ikkje ville vere mogleg å sette i gong noko form for behandling, før Espelid samtykka til full psykiatrisk og psykologisk utgreiing.²²⁶

²²⁶ Eggen. 1979:125.

Slik som det kjem fram i dokumentarromanen meinte legen at ein måtte kunne sjå vekk i frå at transseksualismen hadde sosiale årsaker, eller at dei vanskane som Espelid opplevde kunne løysast ved psykoterapi.

«Du er skapt til kvinne, og det er vanskeligere, ofte mye vanskeligere enn å være mann, med alle de mulighetene han har til å velge hva han vil, gjøre hva han vil. Slik er det. Jeg vet ikke om det er hele årsaken til at du definitivt til skifte kjønn, fordi du føler det er slik. Jeg vet heller ikke nok om hvordan opplevelsene med din far kan ha virket inn på deg. Det er en lang rekke slike usikre faktorer.»²²⁷

Espelid ville på dette tidspunktet ikkje gå med på ei slik undersøking og spurte om han kom til å bli tvungen til å gjennomføre det. Til det spørsmålet svarte legen

«Ingen har tvunget deg til å søke råd og hjelp her. Det er snakk om et ledd i en mer omfattende undersøkelse. Jeg er tilbøyelig til å anta at dine problemer ikke skyldes transseksualitet. En rekke psykiske og sosiale forhold kan ha vært utslagsgivende, det kan i det minste ikke utelukkes. En psykologisk og psykiatrisk undersøkelse ville kunne hjelpe oss til klarhet og kanskje dine vanske...»²²⁸

Her vart legen avbroten av Espelid som utbraut at han ikkje var gal. For Espelid meinte at han ikkje var sjuk, men normal inni seg, at det var kroppen som ikkje stemmer overeins, «Men jeg har bestandig sett ut som en annen enn den jeg er.»²²⁹ Å la seg undersøkje psykiatrisk, ville opplevast som å innrømme at han ikkje var normal, og å underslå at det heile handla seg om eit kroppsleg problem. Espelid fekk etter kvart behandling, og gifta seg med ei kvinne. Det vart fyrst gitt hormon, 250 milligram testosteron oenanthate, to gonger i månaden i byrjinga, så ein gong per månad. Dette hadde positive effektar der kroppen fekk meir maskuline proporsjonar og auka behåring. Men sidan det var vanskeleg å få jobb med eit mannleg kjønnsuttrykk og kvinneleg namn og status i personnummeret, skal legen ha hjelpt Espelid gjennom byråkratiet for å få endre namn. Espelid ynskte helst å heite Bobby, noko som ikkje vart akseptert av myndigheitene, og namnet Eddie vart valt i staden. Vidare vart det i mai 1963 gjennomført operativ behandling, men det kjem ikkje fram kva operasjonar dette var snakk om. Av biografien kjem det fram at det vart planlagt røntgenbehandling, men ikkje med kva formål. Den behandlinga som Espelid fekk, med konsultasjonar og etter kvart hormon og

²²⁷ Eggen. 1979:124.

²²⁸ Eggen. 1979:125.

²²⁹ Eggen. 1979:124.

kirurgi, stemmer overeins med dei anbefalingane som vart lagt fram av Anchersen i fleirtalsinnstillinga i 1956. Ein ser at det vart lagt vekt på å utelukka andre tilstandar, slik som interseksyndrom, og helst såg at pasientane fekk ei psykiatrisk utgreiing for å utelukka at pasienten kunne bli hjelp ved psykoterapi åleine. Det kom også fram av Espelid sin forteljing at dei administrative utfordringane som namneendring og ekteskap kunne løysast, men det kjem ikkje fram når og korleis det gjekk til.

Mann-til-kvinne behandling

Anchersen var den som i tida før eit avklart nasjonalt behandlingstilbod kom på plass, utgreia og behandla flest pasientar. Dette var i hovudsak mann-til-kvinne pasientar. Det er av materialet vanskeleg å få grep om detaljar kring denne behandlinga. Men ein veit at det for denne gruppa av pasientar var vanleg å få utført kastrasjon, ikkje berre sterilisering. Dette vart det søkt om til sakkynndigrådet i saker om seksualinngrep, og vidare behandling vart avgjort og utført av den behandlande lege.

Når ein fjernar testiklar vert produksjonen av det mannlege kjønshormonet testosteron hemma. I ein mannekropp er testosteron ein avgjerande faktor med tanke på potens og kjønnsdrift i tillegg til fordeling av fett, bygging av musklar og behåring. Fråvær eller svekka testosteron produksjon kunne føre til feminisering. Men som studia til Bremer frå 1956 viste, var det ikkje kategorisk slik at menn vart aseksualisert ved kastrasjon, men det var ein vanleg konsekvens. Når ein i tillegg til kastrasjon behandla med tilskot av kvinnelege kjønshormon, slik som østrogen, og antiandrogenar, førte det til ein ytterlegare feminisering av kroppen²³⁰. Det vart utvikla bryst og mengda kroppsfeitt aukar i høve til muskelmasse. Det var vanleg å få mindre kroppshår og skjeggvekst, stemma kan bli lysare og seksualfunksjonar vart gjerne mindre.²³¹ Amputasjon av penis skal også ha førekomme, men konstruksjon av kunstig vagina var ikkje ein omtalt prosedyre.

Tre nye juridiske problem

Etter kvart som pasientar vart utgreia og fekk behandling med hormon og kirurgi dukka det opp nokre nye juridiske problemstillingar. Nemleg korleis ein skulle gi løyve til å inngå

²³⁰ Antiandrogenar: stoff som motverkar effekten av testosteron og andre androgenar.

<https://sml.snl.no/antiandrogen> 15.03.17

²³¹ World Professional Association for Transgender Health *Standards of Care version 7* 2011:36- 38.

ekteskap for personar som tok kjønnskifte og endring av namn og kjønnsnemning i offentlege register? Etter at kirurgi var gjennomført og personen fekk hormonbehandling; kva meir skulle ein gjere for at personen kunne oppnå sosial tilpassing, og korleis løyste ein dette?

Ekteskap

27. juli 1970 skreiv Vogt til kontoret for psykiatri og etterlyste svar på spørsmål om sivilstandsending for transseksuelle. Han hadde tidlegare blitt fortalt at «kontoret vil ta opp spørsmålet om sivilstandsending for transseksuelle, og at man vil holde meg underrettet om sakens utvikling. Senere har jeg intet hørt.»²³² Vogt ville gjerne ha fortgang i saka, ettersom han skulle halde foredrag i København med svenske, danske og amerikanske legar. Og i den anledning «tillater jeg meg å spørre om hvilken fortgang som er gjort med problemet.»²³³ På dette tidspunktet var det i Sverige og Danmark vedteke lover som gav tilgang for behandla transseksuelle å inngå ekteskap.

Brevet vart arkivert med eit påteikn av legen Bård Brekke, som var tilsett ved Kontor for Psykiatri, datert 8. november 1973, over tre år etter Vogt sitt brev. Brekke hadde då ringt opp Vogt som svarta at han endå ikkje hadde fått noko svar og at saka framleis var aktuell. Brekke skriv vidare i påteiknet om transvestitter at «I Norge pleier de gå til vigselmann og bli viet på falske premisser, idet vår lov ikke tillater slikt. Vogt mente at vi bør kontakte Justisdepartementet for å prøve å få tilsvarende lovgivingning i Norge som i nabolandene.»²³⁴ Det kjem ikkje fram av materialet kva som skjedde vidare, eller om det vart laga lovforslag som regulerte sivilstandsending for transseksuelle.

Namneending

Den fyrste som spurte etter reglar kring namneending for personar som skifta kjønn var Bremer, som tok opp problematikken allereie i dissensen frå 1956. Men det vart ikkje utgreia på denne oppmodinga frå Bremer. Vogt sendte i 1969 brev til Helsedirektoratet med spørsmål om namneending for ein pasient. Men prosessen tok tid og Vogt purra direktoratet i juli 1970. Brekke vende seg vidare til Lohne-Knudsen med spørsmåla sidan han sjølv meinte han ikkje hadde like god kompetanse på feltet.

²³² Vogt i brev til kontoret for psykiatri. 27.07.1970. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²³³ Vogt i brev til kontoret for psykiatri. 27.07.1970. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²³⁴ Brekke i brev til byråsjefen. 08.11.1973. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

«Ettersom disse sakene gjelder forhold som du ikke bare har meget bedre rede på og oversikt over enn jeg har, men dertil også har vel begrunnede meninger om, kva jeg ikke har, - synes jeg det er rimelig at du overtar den videre saksbehandling, med bl.a. svar til Justisdepartementet på de to henvendelser.»²³⁵

Brekke nemnte også i notatet at Lohne-Knudsen 16. februar 1974 skreiv «en meget utførlig påtegning» men at sidan «det ikke har lyktes å finne frem gamle sakspapirer fra 1969 og evt. tidligere, har jeg ikke kommet noen vei vidare med saken»²³⁶ Dei to skal ha samtala om saka, men Brekke oppfatta ikkje å ha fått klare instruksar om vidare sakshandsaming. Sidan det no låg fleire saker frå Justisdepartementet, ubehandla, meinte Brekke at det no var på tide å gi eit svar på desse førespurnadane.

Lohne-Knudsen kom med svar 18. juli 1974, men her har tittelen på brevet endra seg til å ikkje handle om namnebyte men «Spørsmål om endring av kjønnsbetegnelsen i de offentlige registre»²³⁷ Her kom det fram at «ved en beklagelig inkurie er disse saker ikke blitt behandlet tidligere.» Og gjennom dette brevet spør han Anchersen og Bremer om å kome med fråsegner til sakene frå Justisdepartementet. Det gjorde dei, men svara handla i hovudsak om endring av kjønnsnemning og vil difor bli undersøkt saman med dette spørsmålet ligg lenger framme. For å få klarheit i kva som vart prosedyre kring namneendring skal eg følgje eit konkret døme frå Transseksualisme-mappa til for psykiatri. Dokumenta er unnadrege offentlegheita, og personen det gjeldt vil derfor ikkje bli namngitt. Det heile byrjar i 25. mai 1977, då personen søker om namneendring for fyrste gong. Personen søkte om å få ta eit mannsnamn. Til søknaden vart det også sendt inn legeopplysningar frå Fischaa ved Familievernkontoret i Hedemark. Dette brevet er datert 18. mai 1977 og her kom det fram kva slags behandling pasienten hadde vore gjennom. Søkjaren si eiga grunngjeving dreidde seg om at han følte seg som «et rent mannfolk inni meg og har bestandig kledd meg som en gutt»²³⁸ Han hadde levd som mann i fleire år, og forlova seg med ei kvinne, der hennar familie ikkje kjente han ved noko anna enn ved eit mannsnamn. Fischaa argumenterte for å få gjennomført namnebytet, og skreiv at han ikkje hadde «noe problem med å se på henne som mann, - hun har ganske mørk stemme,- kroppsbygning og ansiktstrekk ikke spesielt feminine.»²³⁹ Saka hadde vore drøfta i

²³⁵ Brekke i brev til Lohne-Knudsen 13.07.1974. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²³⁶ Brekke i brev til Lohne-Knudsen 13.07.1974. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

²³⁷ Lohne-Knudsen I brev til Anchersen og Bremer. 18.07.1974. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²³⁸ Søknad om namneendring frå pasient. 25.05.1977 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003

²³⁹ Fischaa legeopplysningar om pasient og søknad om namneendring. 18.05.1977 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

fagteamet med familievernkontoret, som bestod av kvinnelege, jurist, psykolog og psykiater.²⁴⁰ Søkaren hadde også vore til fleire konsultasjonar ved gynekologisk avdeling ved Rikshospitalet, der det hadde blitt konstatert at søkaren var ei normal, fullt utvikla kvinne.

«Psykiater ved Rikshospitalets psykosomatisk avdeling har likevel gått inn for et stykke på vei å hjelpe henne til en viss kjønnsforandring ved hormonal behandling, evt. Operativ behandling, men gyn.avd., som har den endelige avgjørelse, har vegret seg for aktiv innsats.»²⁴¹

Men 3. oktober same år vart søknaden avslått. Av brevet kan ein lese at «Departementet følger i dag en fast praksis i saker som gjelder søknader om navneendring for transseksuelle.» Denne gjekk ut på at ein under behandling berre kunne ta eit kjønnsnøytralt namn, og at eit meir kjønns spesifikt namn kunne bli innvilga etter at kjønnskifteoperasjonen hadde funne stad. Då ville ein også kunne endre personnummeret, og kjønnsstatusen til pasienten. «Slikt samtykke vil ikke bli gitt før det er bekreftet fra lege at operativ behandling har funnet sted.»²⁴² Operativ behandling betydde her sterilisering ved å fjerne kjønnskjerterlane.²⁴³ Altså var standpunktet i 1977 at ein ikkje kan ha eit mannleg eller kvinneleg namn om ein ikkje vart oppført som kvinne eller mann i dei offentlege register. Og ein fekk ikkje endra dette, utan operativ behandling. Med andre ord var det ikkje mogleg med namneendring, til anna enn kjønnsnøytrale namn i løpet av kjønnskifteprosessen.

Men søkjaren gav ikkje opp å søke kjønnskifte på grunn av dette fyrste avslaget. Hormonbehandlinga heldt fram, og etter eit år skriv Harald Frey eit notat der mastektomi vert anbefalt, men han anbefalte også at ein føretok namneendring etter dette.²⁴⁴ Odd Larsen, assisterande overlege ved Kongsvinger Sjukehus kunne konstatere at søkjaren den 30. januar 1979 «etter eget ønske fjernet sine bryster.»²⁴⁵ Og heller ikkje Fischaa gav opp å få gjennomslag for namneendring, 28. februar 1979 skriv Fischaa igjen til Det kongelige Justis- og Politidepartement, Fischaa skreiv at etter samtalar med byråsjefen og lesning av nyare

²⁴⁰ Det kjem ikkje fram av dokumentet om det med kvinnelege er sikta til gynekolog.

²⁴¹ Fischaa legeopplysningar om pasient og søknad om namneendring. 18.05.1977 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁴² Knut R. Steenberg til Fylkesmannen i Hedmark. 03.10.1977. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁴³ Fram til 1. juli 2016 var irreversibel sterilisering ein føresetnad for å få innvilga endring av juridisk kjønn. Denne praksisen var aldri forankra i lov, men ein praksis i forvaltninga som oppstod på 1960-talet.

²⁴⁴ Harald Frey. Notat. 01.12.1978 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁴⁵ Odd Larsen. Notat. 07.02.79 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

dansk forskning, følte han seg «ganske sikker på at der her forelå en tilstand av det vi kaller transseksualisme hos vår klient.»²⁴⁶

«Etter overlege Freys vurdering skulle nå mulighetene være tilstede for å få innvilget navneskifte og forandring av personnummer. Det er nemlig dette klienten føler som det mest presserende for seg. I mange år har hun nemlig overfor nærmiljøet og fremmede fremstått som mann og med navnet (XX), men med en stadig redsel for å bli avslørt på dette felt.»²⁴⁷

Ny søknad vart sendt i februar 1979, med mykje av den same grunngevinga, bortsett frå at søkaren no hadde gjennomført mastektomi, og fekk hormon som førte til skjeggvekst og djupare stemme. 6 juli same år sender Justisdepartementet brev til Kyrkje- og undervisningsdepartementet og ba om «bekreftelse på at det blir gitt samtykke til Statistisk Sentralbyrå til å endre kjønnsstatus og personnummer.»²⁴⁸ Justisdepartementet ved Ole H. Fisknes og U. Sverdrup- Thygeson var usikre på om det skulle tillatast å gi endring av personnummer så tidleg i eit behandlingsopplegg, og rådfører seg såleis med Per Anchersen.²⁴⁹ Anchersen var ikkje heilt komfortabel med å uttale seg om den enkelte søkjaren, sidan «det vil innebære en vurdering av andre legers undersøkelser og konklusjoner.»²⁵⁰ Men han var tydeleg på at ei namneendring ville kunne lette på det sosiale trykket kvinner som gjekk gjennom ein maskuliniseringsprosess opplevde. Vidare meinte Anchersen at «en ufravikelig forutsetning for endring og fastsettelsen av kjønnsstilhørigheten for transseksualister av begge kjønn må etter min mening være en forutgående gjennomført sterilisering.»²⁵¹

Når han hadde behandla transseksualistar hadde han alltid anbefalt kastrasjon, også hjå kvinner. Det betyr å operativt fjerne kjønnskjerterlane, testiklar eller eggstokkar, sistnemnte kunne også røntgenstrålast. Bakgrunnen for dette var for det fyrste usikkerheit kring om hormonbehandling åleine ville kastrere pasienten kjemisk. Og for det andre; ved

²⁴⁶ Fischaa til Justisdepartementet. 28.02.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁴⁷ Fischaa Legeopplysningar om pasient og søknad om navneforandring. 28.02.1979 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁴⁸ Steenberg til Kyrkje- og undervisningsdepartementet. 06.07.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁴⁹ Fiskenes til Anchersen. 25.07.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁵⁰ Anchersen til Kyrkje- og undervisningsdepartementet. 7.8.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁵¹ Anchersen til Kyrkje- og undervisningsdepartementet. 7.8.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

«en enkel sterilisering (som kan tenkes å slå feil) kan man i værste fall bli en mann som kan bli mor. En slik (nærmest tenkt) kalamitet vilde skape uløselige legale komplikasjoner og bringe hele behandlingsprosedyren ved transseksualisme i miskredit.»²⁵²

Fischaa fekk beskjed i oktober om å komme på møte med Justisdepartemenet, i eit forsøk på å finne ei løysing. Då var det gått to år sidan den fyrste søknaden vart avslått, og over eit halvt år sidan den andre søknaden vart sendt. Departementet ville på bakgrunn av «sakens karakter (...) for sin del sterkt beklage at saksbehandlingen har tatt så vidt lang tid.»²⁵³

Endring av kjønnsnemning

Som vi ser av dei avsnitta ovanfor var spørsmålet om namneendring ikkje heilt enkelt å skilje frå spørsmålet om personnummer eller kjønnsnemning. Dei vert etterkvart til to sider av same sak. Men for å ta saksgongen kring endring av kjønnsnemning frå byrjinga må vi tilbake til 1974 og blant anna fråsegner frå Anchersen og Bremer om saka.

Den fyrste saka ein finn på dette er svaret frå Bremer til Lohne- Knudsen 22. juli 1974. I dette svaret viste han til dissensen av 30. mai 1956 samt fråsegn av 13. september 1971, då om ei enkelt sak. Han fant det også relevant å poengtere at han sjølv ikkje hadde undersøkt eller behandla nokon transseksuelle pasientar. Kjennskapen hans bygde såleis utelukkande på litteraturstudiar, og på bakgrunn av desse hadde fylgjande å seie:

- «1. Transseksualismens etiologi er ukjent
2. Det er ikke påvist noen biologisk forskjell mellom transseksualister og seksuelt normale.
3. De fleste transseksualister er sannsynligvis veltilpasset nok til å komme gjennom livet utan noen psykiatrisk hjelp.
4. Et mindretall har alvorlige tilpassningsproblemer hvor lesning om 'kjønnsforvandling' vil bringe dem ut av balanse og motivere dem for fremsettelse av påtrengende krav om kjønnsforvandelennde inngrep også hos dem.
5. De har urealistiske forestillinger om hva slike inngrep kan utrette og de har en ukontrollert tendens til å gå stadig lenger i sine krav om 'forvandling'- kår, deres

²⁵² Anchersen til Kyrkje- og undervisningsdepartementet. 7.8.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁵³ Steenberg til Fischaa. 29.10.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

fantasier og til og med innbilning om å bli svangre, h.h. vis å få en funksjonsdyktig penis.

6. Den hormonelle og kirurgiske behandling fører ikke til noen 'kjønnsforvandling', men til en tilstand som er 'verken fugl eller fisk'.

7. Kjennskapet til disse behandlingsformer skaper intense ønsker om behandling også hos massevis av kasus hvor behandlingen ikke er mulig.

8. resultatene av den hormonelle og kirurgiske behandling er meget omdiskuterte.

9. Det foreligger ikke noen sammenliknende undersøkelser av forløpet hos opererte og ikke-opererte transseksualister over tilstrekkelig lang observasjonstid med henblikk på hvilken gruppe som er kommet best fra livets gjenvordigheter.»²⁵⁴

Bremer heldt fast på dei same standpunkta som i 1956, om ein noko meir konkretisert. Den gong meinte han at operasjonar ikkje ville ha terapeutisk verknad og at det derfor ikkje burde bli gitt løyve til slike. Ei vidare løyve til operativ behandling, meinte han at ville vere meir til skade enn gagn for det terapeutiske arbeidet. Det Bremer anbefalte var at ein utgreia, i samarbeid med juridisk kompetanse, om «bestemmelser om transvestitters adgang til en sosial livsførsel som kvinne, og en hormonal behandling av dem».²⁵⁵ I brevet til Lohne-Knudsen i 1974 heldt Bremer så fast ved å ikkje foreta seg noko, argumentert i punkta nemnt ovanfor og konkluderte med at

«Jeg kan ikke se at myndighetene har noe holdbart kunnskapsgrunnlag til engasjement i behandlingen av disse vanskelige tilfellene- herunder heller ikke burde meddele noe legalt statusskifte.»²⁵⁶

Det ser her ut til at Bremer har teke eit endå strengare standpunkt enn i 1956. Å seie at myndigheitene ikkje hadde eit haldbart kunnskapsgrunnlag til å engasjere seg i pasientsakene, var også å underkjenne forskinga til blant anna Vogt. I 1968 publiserte nemleg Vogt ei studie av fem tilfelle av transvestisme hjå kvinner i *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Fem tilfelle av kvinne-til-mann pasientar er det same talet som eg finn belegg for at fekk behandling fram til 1979. Det viser at Vogt sin studie dokumenterer alle erfaringane som det var mogleg å gjere seg i Noreg, med mann-til-kvinne behandling, på dette tidspunktet. Det kan såleis sjå ut til at

²⁵⁴ Bremer til Helsedirektoratet. 22.07.1974. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁵⁵ Bremer. 1956:23.

²⁵⁶ Bremer i brev til Lohne- Knudsen. 22.07.1974. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

Bremer no hadde teke eit kategorisk standpunkt mot operativ behandling, og såleis også endring av kjønnsnemning, ettersom dette krevde fullstendig kjønnskifte.

Anchersen svara også, og sendte Kontor for psykiatri ei kortfatta oppsummering av den praksisen han førte 31. juli 1974. Blant anna kunne han fortelje at han brukte strenge utvalskriterium og heldt ei restriktiv linje. Han peikte på at publisiteten kring Christine Jørgensen kunne vere medverkande årsak til stadig fleire pasientar. «Det som imidlertid kan konstateres med sikkerhet er at så vel publikums som klienters holdninger har endret seg frå det nærmest tabupregete til en liberalisering som under tiden utsetter behandlende leger for et ubehagelig press.»²⁵⁷ Presset var ubehageleg for Anchersen, sidan det berre var eit lite tal av dei som vendte seg til han, som kunne få innvilga operasjonar. Avslutningsvis sa Anchersen at ein burde handle ut i frå dei erfaringane ein no hadde og ikkje skyve problemet til side med ei unnskyldning om at ein ikkje visste nok. «Det er den behandlende leges plikt også å medvirke til at irrasjonale medmenneskelige holdninger ikke ødelegger det sosiale liv for disse vanskeligstilte klienter.»²⁵⁸ Dette ser ut som ei sterk oppfordring til Helsedirektoratet om å ta tak i problematikken. Som vi har sett av saksgongen, og stadige seine svar, kan ein få inntrykk av at Helsedirektoratet og Kontoret for psykiatri vegra seg mot å ta tydelege standpunkt eller lage faste prosedyrar. Anchersen er tydeleg på kva han tenkte, og oppfordra vidare:

«Og samfunnets egne institusjoner bør bidra til løsningen av de mere formelle problemer på en praktisk og akseptabel måte når det foreligger ansvarlig sakkyndig dokumentert medisinsk-psykiatrisk rasjonale for endring av kjønnsbetegnelse i våre offentlige registre.»²⁵⁹

Den uformelle løysinga som var gjeldande meinte Anchersen var tilfredsstillande. Men det er kanskje avslørande at det er nettopp det omgrepet han brukte, tilfredsstillande, og ikkje omtalar som godt eller utmerka.

16 januar 1975 spør Kontoret for psykiatri om Justisdepartementet «søker å foranledige at det åpnes muligheter for at de få personer det gjelder får endret sine kjønnsbetegnelser i de offentlige registre.»²⁶⁰ Helsedirektør Torbjørn Mork meinte at «de få personer som blir operert, hjelpes best mulig til sosial tilpasning i sin nye kjønnsrolle. Det er da av betydning at de opererte kan skifte fornavn, fortrinnsvis til et fornavn som brukes av

²⁵⁷ Anchersen i brev til kontoret for psykiatri. 31.07.1974. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁵⁸ Anchersen i brev til kontoret for psykiatri. 31.07.1974. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁵⁹ Anchersen i brev til kontoret for psykiatri. 31.07.1974. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁶⁰ Kontoret for psykiatri i brev til Justisdepartementet 16.01.1975. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

begge kjønn.»²⁶¹ På hausten 1979 var spørsmålet om kva ein skulle gjere med søkjaren, nemnt tidlegare i kapittelet, igjen diskutert. Anchersen fekk svar på ein førespurnad den 30. august frå Kontoret for Psykiatri 25. september. I brevet vart det sagt at kontoret «vil utrede saken nærmere i løpet av den nærmeste fremtid.»²⁶²

Oppsummering

Å forstå transvestisme og transseksualisme, noko ein ikkje kjente årsaka til, eller med sikkerheit kunne beskrive som eit somatisk problem, var ikkje enkelt i den omtala perioden. Og det hadde ei rekkje juridiske implikasjonar. Kor vidt ein kunne gjennomføre kastrasjon ved transseksualisme, var avhengig av om ein kunne forstå årsaka for at inngrepet var medisinsk nødvendig. På den måten kunne ein omgå å søkje helsedirektøren om løyve. Men her var fagpersonane usamde, og det vart difor som hovudregel søkt om løyve til seksualinngrep ved transseksualisme. Det neste problemet var om også penisamputasjon var legitimt. Å fjerne friske kroppsdelar utan ei medisinsk årsak var, og er framleis ikkje lovleg, jamfør straffelova om grov skade, og det var vanskeleg for Justisdepartementet å avgjere på generelt grunnlag om transseksualisme var ei medisinsk årsak. Såleis ser vi at ansvaret for å definere behovet medisinsk, vart lagt på den enkelte behandlande lege. I hovudsak var det då snakk om Vogt og Anchersen, som også samarbeida med Evensen og Borchgrevink. Av saksgongen kan det lesast at Helsedirektoratet bruke lang tid på å kome fram til avgjersler, om direktoratet i det heile kom fram til dei. Både Anchersen og Vogt purra direktoratet fleire gonger.

Mot slutten av 1970-talet heldt Anchersen på med ei etterundersøking av åtte mann-til-kvinne pasientar som hadde gjennomgått operativ behandling i Norge.²⁶³ Anchersen hadde sidan 1963 samarbeida med avdelinga for plastisk kirurgi ved Rikshospitalet. Her hadde han saman med overlege Eskeland og assisterande overlege Borchgrevink utvikla «fremgangsmåte til diagnostisering, vurdering og forbehandling av mann-til-kvinne-transseksualisme med henblikk på den operative handling.»²⁶⁴ Fram til 1979 fekk 14 personar gjennomført ulike

²⁶¹ Mork i skriv til Justisdepartementet. 05.01.1976.

²⁶² Randi Rosenqvist til Anchersen 25.09.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁶³ Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 24.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁶⁴ Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 24.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

kjønnskiftebehandlingar i Noreg, gjennom eit uformelt samarbeid mellom nemnte legar. I det neste kapittelet skal vi sjå korleis denne praksisen vart utfordra med eit ynskje om eit formalisert utval med nasjonalt ansvar for behandling av transseksuelle.

5 Frå einevelde til formalisert fagteam

Mot slutten av 1978 gjekk det føre seg ein diskusjon om opprettinga av eit fagteam for utgreiing og behandling av transseksualisme. Oslo Helseråd, Helsedirektoratet og legar som Per Anchersen ved Aker sjukehus var involvert i prosessen. Bakgrunnen for diskusjonen var førespurnadane om kjønnskifte som kom til Oslo Helseråd si Rådgevingsteneste for homofile. Rådgevingstenesta ynskte fyrst og fremst ein stad å vise pasientane til, for gjeldande praksis var ikkje formalisert, og bestod av Anchersen og Vogt som gjorde utgreiingar, og kirurgane Evensen og Borchgrevink som opererte. Det var eit ynskje frå rådgevingstenesta å opprette eit eige fagteam, ei samla tverrfagleg gruppe, som diagnostiserte og behandla transseksuelle pasientar på ein institusjon. Dette vart det gjort ei utreiing av i 1979 av Rådgevingstenesta. Utgreiinga tok for seg kva transseksualisme var, indikasjonsgrunnlag, behandling og kontraindikasjonar. I tillegg tok utgreiinga også for seg moglege administrative løysingar for å organisere behandlingssopplegget.²⁶⁵ I dette kapittelet skal eg greie ut for prosessen mot å opprette eit slikt fagteam. I dag kjenner vi til dette fagteamet som Nasjonalt behandlingstilbod for transseksualisme (NTBS), eller seksjon for transseksualisme (SfT) ved Oslo Universitetssjukehus. Denne eininga seier sjølv at tilbodet vart formalisert i 1979, men som vi skal sjå av kjeldematerialet, var formalisering av tilbodet framleis eit spørsmål i 1982.

I Rådgevingstenesta for homofile sitt arbeid med å utgreie for behandling av transseksuelle, vart erfaringar frå Sverige og Danmark vektlagt. Eg skal såleis greie ut om kva desse erfaringane innebar, og korleis dei eventuelt skilde seg frå dei norske. Som nemnt var det ei handfull legar og spesialistar som utøvde eit ikkje-formalisert tilbod til norske transpasientar, etter sine eigne vurderingar. På dette tidspunktet var dei Norges fremste, og einaste spesialistar på denne pasientgruppa og behandlinga av den. Ville opprettinga av eit fagteam bety slutten på einveldet for desse legane? Korleis stilte dei seg til forslaga frå rådgevingstenesta? Og ikkje minst, skil utgreiinga frå 1979 seg frå den levert av Anchersen med fleire i 1956? Hadde standpunkta til behandling og forståinga av transpersonar endra seg?

²⁶⁵ Det er uklart av kjeldematerialet om utgreiinga var bestilt av eit organ, eller om dette var noko rådgevingstenesta gjorde på eige initiativ for å gjere greie for fenomenet og den kompetansen som var tilgjengeleg.

Transseksuelle søker behandling hjå Oslo Helseråd

I 1972 vart paragraf§ 213 som kriminaliserte homofili avskaffa i Noreg. Dette skjedde som fylgje av mellom anna lang politisk kamp der Forbundet av 1948 var svært sentrale aktørar. Men det var ikkje nødvendigvis enkelt å vere homofil i 1972 likevel. Oslo Helseråd oppretta i 1977 ei eiga rådgjevingsteneste for homofile. Dette var ei todelt verksemd med klinikk, der ein tok i mot homofile til rådgjeving, og dreiv med informasjonsarbeid utetter. Klinikken hørte til Mor og born-kontoret i Oslo og hadde tilsett legar, psykolog og sosionomar som arbeidde tverrfagleg saman.

Hjå rådgjevingstenesta dukka det etter kvart opp personar som hadde utfordringar knytt til kjønnsidentitet, og fleire av dei ytra også ynskje om å skifte kjønn. Dei tilsette opplevde å ikkje ha ein formalisert helseinstitusjon å vise desse personane vidare til, noko dei trengte. Erfaring med og kompetanse på behandling av transseksualitet, var det få andre enn Per Anchersen og Jørgen Herman Vogt som hadde. Og dei arbeidde ikkje ein gong på same sjukehus.

Det gjeldande behandlingsopplegget

Praksisen som hadde råda frå 1960-talet av var at mann- til- kvinne pasientar vart operert på Rikshospitalet. Det var Per Anchersen som sto i spissen for dette medan han arbeide ved psykiatrisk avdeling på Ullevål, og frå 1978, også som privatpraktiserande lege.²⁶⁶ Han utgreia og gav hormonell behandling, medan overlege Eskeland og assisterande overlege Borchgrevink ved Rikshospitalet stod for det kirurgiske.²⁶⁷ Kvinne- til- mann pasientar vart i hovudsak behandla av Jørgen Hermann Vogt ved Aker sjukehus, og operasjonar vart utført ved Rikshospitalet.

Anchersen kunne i 1974 informere Helsedirektoratet om gjeldande praksis ved behandling av transseksuelle. Han beskreib behandlinga i fire steg, fyrst den diagnostiske observasjonen, der ein kartla tilstanden og skilte ut pasientar som ikkje burde få behandling for transseksualisme, men kanskje andre tilstandar. Anchersen kunne fortelje av at om lag 50 personar han hadde utgreia, vart operativ behandling gitt til berre fem av dei. Det andre steget av behandlinga var psykoterapeutisk observasjon, der klienten vart «underkastet en grundig

²⁶⁶ Norges Leger 1986:49.

²⁶⁷ Anchersen i brev til Helsedirektoratet, kontoret for psykiatri 24.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

personlighetsanalyse med henblik på tryggheten i den ønskede kjønnsrolle.»²⁶⁸ Etter dette kunne ein byrje tredje steg; hormonbehandling. Her fekk pasienten kjønnsormon i høve til kjønnsidentitetsom var ynskja. Samstundes skulle pasienten byrje å øve på leve i ynskja kjønnsrolle, noko som innebar å bruke riktig klesdrakt. Etter om lag eit år med hormonbehandling og sosial tilpassing til ei ny kjønnsrolle, kunne behandlarane vurdere operasjon. Før det fjerde steget, operativ behandling, vart «de øvrige indikasjoner og eventuelle kontraindikasjoner overveiet på nytt.»²⁶⁹ Den operative behandlinga kunne bli utført på kirurgisk eller plastisk kirurgisk avdeling. Av Anchersen sine fire mann-til-kvinne-pasientar, vart samtlege operert ved Rikshospitalet sin plastisk kirurgiske avdeling.²⁷⁰ Anchersen kunne også leggje til at det ville vere ein fordel å sentralisere den operative behandlinga, «slik at man lettere får samlet erfaring med og kan gjennomføre etterundersøkelser av disse rett sjeldne tilfeller.»²⁷¹ I denne klargjeringa av praksis peikte Anchersen på nokre juridiske utfordringar kring kjønnskifte. Det var blant anna vanskeleg, å leve som eit anna kjønn mellom fase tre og fire, utan å få endre namn. «Det er umulig for en person som skal inn i en sosial kvinnerolle å ha et guttenavn. Og klienten pleier på dette tidspunkt med legerklæring om den foranliggende tilstand og behandlingsopplegget, å søke om tillatelse til å endre sitt fornavn.»²⁷² Det vart gitt løyve for menn og å ta eit kjønnsnøytralt namn under prosessen med å skifte kjønn. Og når den operative behandlinga var gjennomført, hadde det blitt ordna hjå statistisk sentralbyrå med nytt personnummer og endring av kjønnsnemning i offentlege register. Dette hadde skjedd med løyve frå Kyrkjedepartementet, etter framlegg av attest på gjennomført operativ behandling. Anchersen meinte vidare at for å hjelpe pasientane i tilpassinga til ei ny sosial kjønnsrolle var det ei plikt for den behandlande lege

«å medvirke til at irrasjonale medmenneskelige holdninger ikke ødelegger det sosiale liv for disse vanskeligstilte klienter. Og samfunnets egen institusjoner bør bidra til løsningen av de mere formelle problemer på en praktisk og akseptabel måte når det

²⁶⁸ Anchersen til Kontoret for Psykiatri. 31.07.1974 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁶⁹ Anchersen til Kontoret for Psykiatri. 31.07.1974 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁷⁰ I dokumentet snakka om Anchersen både fem og fire pasientar. Han hadde tillrådd behandling for fem mann- til-kvinne transseksualistar, og oppgav talet fire for tal på pasientar som hadde gjennomgått operativbehandling.

²⁷¹ Anchersen til Kontoret for Psykiatri. 31.07.1974 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁷² Anchersen til Kontoret for Psykiatri. 31.07.1974 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

foreligger ansvarlig sakkyndig dokumentert medisinsk-psykiatrisk rasjonale for endring av kjønnsbetegnelse i våre offentlige registre.»²⁷³

Anchersen var her tydeleg på at dei formelle problema kunne gjere det vanskelegare å gjennomføre eit vellykka behandlingsopplegg for transseksualistar, og derfor var det viktig at det formelle lot seg ordne.

«Den forannevnte saksbehandling er sprunget frem av de praktiske forhold og har så vidt jeg vet ikke vært gjenstand for noen formalisering. Ordningen har etter mitt skjønn fungert tilfredsstillende. En eventuell formalisering bør legge disse erfaringer til grunn.»²⁷⁴

Anchersen sa derimot på dette tidspunktet ingenting om formalisering av regelverket eller om kor vidt sentralisering var ynskjeleg. Han ville helst halde på praksisen han og Vogt hadde gåande saman med kirurgane ved Rikshospitalet.

Ynskje om formalisering

Eit av dei fyrste spora ein finn av eit ynskje om å samle kompetanse kring kjønnskifte kjem frå psykolog Thore Langfeldt 12. september 1978. Han skreiv til Helsedirektoratet om at han, i hans arbeid med seksual-problematikk, til stadigheit fekk vist pasientar til seg som ynskja å skrifte kjønns. Han arbeidde då med spørsmål som kor vidt pasienten var transseksuell, «effemiate homosexual» eller transvestitt. Langfeldt hevda også at Anchersen hadde trekt seg tilbake frå dette arbeidet, og at han då ikkje hadde nokon å vise desse pasientane til.²⁷⁵ «Jeg håper med dette at Helsedirektoratet kunne komme frem til en forsvarlig løsning på dette problemet.»²⁷⁶ Ei forsvarleg løysning tenkte Langfeldt ville vere at der vart satt ned eit team bestående av psykolog, psykiater, sosionom og kirurg. Psykologen og psykiateren skulle ta seg av det diagnostiske og terapeutiske arbeidet, og sosionomen skulle få i oppgåve å gjere det lettare for pasienten å tilpasse seg ei ny kjønnsrolle og få hjelp til å løyse det praktiske kring dette. Det var også nødvendig med ein kirurg i temaet, «som ikke ut fra fordommer øver

²⁷³ Anchersen til Kontoret for Psykiatri. 31.07.1974 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁷⁴ Anchersen til Kontoret for Psykiatri. 31.07.1974 RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁷⁵ Langfeldt i brev til Helsedirektoratet. 12.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁷⁶ Langfeldt i brev til Helsedirektoratet. 12.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

motstand mot dette arbeidet.»²⁷⁷ Langfeldt meinte at eit slikt team burde ha dette som oppgåve i tillegg til sine vanlege stillingar. Dette fordi han meinte at arbeidet med transseksuelle ikkje ville utgjere ei stor arbeidsmengde.

Brevet frå Langfeldt vart sendt til Anchersen for kommentarar.²⁷⁸ Han skreiv tilbake at Langfeldt tok feil i å hevde at han hadde trekt seg tilbake. Tvert om kunne Anchersen fortelje at han dei siste åra hadde utvida verksemda si, særleg etter at Vogt hadde slutta ved Aker Sjukehus og ikkje lenger praktiserte. På grunn av dette hadde nemleg Anchersen fått tilvisingar også frå kvinne- til- mann pasientar, som til då hadde vore tilvist til Vogt.²⁷⁹

Anchersen var positiv til å sentralisere tilbodet ytterlegare. Vidare peikte han på at han i samarbeidet sitt med plastisk-kirurgisk avdeling og Universitetets institutt for medisinsk genetik hadde reist spørsmål om å formalisere dette samarbeidet, etter mønster frå klinikkar i USA for Gender Identification Clinics²⁸⁰. Om ein skulle gjere dette såg Anchersen for seg at arbeidsfeltet også måtte utvidast, slik at også personar med andre kjønnsidentitetsproblematikkar, slik som til dømes intersex-syndrom, også kom inn under tilbodet. Han såg for seg at pasientar med kromosomavvik, hormonforstyringar og andre anomaliar på dei reproduktive organa kom inn under det same tilbodet som transseksuelle. Sjølv sa Anchersen «Personlig føler jeg meg kun kvalifisert til arbeidet med transseksualisme (og Gender dysforic syndrome) og fortsetter med dette som før.»²⁸¹

Argumentasjonen frå Anchersen for å sentralisere dei plastiske operasjonane handla i stor grad om at når det var snakk om eit så lite tal av pasientar, ville det ikkje vere formålstenleg å tilby kirurgi fleire stader, sidan det ikkje ville kunne gi kirurgane tilstrekkeleg erfaring.²⁸² Derimot kunne gjerne den psykologisk-psykiatriske vurderinga gjerast desentralisert, der det var kompetanse til det. Det skulle ikkje vere nødvendig å marknadsføre eller informere noko særleg til offentlegheita om eit slikt eventuelt tilbod.

«Noen form for P.R.- virksomhet på dette område tar jeg bestemt avstand fra. Vi har jo i de siste år hatt et par destruktivt skremmende eksempler som hverken jeg eller mine

²⁷⁷ Langfeldt i brev til Helsedirektoratet. 12.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁷⁸ Øgar i brev til Anchersen. 22.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁷⁹ Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 24.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁸⁰ Johns Hopkins University fekk i 1966 ein slik klinikk etter initiativ frå blant andre John Money og i samarbeid med Harry Benjamin Foundation. Meyerowitz. 2002:219.

²⁸¹ Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 24.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁸² Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 24.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

samarbeidspartnere har hatt noen befatning med.»²⁸³ Dessuten kunne Anchersen peike på at «seriøse klienter alltid finner veien.»²⁸⁴

Anchersen tok bestemt avstand frå å annonsere eit eventuelt tilbod, med argument om at ein då kunne oppleve fleire destruktive eksempel av pasientar. Kva var det han var redd for? Det kjem ikkje fram av materialet kva eller kven Anchersen siktar til med «destruktivt skremmende eksempel», men det er lett å sjå for seg at det har vore snakk om personar som har fått kjønnskiftebehandling, der denne ikkje har vore vellykka, eller blitt utført utan grunnlag. Altså kan det ha skjedd feildiagnostiseringar som fekk negative følgjer for den enkelte pasient. Det kjem ikkje fram om desse døma er norske eller internasjonale. Når det gjeld årsaker til kvifor publisering ikkje var ynskjeleg kan det peikast på at det også tidlegare har vore ei haldning innan legestanden om å vere restriktive med omtale. Til dømes *Tidsskrift for den norske legeforening* merka si fyrste omtale av Jørgensen tilbake i 1953, med at den ikkje var ynskja referert i dagspressa. Eg meiner at denne motstanden mot publisering, og mot å gjere behandlingstilbodet for transseksualisme offentleg kjent, handlar om dei erfaringane legestanden hadde med publisiteten kring Jørgensen. Som nemnt tidlegare i oppgåva, var merksemda kring henne enorm internasjonalt, og vi veit at denne merksemda bidrog direkte til at fleire personar tok kontakt med sine legar og ytra ynskje om kjønnskifte. Allereie 1953 kunne Hamburger og medarbeidarane som behandla Jørgensen melde om over 2000 brev frå personar som også ynskja kjønnskifte. Og ser ein til erfaringane frå merksemda kring transvestisme frå Norsk Dameblad, ser ein endå tydlegare at merksemda kring spørsmålet førte til at fleire våga å søke hjelp. Av dei førespurnadane som kom inn som fylgje av mediemerksemd, var det eit fåtal som legane meinte kvalifiserte til diagnosen transvestisme eller transseksuell. Skulle eit eventuelt tilbod for behandling i Noreg bli gjort offentleg, frykta nok Anchersen og andre at dei ville kunne oppleve ein liknande massiv pågang av personar, noko som ville auke arbeidsmengda betrakteleg. Anchersen peikte også på at seriøse aktørar fann alltid fram. Med det sikta han nok til at transvestittar og transseksuelle som hadde reelle behov for kjønnskifte, fant fram gjennom lege og eventuelt psykiater eller psykoterapeut. Var behovet pressande nok, og såleis eit behov som kvalifiserte til behandling, ville den enkelte ha mot i seg til å gå til legen med problemet, og søke å bli sendt vidare til vurdering hjå Anchersen sjølv, eller hjå Vogt.

²⁸³ Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 24.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁸⁴ Anchersen i brev til Helsedirektoratet. 24.09.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

I svaret til Langfeldt sitt spørsmål, gjorde Helsedirektoratet det klart at på grunn av kva ressursar dei hadde ville det bli eit spørsmål om prioriteringar. «Den gruppe pasienter De beskriver representerer utvilsomt en liten, men uhyre komplisert gruppe både diagnostisk og behandlingmessig hvor man er avhengig av en rekke spesialister med forskjellig kompetanse.»²⁸⁵ I eit utkast til dette brevet vart det også oppmoda til at legar kunne søke om økonomisk støtte til prosjekt på dette området, innan «de bevilgninger og regelverk vi har i dag.»²⁸⁶ Om det vart søkt om slike midlar kjem ikkje fram av materialet. Men arbeidet med å utgreie moglegheiter for å opprette eit sentralisert fagteam haldt fram.

Oslo Helseråd kallar til møte

Oslo Helseråd kalla inn Anchersen, endokrinolog Harry N. Haugen og kirurg Henrik Borchgrevink frå Rikshospitalet, stadsfysikusane Hans Dølvik og Fredrik Melbye og Bjørn Øgar frå Kontoret for psykiatri til møte 8. januar 1979. Øgar eller andre representatar frå Helsedirektoratet møtte ikkje, trass invitasjon. Frå Rådgevingstenesta for homofile ved Oslo Helseråd, deltok assisterande overlege Kåre Duckert, spesiallege Berthold Grünfeld, bydelslegane Kirsti Malterud og Georg Petersen og psykolog Bodil Solberg.

Formålet med møtet var at dei i fellesskap skulle drøfte «spørsmålet omkring den medisinsk-sosiale og psykologiske hjelp som eventuelt kan ytes til personer som ønsker kjønnskifte» med vekt på moglegheiter for tilvising av transseksuelle pasientar.²⁸⁷ Berthold Grünfeld leia møtet. Av referatet frå møtet kjem det også fram at deltakarane var einige om at dagens situasjon ikkje var tilstrekkeleg. Thore Langfeldt hadde presisert at det mangla ekspertise for å ta seg av transseksuelle born.²⁸⁸

«Etter hvert ukrystaliserte det seg i debatten den oppfatning at de uformelle ordninger man hadde basert seg på inntil nå ikke var tilstrekkelig, særlig ikke med henblikk på

²⁸⁵ Steinfeldt-Foss i brev til Langfeldt. 25.10.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁸⁶ Steinfeldt-Foss i brev til Langfeldt. 25.10.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁸⁷ Grünfeld i brev til Mellbye, Haugen, Borchgrevink og Anchersen. 28.11.1978. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁸⁸ Georg Petersen. referat frå møtet 08.01.1979 i Oslo Helseråd. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

ønsket om en faglig skolering av leger og annet helsepersonell innen dette feltet av medisinsklinisk seksologi.»²⁸⁹

Det vart også klart av møtet at pasientar som ikkje kvalifiserte til å få operativ behandling, også trengte ei form for 'etterbehandling'. «Psykiatrien i sin alminnelighet synes ikke å være tilstrekkelig godt forberedt til å kunne yte den nødvendige hjelp i slike situasjoner.»²⁹⁰ I møtereferatet skrive av Georg Petersen, skal Kåre Duckert ha «hevde at psykiatrien generelt var for lite skolert på dette område og stilte seg tvilende til en desentralisering av diagnostiseringen av transseksuelle.»²⁹¹ Møtet vurderte det altså slik at kompetansen i psykiatrien ikkje var tilstrekkeleg, og at ved å sentralisere tenesta i større grad kunne sikre dette. Det mangla kompetanse i helsevesenet, på ein slik måte at det berre var eit knippe legar som hadde erfaring til å ivareta pasientane. Oslo Helseråd er såleis tydeleg på at fleire trengte kompetanse og då måtte det gjerast noko.

Møtedeltakarane vart også einige om ein skulle unngå å la pasientane bli kasteballar mellom fagfolk i eit desentralisert opplegg. «Desentralisering av behandlingen av disse pasienter vil neppe fungere godt (...) Ved å operere med et sentralt team ville både helsepersonell og befolkningen vite hvem som kunne yte den nødvendige faglige assistanse.»²⁹² Her blir det adressert eit problem, nemleg at Rådgevingstenesta ved Oslo Helseråd ikkje visste eller hadde instruksar om kvar dei kunne vise pasientar vidare for vurdering av transseksualisme. Og det er då truleg at heller ikkje dei personane som vende seg til Rådgevingstenesta heller kjente til kvar dei burde vende seg. Møtet konkluderte til slutt med at Helsedirektøren burde ta initiativ i saka, og om han fant grunnlag for det, setje ned ei gruppe for å utgreie korleis helsevesenet kunne ta seg av oppgåver som fylgje av transseksualitetskomplekset.

«Det dreier seg her om et behandlingsopplegg som tar sikte på forholdsvis få pasienter, men som krever en ganske spesiell kompetanse og praktisk erfaring innen det ene tverrfaglige team som det er rimelig grunnlag for å etablere et sted i landet.»²⁹³

²⁸⁹Fredrik Mellbye. referat frå møtet 08.01.1979 i Oslo Helseråd. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁹⁰ Fredrik Mellbye. referat frå møtet 08.01.1979 i Oslo Helseråd. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁹¹ Georg Petersen. referat frå møtet 08.01.1979 i Oslo Helseråd. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁹² Fredrik Mellbye. referat frå møtet 08.01.1979 i Oslo Helseråd. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁹³ Fredrik Mellbye. referat frå møtet 08.01.1979 i Oslo Helseråd. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

Det vart lagt vekt på at erfaring og spisskompetanse var viktig for å ivareta dei oppgåvene som transseksuelle stilte helsevesenet ovanfor, og at desse var av ein slik art at det legitimerte å bruke ressursar på ei slik relativt lita gruppe personar.

Helsedirektøren sitt svar

Helsedirektør Mork fekk referatet frå møtet 8. januar og sendte sine eigne synspunkt kring dette til stadsfysikusen i Oslo 16. februar. Mork anerkjente fyrst og fremst at «Disse (gruppe pasienter) representerer utvilsomt en svært komplisert pasientkategori både i relasjon til diagnostikk og behandling.» Vidare skreiv han «For å møte deres behov er det derfor nødvendig med et nært samarbeid mellom spesialister som er engasjert og faglig skolert innen dette området.»²⁹⁴ Mork meinte også at praksisen med uformelt samarbeid mellom Borchgrevink, Anchersen og Vogt til då hadde fungert bra. Stadsfysikusen sitt forslag om ei meir offisiell arbeidsgruppe ville i fylgje Mork «i utgangspunktet ikke bedre tilgangen på diagnostikk/terapeutiske tilbud til denne gruppe pasienter.»²⁹⁵ Han sa seg einig i at eit slikt tilbud var ynskjeleg, men peikte også på at spørsmålet om formalisering kanskje også handla om eit ynskje om betre skulering for legar og helsepersonell innan medisinsk klinisk sexologi. Dette meinte han at like godt kunne skje gjennom kursverksemd og etterutdanning. Ein kan tolke dette som at helsedirektøren ikkje ville gjere meir enn det mest nødvendige, og ikkje la ei lita gruppe pasientar få ta så store ressursar som det vart spurt om.

Helsedirektøren såg også fleire uheldige biverknader ved eit offisielt utval.

« 1. Større pågang av pasienter enn man har kapasitet til som vil få «prøvet sin sak», og som nå siles av andre behandlingsinstanser. 2. ved et offisielt utvalg til man måtte ta standpunkt til en rekke juridiske forhold i forbindelse med sterilisering, kastrasjon, navneskifte osv. Dette vil kreve mye tid og krefter og har til nå funnet en tilfredsstillende avklaring i ad hoc-løsninger. 3. Effektiviteten i et arbeidsutvalg innen dette felt vil i høy grad avhenge av deltakernes personlige engasjement, interesser og holdninger. Man antar at dette bedre blir ivaretatt i en autonom faglig arbeidsgruppe

²⁹⁴ Mork til stadsfysikus i Oslo. 16.02.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁹⁵ Mork til stadsfysikus i Oslo. 16.02.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003

som selv bestemmer sin arbeidsform og hvem man vil oppta enn en av helsedirektøren oppnevnt gruppe.»²⁹⁶

Mork anerkjente her at praksisen per dags dato bestod av ad-hoc løysingar, men meinte at dette var tilfredsstillande. Alternativet, å utvikle formelle retningslinjer, ville bli tidkrevjande og krevje at ein tok stilling til ei rekke juridiske spørsmål. Dette hadde direktoratet allereie blitt oppmoda til å gjere fleire gonger frå legane som hadde med transseksuelle pasientar å gjere. Igjen ser det ut til å vere ei veging mellom å ta vare ei spesiell gruppe pasientar, og kor mykje ressursar ein skulle bruke på ei svært lita gruppe personar. Helsedirektøren ville altså ikkje innføre permanente løysingar for til dømeskastrasjon og namnebyte for transseksuelle. Ei eventuell permanent løysing ville vore ei lov, lik den som Sverige vedtok i 1972 om endring av juridisk kjønn ved kjønnskifte. Men det var altså for krevjande med tanke på tid og krefter. Det var få pasientar som var aktuelle, men direktøren kommenterte ikkje Oslo Helseråd sine signal om at talet var aukande. Mork meinte også at pasientane sine interesser vart best ivaretatt om behandlarane fekk rekruttere seg sjølv og bestemme si eiga arbeidsform.

«Helsedirektøren vil støtte opprettelsen av et uformelt faglig forum, gjerne tilknyttet Oslo Helseråd og med spesiallege Berthold Grünfeld som koordinator. Dette er også i pakt med vår generelle holdning til denne spesielle pasientgruppe og problemer, handlings- og undersøkelsesteknikker, nemlig at dette finner sin løsning i faglig fora hva enten det dreier seg om familiebehandling, endoscopiteknikker eller transseksualitet.»²⁹⁷

Å organisere behandlinga gjennom faglege forum, utan formalisering eller vedtak på nye lover, gjorde det også lettare å ikkje rette større merksemd mot behandlingstilbodet, diagnosen og behandlarane. Direktøren frykta at stor merksemd ville føre med store tilstrøyingar av nye pasientar, jamfør Christine Jørgensen. Då Jørgensen-saka prega avisene kom det brev frå personar legane var sikre på at var transseksuelle, men fleirtalet vart ikkje vurdert som det. Ei ny stor tilstrøying av same karakter ville då beslaglegge ressursar for å avslå uaktuelle kandidatar for kjønnskiftebehandling.

²⁹⁶ Mork til stadsfysikus i Oslo. 16.02.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁹⁷ Mork til stadsfysikus i Oslo 16.02.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

Per Anchersen endra standpunkt

Etter møtet i Oslo Helseråd i januar det året, hadde Anchersen måtte revidere den oppfatninga som han då hadde gitt uttrykk for.²⁹⁸ Han hadde nemleg fått ei rekkje nye saker og sett korleis det administrative kring namnebyte til dømes gjorde ting vanskeleg. I januar 1979 hadde han stilt seg spørjande til eit formalisert sentralt organ, blant anna fordi det uformelle samarbeidet han sjølv var ein del av fungerte utmerka. Men i august same år hadde han opplevd mellom anna at ein pasient måtte vente i unødvendig lang tid for å få formalitetar som namn og personnummer i orden. «Dette har ført til langvarig arbeidsløshet for klienten, som ellers har de beste forutsetninger for å ta arbeide svarende til den nye kjønnsrollen.»²⁹⁹ Anchersen hadde også fått spørsmål om å ta over pasientsaker frå andre legar. Desse hadde fått påbyrja behandling, utan det Anchersen meinte var «tilfredsstillende forutgående vurdering. (Hos kvinner var det gjort ablatio mammae og hos menn var igangsatt feminiserende østrogenbehandling.)»³⁰⁰ Han hadde også fått kjennskap til at det hadde blitt søkt om endring av kjønnsstatus og personnummer for personar som ikkje hadde gjennomgått sterilisering eller kastrasjon, noko Anchersen såg på som ein føresetnad for å kunne søke.

«Disse momenter taler etter mitt skjønn sterkt for at behandlingen av transseskualister bør skje etter fast opptrukne retningslinjer. Også de medico-legale aspekter av behandlingen bør formaliseres gjennom et klart regelverk, til hjelp også for Justisdepartementet og Kirke- og Undervisningsdepartementet.»³⁰¹

Anchersen kunne også fortelje at han gjennom munnlege samtalar med nemnte departement, hadde fått bestemt inntrykk av at også dei no ynskje fastare reglar om endring av kjønnsstatus, namn og personnummer. Noko av grunnen for dette var at stadig fleire terapeutar hadde engasjert seg i behandlinga, altså fleire enn Anchersen sjølv, Vogt og plastisk kirurgisk avdeling på Rikshospitalet. «Dessuten vil evt. nye saksbehandlere i nevnte departement stå usikre i de medicolegale spørsmål.»³⁰² Ad hoc-løysinga såg altså ut til å byrje å føre med seg at det i praksis vart gjennomført behandling som låg utanfor tilrådingane frå 1956, og utanfor kva Anchersen sjølv og Vogt ville gå gode for.

²⁹⁸ Anchersen til Kontor for psykiatri 30.08.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

²⁹⁹ Anchersen til Kontor for psykiatri 30.08.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³⁰⁰ Anchersen til Kontor for psykiatri 30.08.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³⁰¹ Anchersen til Kontor for psykiatri. 30.08.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³⁰² Anchersen til Kontor for psykiatri. 30.08.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

«Jeg tillater meg derfor å be Kontoret for psykiatri utvirke at det gjennom Helsedirektøren tas initiativ til å utarbeidelse av en norsk utredning av de spørsmål som er nevnt i det foregående (jfr. Den svenske SOU 1968:28) med henblikk på et hensiktsmessig regelverk (jfr. Den svenske lov om dette, som trådte i kraft i juli 1972.»³⁰³

Forslag til retningslinjer

O.W. Steinfeldt-Foss i Helsedirektoratet sendte ut brev datert 30. oktober 1979 til Anchersen, Stadsfysikus i Oslo ved Petersen og Malterud, Grünfeld, Harry N. Hauge og Borchgrevink. I breva kom det fram at Helsedirektoratet på oppmoding frå Anchersen no ville utarbeide retningslinjer for behandling av transseksuelle i Norge. Vedlagt fylgde det eit problemnotat, men dette er ikkje mogleg å identifisere eller finne i arkivmaterialet. Men fire spørsmål vart stilt som helsedirektoratet ynskte svar på:

- « 1) Mener De at de skisserte retningslinjer for behandlingsopplegg synes rimelig, eller bør noe endres?
- 2) Er det behov for en komite som kan utrede problemene ytterligere?
- 3) Bør man samle behandlingen av slike pasienter i tredje fase ett sted, (da foreløpig i Oslo) inntil større erfaring på området er oppnådd?
- 4) Bør en spesielt kvalifisert psykiater på dette felt i samarbeid med endokrinologisk ekspertise, knyttes som konsulent til det sjukehus hvor inngrepet skal finne sted, med plikt til å uttale seg om ønskeligheten av inngrepet?»

Det same brevet vart også sendt til Harald Frey, ved Aker Sjukehus 6. november 1979. Det var i begge breva ynskjeleg at svar vart sendt til kontoret for psykiatri ved Helsedirektoratet innan den 15. desember 1979. Det er ikkje mogleg å få klarheit i kva dokument som her vart omtalt som skisserte retningslinjer for behandlingsopplegg. Men ut i

³⁰³ Anchersen til Kontor for psykiatri. 30.08.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

frå svaret Harald Frey sendte Kontor for psykiatri, er det grunn til å tru at det er Anchersen sitt brev av 31.08.1974 som inneheldt dei retningslinjene som no vart vurdert.³⁰⁴

I korte trekk var Anchersen sitt behandlingsopplegg delt inn i fire fasar. Fyrst lange observasjonsperiodar av diagnostisk og psykoterapeutisk observasjon. Så gav han hormonell forbehandling, der pasienten øvde seg på å leve i sin nye rolle i om lag eit år. Siste fase var den operative behandlinga.³⁰⁵

Harald Frey var einig i Anchersen sitt opplegg med mindre kommentarar. Blant anna kunne han merke at når det kom til namneendring og liknande var «departementet som regel tregt reagerende. Som kjent vil dette bidra til å ytterligere forsure tilværelsen.»³⁰⁶

Igjen ser ein at Helsedirektoratet tek si tid med handsaminga av saka. Det går over fem år frå Anchersen fremmar sitt opplegg, til direktoratet spør andre legar om å vurdere dei. I mellomtida hadde også Oslo Helsesråd, etter møtet 8. januar same år, også oppmoda direktoratet til å fatte avgjersler kring behandlingsspørsmålet, formalisering og utarbeiding av retningslinjer. Men framleis såg det ikkje ut til at det vart fortgong i prosessane, og endå eit forsøk vart gjort.

Ny utgreiing i 1979

5. desember 1979 arrangerte Rådgevingstenesta for homofile eit nytt møte, liknande det i januar same år. Før dette møtet hadde Rådgevingstenesta skrive ei ny utgreiing om transseksualisme, mykje etter same modell som utgreiinga frå 1956. Denne utgreiinga var tredelt, fyrst ei oversikt om transseksualitet, så forslag til rutinar for utgreiing og behandling og avsluttar til sist med tilvisingar til litteratur på emnet. Eit av spørsmåla som masteroppgåva freistar å svare på er om forståing av kjønn og transseksualisme endrar seg i perioden, og om det kan vere samanheng mellom eventuelle endringar i desse omgrepa og innhaldet i dei. I det fylgjande kjem eg til å vise kva Rådgevingstenesta tenkte i 1979, og korleis dette både byggjer vidare på og skil seg frå forståinga til Anchersen og medarbeidarane i 1956.

³⁰⁴ Frey i brev til Steinfeldt- Foss. 23.11.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³⁰⁵ Anchersen i brev til Kontor for psykiatri. 31.08.1974. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³⁰⁶ Frey i brev til Steinfeldt- Foss. 23.11.1979. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

Rådgjevingstenesta sin definisjon av transseksualitet

«Transseksualitet er en tilstand der individet opplever et varig misforhold mellom det biologiske og det psykososiale kjønn (...), dvs. der kjønnsidentiteten står i motsetning til personens genitale kjønn.»³⁰⁷ Dette er ein ganske anna ordlyd enn i 1956, der genuin transvestisme hjå Anchersen m.fl. var karakterisert som «trangen til å bære klede tilhørende det annet kjønn (...) har en ganske særlig trong til å ville forandre sitt kjønn, og hvor trangen til å identifisere seg med et annet kjønn synes å ha manifestert seg alt tidlig i barnealderen.» Her er trong bytta ut med misforhold, og kanskje endå viktigare er det komen til fleire omgrep om kjønn. I 1956 brukte ein berre eitt omgrep om kjønn, nemleg kjønn. Men når ein kjem til året 1979, etter fleire tiår med kvinnekamp, har ein byrja å tenke om kjønn som noko meir samansett. Ein tenkte då at kjønn hjå menneske hadde ein biologisk dimensjon, ein psykososial dimensjon og at ein med desse også levde i kjønnsroller. Dette er ein viktig skilnad. For når ein på slutten av 70-talet snakkar om transseksualitet som kjønnsidentitet, er dette definert som noko anna enn kroppen.

Oslo Helseråd gjorde det også klart at det var eit skilje mellom kjønnsidentitet og kjønnsrolle. Der kjønnsidentitet var ein person sin eiga 'private' oppleving av seg sjølv, var kjønnsrolle den offentlege rolla ein tok på seg og proklamerte. Dette skjedde som «oftest i samsvar med samfunnets etablerte forventinger knyttet til den aktuelle kjønnsrolle.»³⁰⁸ Vidare sa utgreiinga at det for transseksuelle var vanleg å ha ei overtyding om å høyre til det motsette kjønn biologisk, allereie frå barndommen av. Såleis var åsikta med behandling å «få brakt det biologiske kjønn i samsvar med det psykososiale altså kjønnskiftehandling.»³⁰⁹

Det er mange likskapar mellom innhaldet i utgreiinga frå 1956 og utgreiinga av 1979, men også nokre vesentlege skilnadar. Fyrst og fremst var utgreiinga i 1979 gjort med sikte på å detaljert beskrive eit behandlingsopplegg som ein var sikker på at skulle bli realisert. I 1956 utgreia ein om kva transvestisme var, og om ein skulle setje i gong noko form for behandling og eventuelt kva denne skulle bestå av. I perioden i mellom desse to utgreiingane skjedde det store endringar på fleire felt. Mellom anna hadde omgrepsbruken endra seg, for genuin transvestisme var ikkje lenger i bruk, og var erstatta av omgrepet transseksualisme. Åsikta med 1979 utgreiinga var ikkje å seie om behandling var riktig eller ikkje, men å formalisere

³⁰⁷ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:1. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³⁰⁸ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:1. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³⁰⁹ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:1. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

og sentralisere behandlingstilbodet. Til skilnad frå i 1956, hadde ein no erfaringar med slik behandling, både frå Noreg og internasjonalt.

For Anchersen og medarbeidarar, var transvestisme og genuin transvestisme ei trong til eit anna kjønn, medan det for Helserådet var snakk om ein indre konflikt mellom kropp og identitet. Helserådet definerte transseksualitet på denne måten, ettersom det for dei er eit skilje mellom biologisk og psykososialt kjønn, og konsentrerte definisjonen ned til at det var eit motsetnadsforhold mellom kjønnsidentitet og genitalt kjønn. Tanken om kjønnsidentitet som noko som kan oppstå uavhengig av det biologiske eller genitale kjønn, var ein tanke som ikkje var å finne i utgreiinga frå 1956.

Førekomst

I 1979 hadde ein langt betre kunnskapar om i kva grad transseksualisme førekom, og Rådgevingstenesta opererte her med tal på at 1 av 53000 vaksne menneske, var ein sannsynleg prevalens for transseksualisme. Dette talet hadde dei frå ein artikkel av Jan Wålinder og Rolf Luft frå den svenske legeforeinga sitt tidsskrift frå 1977.³¹⁰

Rådgevingstenesta forventa også at førekomsten kom til å auke. Lova som kriminaliserte homoseksuelle handlingar mellom menn vart oppløyst i 1972, og rådgevingstenesta vart oppretta etter dette. Dei såg at det med større openheit og legitimitet, vart fleire menneske som oppsøkte dei. Både homoseksuelle av begge kjønn, men også transseksuelle. Og pågangen var aukande av personar med kjønnsidentitetsproblematikk.

Dette er ein ganske annan tone enn i 1956, der utgreiinga viste til at det i Danmark i 1953 med ei befolkning på om lag fire millionar, var fem mannlege transvestittar som var i kontakt med Hamburger og medarbeidarane³¹¹. Utgreiinga frå 1956 var også sikker på at dei hadde grunn til å anta at talet på genuine transvestittar var lite, sjølv om det var vanskeleg å vite sikkert. Dette vart grunngeve med at det ikkje fanst ei form for registrering av slike tilfelle. Rådgevingstenesta på si side gjorde anslag basert på kva ein då viste om menneskeleg seksualitet og kjønnsidentitet, heller enn registrerte tilfelle.

³¹⁰ Luft, Rolf, Wålinder, Jan et al. Transsexualism, Läkartidningen vol. 74/nr. 44/1977:3857.

³¹¹ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

Kva kom transseksualisme av?

I fylgje Rådgevingstenesta kjønnsidentitet fastlagt tidleg i livet, og det var eit samspel mellom arv og miljø.³¹² «Postnalt opplever individet allerede fra fødselsøyeblikket forventinger og påvirkninger som er med på å prege kjønnsidentiteten.»³¹³ Her det tydeleg eit anna perspektiv enn kva Anchersen og medforfattarar kom med på 1950-talet. Forventningar til kjønn påverka, i fylgje rådgevingstenesta, kjønnsidentitet. Og kjønnsidentiteten var då ikkje avhengig av biologien.

Men kva kom transseksualismen av? Anchersen og medarbeidarane viste til forskning på intersex-syndrom og kromosomfeil som moglegheiter. Men i 1979 kunne Rådgevingstenesta slå fast at «Hos transseksuelle individer finner man genetiske, hormonelle og morfologiske kjønnskarakteristika som ikke avviker fra normale forhold hos det biologiske kjønn de tilhører. Kjønnsidentitetskonflikten må dermed antas å ha en overveiende psykologisk forankring.»³¹⁴

«For genuint transseksuelle individer har man erfart at den etablerte kjønnsidentitet er irreversibel etter puberteten, og kan ikke påvirkes av psykoterapeutiske teknikker.»³¹⁵ Rådgevingstenesta såg det slik at psykoterapi ikkje var ei løysing åleine, og at transseksualisme derfor også var noko somatisk. Dette var eit argument for å bruke hormon og kirurgi som behandlingsmetodar.

Ein viktig skilnad i 1979-utgreiinga er at det her vart snakka om kjønn som noko meir komplekst enn i 1956. Kjønn er ikkje lenger berre genitalia men også identitet. Som ein såg i debatten kring Christine Jørgensen, vart kjønnsforvandlinga hennar akseptert heilt til det vart avslørt at ho ikkje hadde fått konstruert vagina eller var kapabel til å bære fram born. Kva organ ein hadde vart då sett på som ein føresetnad for kva kjønn ein har. I 1979 har dette blitt tydeleg nyansert, og kjønn var ikkje lenger berre kroppen men også ei sosial, og sosialt konstruert, rolle. Dette perspektivet, og den endringa som skjer frå 1950-talet til 1979, er viktig for å forstå korleis Rådgevingstenesta tek andre standpunkt til behandling, og forstod transseksualisme på ein annan måte enn utvalet for utgreiinga i 1956 gjorde.

³¹² Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:1. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³¹³ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:1. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³¹⁴ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:2. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³¹⁵ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:2. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

Vurdering og kontraindikasjonar

Utgreiinga hadde ei detaljert omtale av korleis ein kunne utgreie og behandle transseksuelle. Opplegget var basert på individuelle vurderingar og det var fleire sider ved pasienten som skulle utgreiast før ei eventuell behandling kunne komme i gong. For å diagnostisere transseksualisme meinte Rådgjevingstenesta at ein burde bruke kriteria til psykiater Jan Wålinder ved St. Jørgens sjukhus i Gøteborg, som gjekk ut på at pasienten opplevde, ofte sidan barndommen, ei sterk overtyding om å høyre til det motsette kjønn og kjente avsky og ubehag ved eigne kjønnsesifikke karakteristikkar av kroppen. Pasienten måtte ynskje at omgjevnadane skulle oppfatte vedkommande som det motsette kjønn og at pasienten ved alle midlar prøvde å få hormonell og kirurgisk behandling for å komme i samsvar med seg sjølv, og søkje endring av namn og personnummer.

Rådgjevingstenesta meinte vidare at det måtte avklarast kva status pasienten hadde sosialmedisinsk, personlegdomsmessig, sexologisk og somatisk/medisinsk. For å gjere desse vurderingane meinte Rådgjevingstenesta at kvart område burde utgreiast av personar med kompetanse på kvar av desse felt. Den sosialmedisinske statusen burde utgreiast av lege og sosionom. Her skulle ein vurdere pasienten sin sosiale situasjon i barndom, og i notid i forhold til familietrekk, oppveksttilhøve, arbeidsliv og økonomi. Dette for å kunne «vurdere hvorvidt en evt. ustabil sosial situasjon er sekundær til kjønnsidentitetskonfliktens sosiale komplikasjoner. Vi er også interessert i å kartlegge klientens tidligere bestrebelser for å realisere sitt ønske om kjønnskifte.»³¹⁶ Det var tydeleg, både for 1956 utgreiinga og i 1979 at genuin transvestisme og transseksualisme var tilstandar som tredde fram allereie i barndommen, og begge utgreiingar fann det derfor relevant å undersøke pasienten sin barndom. Men den sosialmedisinske statusen innebar også ei vurdering av dei tilhøva pasienten hadde når kjønnskiftet vart søkt. «Sannsynligheten for at en transseksuell vil få god tilpassing etter konvertering, øker hvis den sosiale stabiliteten før behandling er god.»³¹⁷ Forhold som bustadsituasjon, arbeid og økonomi spelte inn på den sosiale stabiliteten og den sosialmedisinske vurderinga handlar oppsummert om å kartlegge kor ressurssterk pasienten var. Det er ikkje vanskeleg å sjå at å ha eit stabilt liv med arbeid, bustad og gode sosiale relasjonar kunne gjere eit kjønnskifte lettare gjennomføre. Det Rådgjevingstenesta sa vidare under punktet *Vurdering om hvorvidt hormonell/kirurgisk kjønnskiftebehandling skal*

³¹⁶ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:5. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³¹⁷ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:5. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

påbegynnes at kontraindikasjonar av sosialmedisinsk art var ressurs svak sosial situasjon og manglende støtte i nærmiljøet.

Vidare skulle ein psykiater eller psykolog vurdere pasientens personlegdomsmessige status gjennom intervju og testar. Her var formålet å kartlegge på kva premiss pasienten hadde eit ynskje om å skifte kjønn og få eit tydlegare bilete av seksualiteten og kjønnsidentiteten. Helserådet meinte at «Omstillingen etter konvertering er en så krevende prosess at man må vurdere om dette er noe som ligger innenfor klientens rekkevidde, eller om problemene ved omstillingen kan tenkes å bli vel så vanskelig som den aktuelle konflikt.»³¹⁸ Det var også viktig i ei slik vurdering å utelukke til dømes psykose, som vart vurdert som ein kontraindikasjon for behandlinga. Ein skulle her vurdere om pasienten hadde personlege eigenskapar for å gjennomføre eit kjønnskifte, ikkje kor vidt pasienten hadde personlegdom som kunne passe det nye kjønnnet. Det er eit skifte av fokus frå 1956, som i større grad vurderte føresetnader med tanke på å passe inn ei ny kjønnsrolle. Rådgevingstenesta ville her vurdere om sjølve konverteringa som prosess ville vere mogleg å gjennomføre for pasienten, eller om dette ville bli så krevjande at det ikkje burde anbefalast.

Med sexologisk status meinte rådet at ein skulle undersøkje pasienten sin kjønnsidentitet, og forsøke å vurdere om pasienten verkeleg var transseksuell. «Spesiell vekt legges på seksuelle fantasier, selvbilde, opplevelse av egen maskulinitet/femininitet, kjønnsrolleatferd og seksualatferd.» Denne vurderinga skulle utførast av psykiater og sexolog og ta utgangspunkt i den psykoseksuelle utviklingsanamnese og -situasjon. Før ei eventuell behandling meinte rådet at ein burde krevje at pasienten over tid skulle leve som det kjønnnet han eller ho ville skifte til, og at pasienten måtte ha «opplevd dette som naturleg og riktig.»

Lege og kirurg skulle vurdere den somatiske statusen til pasienten, der alle aspekt av biologisk kjønn vart undersøkt. Slik skulle det ekskluderast avvik genetisk, hormonelt eller på genitalia. Med andre ord skulle ein ekskludere intersex-syndrom eller andre hormontilstandar som påverkar kjønn. Ein skulle også vurdere føresetnadane for at pasienten kunne gjennomføre ei vellukka kjønnskovertering. Kor realistisk det var for den enkelte å bli oppfatta av omgjevnadane som konvertert mann eller kvinne, spelte altså ei rolle for Rådgevingstenesta.

³¹⁸ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:5. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

«Her er man særlig interessert i kroppsbygning som kan vanskeliggjøre at klienten realistisk kan oppfattes som tilhørende det motsatte kjønn, f.eks. svære kraftige menn som ønsker konvertering til kvinne.»³¹⁹

Standpunktet her hadde ikkje endra seg stort frå 1956, men ein kan merke seg at ordbruken er annleis. Men konsekvensen av vurderinga av kroppsbygning hadde kanskje eit anna utslag i 1979 enn i 1956, ettersom ideal om kjønnsestetikk hadde endra seg. Som kontraindikasjon vart det i utgreiinga oppført høg alder, primær organisk sjukdom og ueigna kroppsbygning.

Ei slik utgreiing skulle bestå av «alminnelig somatisk undersøkelste (inkl. BT)», gynekologisk undersøking, vurdering av plastikkirurg, registrering av høgde og vekt, og ein skulle undersøkje ei rekkje stoff i kroppen, slik som mellom anna østradiol, testosteron og kjønnskromatin. Ein skulle også ta EEG.

Når diagnosen ikkje kunne stillast

Rådgevingstenesta meinte at det var enkelte tilfelle der utføring av kjønnskifte-behandling ikkje ville redusere konflikten til pasienten. Dette gjaldt hjå transvestittar, homofile med dårleg sjølvakseptasjon og psykotiske.³²⁰ Om ein person følte lette og vart meir harmonisk med seg sjølv ved berre å kle seg som det motsatte kjønn, var dette kontraindikasjon i seg sjølv for å tillate operasjon. Det var ved tilstandar der å kle seg ikkje var nok for at ein kunne byrje å tale om genuin transvestisme, eller transeksualitet, der det vart også aktuelt å behandle.

Helserådet snakka også om homofile med dårleg sjølvaksept som personar som ikkje burde behandlast som transeksuelle. «E enkelte homofile kan oppleve sin seksuelle orientering som så uønsket og vanskelig, at de med alle midler søker å falle inn i et mønster som legaliserer deres seksuelle orientering.»³²¹ Vidare meinte rådet at enkelte femininiserte menn og maskuline kvinner, som då eigentleg var homofile, kunne sjå på det som ei løysing for personen sin indre konflikt å endre kjønn.

«Men siden problemet ikke er ein konflikt mellom biologisk kjønn og kjønnsidentitet, men «individets (og samfunnets) reaksjoner på å tilhøre en minoritet m.h.t. seksuell orientering. En homofil mann opplever seg selv som mann og kjenner tiltrekning til

³¹⁹ Utredning om transeksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:6. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³²⁰ Utredning om transeksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:2-3. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³²¹ Utredning om transeksualitet av Oslo Helseråd desember 1979 3. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

andre menn med sitt eget maskuline selvbilde inntakt. Tilsvarende gjelder for lesbiskes kjønnsidentitet.»³²²

Rådgjevingstenesta såg det slik at etter alle vurderingar og diagnostiseringar av pasienten var gjennomført, skulle ein gjere ei heilskapleg vurdering av om ein skulle byrje med behandlinga. Det var også nødvendig å grundig setje pasienten inn i rekkjevidda av ei eventuell behandling, konsekvensane av den og framgangsmåten for konvertering, og «særlig understreke begrensingene i konverteringen.»³²³

«Vurderingen foregår i teammøte der alle impliserte fagfolk deltar. Vurderingen tar sikte på å fastslå hvorvidt klienten virkelig er transseksuell eller ikke, ved at alle aspekter av diagnosen tas opp ut fra de forskjellige profesjoners kompetanse.»³²⁴

Om ein pasient hadde kontraindikasjonar som førte til at ein ikkje ville gi behandling, meinte Rådgjevingstenesta at det var viktig å likevel følgje opp pasienten. Det kunne til dømes dreie seg om andre tilstandar av kjønns- dysfori syndrom enn transseksualisme, som kunne ha nytte av andre former for behandling. «Disse bør tilbys behandlingssopplegg som tar sikte på betre tilpassing innanfor rammene av deres eksisterende situasjon.»³²⁵

Behandling og konvertering

Rådgjevingstenesta kunne fortelje at i Norge «har man i mange år i begrenset målestokk tilbudt behandling for transseksuelle vurdert etter strenge kriterier.» Desse vurderingane hadde blitt gjort av fagfolk med spesiell erfaring, og Rådgjevingstenesta viste til at mann-til-kvinne pasientar hadde blitt vurdert av Per Anchersen, og blitt operert ved Rikshospitalet sin plastisk-kirurgiske avdeling. Kvinne-til-mann pasientane hadde fått behandling ved Aker sjukehus, og dei fleste var vurdert og diagnostisert av Vogt. «Man kan vise til gode resultater av kjønnskiftebehandling hos transseksuelle, under forutsetning av at den diagnostiske vurdering samt vurdering av kontraindikasjoner har vært restriktiv.»³²⁶ Etter operasjon hadde pasientane fått endra førnamn og endra sitt personnummer (juridisk kjønn.)³²⁷

³²² Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:3. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³²³ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:7. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³²⁴ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:7. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³²⁵ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:7. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³²⁶ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:3. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³²⁷ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:4. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

«Dersom det finnes indikasjon for å påbegynne konvertering, og det ikke er kontraindikasjoner for dette, foregår den preoperative konvertering parallelt på flere plan (mentalt, sosialt, hormonelt) over en periode på 6-12 måneder. Denne behandlingen skal ikke påbegynnes annet enn som ledd i et opplegg som planlegges slutført med kirurgisk konvertering.»

Her la Helsrådet opp til eit tidsspenn på inntil eit halvt år, og der kirurgi var siste ledd i behandlingsopplegget. Igjen la dei opp til at det mest irreversible inngrepet kom til slutt.

Den mentale konverteringa gjekk ut på at ein skulle tilby støttesamtalar til pasienten, ettersom prosessen med å skifte kjønn, og omveltningane dette førte med seg var store. Dette for at eventuelle problem som dukka opp skulle kunne adresserast og bli løyst fortløpande.

Sosial konvertering gjekk ut på å ta sosial rolle som eit anna kjønn, og alt som det innebar. Ein skulle leggje til rette for arbeidsmoglegheiter og få endra førnavnet sitt, slik at pasienten kunne leve i tråd med eigen kjønnsidentitet på fulltid.

Av somatisk behandling, la Oslo Helsråd fram ein detaljert plan for hormonell og kirurgisk behandling. Det vart gjort greie for type medikament, dosar og over kva tidsperiode dette skulle administrerast over. Av kirurgi vart det skissert eit opplegg der det for menn var snakk om inngrep som sterilisering/kastrasjon, penisamputasjon, plastisk-kirurgisk konstruksjon av ytre kvinnelege genitalia og vagina, samt brystplastikk.

For kvinner skulle tilbodet bestå av mastektomi, sterilisering, fjerning av uterus og ovariar, eller bestråling av desse. Konstruksjon av kunstig penis ville gi ei rekke urologiske utfordringar som at det ikkje ville vere mogleg å skape ein funksjonsdyktig penis. Dette vart derfor ikkje anbefalt.³²⁸

Av lokasjon for behandling vart det anbefalt at «behandlingen bør foregå sentralisert. Rikshospitalets Plastisk-kirurgiske Avdeling har erfaring i slike inngrep.»³²⁹

Det siste steget i behandlingsopplegget var av juridisk art og her sa Helsrådet klart at løyve til å endre personnummer, altså juridisk kjønn, kunne bli gitt etter at den kirurgiske konverteringa var gjennomført. Slike søknadar skulle handsamast av Kyrkje- og Undervisningsdepartementet. Etter fullført behandling såg Oslo Helsråd det også anbefalt at pasientane fekk etteroppfølging om det var ynskjeleg og behov for det. Eventuelle problem av

³²⁸ Utredning om transseksualitet av Oslo Helsråd desember 1979:9. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³²⁹ Utredning om transseksualitet av Oslo Helsråd desember 1979:9. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

psykisk art burde fylgjast opp av psykiater eller psykolog. Elles kunne det vere opp til den behandlande lege, å fylgje opp med kontrollar og administrasjon av hormon.

I omtalane av behandlingsmetodar finn ein store skilnad mellom dei to utgreiingane. I 1956 vart ikkje dette diskutert i detalj, slik som i 1979. Ei årsak til dette var nok at ein hadde mindre erfaring i 1956, men det var heller ikkje i særleg grad åsikta med utgreiinga. Anchersen og medarbeidarane skulle svare på kor vidt det var formålsteneleg med behandling, medan Rådgevingstenesta i 1979 er svært spesifikke på kva behandling som var aktuell. Det vart mellom anna i 1979 argumentert for at behandlingsopplegget skulle vere tverrfagleg, med involvering av fagpersonar med spesifikke oppgåver i behandlingsopplegget. Det vart i 1956 ikkje gitt tilrådingarom kven som skulle behandle, utover lege, psykiater og kirurg, og opplegget som då vart skissert var også langt mindre komplekst enn det som helserådet anbefalte.

Siktemålet med behandling

I utgreiinga til Anchersen m.fl. var åsikta med eventuelle behandlingar å «hjelp vedkommende pasient til en betre tilpasning.»³³⁰ Oslo Helseråd såg det slik at ein med behandling skulle bringe kroppen i samsvar med psyken og lette på den indre konflikten mellom biologisk kjønn og kjønnsidentitet. I 1979 vart det inntatt eit meir individuelt fokus, der den enkelte pasient sin kjønnsidentitet og i kor stor grad den samsvara med kroppen, var målet på vellukka behandling. I 1956 søkte ein å oppnå sosial tilpassing av pasienten, medan ein i 1979 ville forsøke å skape ro i pasienten og hindre sjølvmutilering. For legane i 1956 var det heller graden av femininisering/maskulinisering som var målet på vellykka behandling. Ein ser altså eit tydeleg skifte av fokus frå 1956 til 1979.

Erfaringane frå Sverige

Når Anchersen-utvalet skulle greie ut om behandling av transvestisme såg dei på litteratur frå Tyskland, Danmark og USA, og det i stor grad nyare forskning frå 1949 fram til 1956. Men med nokre unntak; Hirschfeldt og Ellis var publisert i 1918 og 1928, men desse verka vart fyrst om fremst brukt for å definere fenomenet transvestisme. Rådgevingstenesta refererte til

³³⁰ Anchersen, Bremer, Kinnerød og Langfeldt 1956:1. RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

John Money, Anke Ehrhard, Robert Stoller.³³¹ Money og Stoller er kjent som arvtakarar og medarbeidarar tild Harry Benjamin. Svensk og dansk forskning, og særleg Sverige sitt behandlingssopplegg vart også trekt fram. I utgreiinga vart det vist til og tilrådd den modellen den svenske forskaren Jan Wålinder hadde utarbeida. Wålinder deltok sjølv på møter i Helserådet om behandlingssopplegg for transseksualisme.³³² Eg skal i det fylgjande gjere greie for nokre trekk ved forholda i Sverige sidan dette også vart brukt som erfaringsgrunnlag når ein skulle komme med tilrådingar også i Norge. Dette var land som hadde behandla langt fleire enn i Noreg, og som hadde solide oppfølgingsstudiar å vise til.

Så tidleg som i 1973 hadde Kontoret for psykiatri, ved byråsjef Figenschou, spurt om den svenske praksisen. Og 8. mars 1973 sendte den svenske ambassaden *Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall* som tredde i kraft 1. juli 1972. Denne lova slo fast at om ein opplevde seg som, og levde som eit anna kjønn enn kva ein juridisk sett hadde, kunne ein søkje om å få endre sin juridiske status. Noko som vart innvilga om sterilisering var gjennomført, eller om personen på andre måtar hadde mista forplantningsevna. Ein måtte også vere fylt 18 år og vere ugift. Denne lova må også sjåast i samanheng med den svenske steriliseringslova av 1944, som spesifikt omhandla sterilisering og ikkje kastrering. Og i 1972 vart denne endra, slik at lova om kjønnsbestemming kom inn i steriliseringslova.

Ei liknande lov kom aldri i Noreg. Derimot ser ein at den svenske prosedyren vart praksis i Norge, utan at det vart lovfesta. Det var ikkje før i 2016 det vart vedteke ei lov om juridisk kjønn som spesifikt let personar endre juridisk kjønn.

Kvifor har ein i Sverige sett behovet for og så innført lov om kjønnsbestemming og let personar endre juridisk kjønn etter sterilisering, ved kjønnskifte? Det er eit spørsmål som er vanskeleg å svare på utan å også gjere større undersøkingar av den svenske politikken på feltet. Men om ein ser på korleis dei norske forholda var prega av ad-hoc løysingar og stadige spørsmål mellom departement om dei juridiske sidene ved kjønnskifte, slik som endring av namn og personnummer, kan ein forstå at ei prinsipiell løysing ved lov var pragmatisk og effektiv. I Noreg vart situasjonen heller at praksisen i forvaltninga bygde på den svenske, og heldt fram med å vere ein ad-hoc praksis, fram til lov om endring av juridisk kjønn tredde i kraft 1. juli 2016.

³³¹ Utredning om transseksualitet av Oslo Helseråd desember 1979:11. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³³² Malterud. referat frå møtet 05.12.1979 i Oslo Helseråd. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

Jan Wålinder var den svenske legen som på slutten av 1970-talet hadde mest erfaring med behandling av transseksuelle. I 1967 publiserte han ei studie av 43 svenske tilfelle, men han hadde også gått gjennom litteratur på 207 internasjonale tilfelle. Det var ei overvekt av menn blant desse, og Wålinder var usikker på kor representative desse personane var for transseksualisme som fenomen. Det han kunne dokumentere var at desse 43 var representative for transseksuelle som søkte medisinsk hjelp.³³³ Dei internasjonale tilfella for analysen, var frå Harry Benjamin sine publikasjonar frå 1964 og 1966 samt ein publikasjon av Roth og Ball frå 1964.

Undersøkinga til Wålinder freista også å finne prevalensen av transseksuelle i Sverige, og søkte etter tilfeller gjennom å sende brev til alle Sverige sine psykiatrar. Ut frå svara frå 474 medlemmer i det svenske psykiatriforbundet rekna Wålinder ut at prevalensen for transseksualisme i Sverige var 1 av 37.000 menn og 1 av 103.000 kvinner.³³⁴

I studia dokumenterte også Wålinder ei rekke aspekt ved pasientane som inkluderte kortid dei vart medvitne eigen kjønnsidentitet og transseksualisme, fysiske trekk og kroppsmål, deira transseksuelle trekk, psykisk sjukdom, sosial tilpassing, seksualdrift og legning, personlegdom, IQ, kor maskuline eller feminine dei var, samt ei rekkje fysiske testar som EEG, hormon og kjønnskromosom. I tillegg vart det kartlagt forhold i mors liv og under fødsel, familiehistorie, nevrosar i barndommen, sjukdom hjå foreldre og sysken, alder på foreldre og rekkjefølgje i eventuell søskenflokk. I det heile vart dei 43 pasientane gjennom intervju og testar, utsett for eit grundig undersøkingsopplegg.

Behandlinga som vart utført varierte frå person til person, nokon fekk hormon og namneendring, medan andre også fekk operativ behandling. «All patients were given supportive psychotherapy in order to help them cope with their problems, and various measures were taken to provide a better social adjustment.»³³⁵ Wålinder sine konklusjonar vart oppsummert i 8 punkt, der han mellom anna kunne slå fast “Transsexualism is a separate disease entity, at least in the great majority of cases” og at dette var er ein tilstand, som var meir vanleg enn tidlegare trudd. Dei tre kjenneteikna for transseksualisme kunne beskrivast som 1) ei sterk overtyding om å høyre til det andre kjønnet, 2) avsky ved eigne seksualorgan og 3) ei overveldande trong til å skifte kjønn.³³⁶ Wålinder kunne også slå fast at dei fleste var

³³³ Wålinder. 1967:73.

³³⁴ Wålinder. 1967:30-31.

³³⁵ Wålinder. 1967:72.

³³⁶ Wålinder. 1967:87-88.

seksuelt tiltrekt av personar med same biologisk kjønn som dei sjølv og mange hadde ein «psychoinfantile personality»³³⁷

Reglar for behandling av transseksuelle

I arkivmaterialet etter kontor for psykiatri om transseksualisme er det ikkje mogleg å finne dokumentasjon på vedtak om å sette på plass eit formalisert behandlingstilbod, slik det hadde blitt utgreia om. Av eit handskrive notat, truleg av Steinfeldt- Foss datert 20.02.1980 kjem det fram at det skal opprettast eit fagteam som skal vurdere alle tilfelle som ynskja kjønnskiftet. Legar skulle berre sette i gong hormonbehandling etter avtale med fagteamet. Operasjonar skulle skje på Rikshospitalet, slik at ein sikra lik behandling for alle. «Også viktig for pas. at personalet har hørt om transsex. før, elles kan de være nokså negative.»³³⁸ Av psykiatrisk behandling kunne dette gjerast av psykiater der pasienten bur, eller ved fagteamet. Personar som ikkje fekk kjønnskifteoperasjon skulle også få psykiatrisk oppfølging. Formalia, slik som namn og personnummer, skulle endrast i takt med behandlinga, og meldast til justisdepartementet når fagteamet hadde lagt ved anbefaling.³³⁹

Det seinaste dokumentet angående behandlingstilbodet som finnst i transseksualisme mappa til Kontor for psykiatri retta seg til Berthold Grunfeldt. «Vi vil be om Deres vurdering av om den nåværende situasjon i behandlingen av denne pasientgruppe krever spesifikke tiltak frå Helsedirektortets side.» Dokumentet er truleg eit brev, og er signert med initialar eg ikkje har klart å identifisere eigaren til. I brevet vart det referert til ein telefonsamtale mellom Grunfeldt og forfattaren av brevet 21. januar 1982. Som nemnt kan eg ikkje dokumentere eit vedtak eller andre skriv som seier at her vart fagteamet formalisert. Men ut ifrå det ein veit om tilbodet som står i dag, har nok anbefalingane som kom fram i møta i Oslo Helseråd langt på veg blitt fulgt.

Oppsummering

I det førre kapittelet har vi sett korleis tolking av straffelova endra seg og gjorde det mogleg å byrje med operativ behandling av transseksuelle. Utover 1960-talet og 1970-talet var det i hovudsak Anchersen og Vogt som vurderte og diagnostiserte pasientar og saman

³³⁷ Psykoinfertil personlegheitsforstyrrelse, sjå F60.4 i ICD-10.

³³⁸ Steinfeldt- Foss. Notat. 20.02.1980. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

³³⁹ Steinfeldt- Foss. Notat. 20.02.1980. RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.

med endokrinolog Haugen og kirurg Borchgrevink vart det utført kirurgi ved Rikshospitalet. Etter at Oslo Helseråd oppretta ei rådgjevingsteneste for homofile i Oslo, opplevde dei å få førespurnader frå personar som søkte kjønnskifte. På dette tidspunktet hadde ikkje helserådet ein stad å vise desse pasientane til, noko dei ynskja å gjere ettersom dei sjølv meinte dei ikkje satt på riktig kompetanse til dette. Dette var eit uformelt samarbeid, som i fylgje deltakarane sjølv fungerte utmerka. Men det viste seg også at andre legar vurderte pasientar og byrja hormonbehandling utanfor dette samarbeidet. Dette var særleg Anchersen skeptisk til, og han endra etter kvart standpunkt, og gjekk også inn for å formalisere behandlingssopplegget.

Det låg to hovudargument bak å formalisere og sentralisere behandlinga, det eine handla om at dei administrative og juridiske sidene ved behandlinga lettare skulle la seg handsame. Ein hadde til då operert med ad-hoc løysingar der innvilging av nytt namn, kjønnsstatus og endring av personnummer hadde blitt handsama ei og ei sak av gongen, og utan prinsipielle retningslinjer. Dette førte til at behandlinga vart noko tilfeldig. Det andre hovudargumentet handla om kven som skulle behandle, og kva kompetanse desse hadde og hadde moglegheiter for å tileigne seg. Å samle ekspertisen på ein stad ville gje pasientane tilgong til dei beste behandlarane, og gje desse moglegheit til å dele og skape erfaring saman. Men ikkje minst ville eit samla fagteam med kompetanse og erfaring kunne dele av dette, og gje opplæring til fleire behandlarar slik at tilbodet ikkje forsvann då ekspertisen kom til å gå av med pensjon.

Behovet for å gjere dette, synest også å ligge i at fleire som arbeidde med transseksuelle vurderte psykiatrien som dårleg skikka til å ta seg av transseksuelle pasientar. Kunnskap om diagnosen og andre former for kjønnsidentitetsproblematikk, var på eit slikt nivå at dei såg behovet for ei nasjonal spesialistteneste for dette. Men til trass for utgreiingar og anbefalingar kom det ingen juridiske bestemningar kring kjønnskifte og endring av namn og personnummer. Av arkivmaterialet er det ikkje mogleg å datofeste når det nasjonale tilbodet for behandling av transseksualisme vart til. Men det ein veit er at arbeidet heldt fram utan særleg grad av formalisering. Den praksisen som vart gjeldande, at ein måtte ha gjennomført sterilisering for å få nytt personnummer og såleis endre juridisk kjønn, vart ein forvaltningspraksis som stod fram til juli 2016. Då var denne forvaltningspraksisen erstatta av *Lov om endring av juridisk kjønn*. Behandlingstilbodet ved Rikshospitalet eksisterer framleis og mottek tilvisingar frå fastlegar og psykiatrar over heile landet. Det blir gjennomført nokre titals operasjonar kvart år som siste ledd av behandlinga av transseksualisme.

6 Avslutning og konklusjon

Oppgåva har freista å svare på korleis norske legar og Helsedirektoratet har tenkt om og behandla genuin transvestisme og transseksualisme mellom 1952 og 1982. I kapittel to har eg gjort eit kort tilbakeblikk til det tidlege 1900-talet. Den nye moderne verda med sin legevitskap og ei byrjande sexologisk vitskap la grunnlag for å tenkje om kjønn om på nye måtar. Der kjønn og biologi tidlegare vart sett på som to sider av same sak, og avhengige av kvarandre, kom det nye tankar om mellomledd og kjønnsvariasjon som variablar over spekter, meire enn to distinkte kategoriar. Og med dette byrja medisinske forsøk på kjønn, forståing av kjønnskarakteristika og på endringar av desse. I fyrste halvdel av 1900-talet fekk ein ny kunnskap om genetik og hormon, som vart brukt i forkinga på kjønnsendring. .

Ein person som fylgde med på dei vitskaplege nyvinningane i si samtid var Christine Jørgensen, som oppsøkte Christian Hamburger i København, i håp om å få hjelp til å skifte kjønn. Hamburger såg moglegheita gjennom Jørgensen til for fyrste gong å systematisk studere korleis store dosar av kvinnelege kjønnsormon hadde effekt i ein mannekropp. Og resultatet av studien var nye endokrinologiske funn, men også ei sterk feminisering av kroppen. Til slutt fekk Jørgensen operasjonar av genitalia, slik at testiklane vart fjerna og ein gav ytre organ som likna ei kvinne. Av uvisse årsaker vart private brev frå Jørgensen til familien om kjønnskiftet i København lekka til ei avis, og då Jørgensen vendte tilbake til New York pryda ho avisoverskrifter over heile verda.

Jørgensen var ein sensasjon, og mediemerksemda kring henne var enorm. Også i Norge fekk Jørgensen merksemd og lenge etter dei fyrste sakene var Christine Jørgensen brukt som synonym for kjønnskifte i dagspressa. Også Norsk Dameblad fylgde opp kring Jørgensen publisiteten, og trykte anonymiserte brev frå norske transvestitte menn som kledde seg i kvinneklede. Desse breva genererte fleire brev og over fleire årgangar trykte bladet personlege forteljingar og oppmoda til å ta kontakt med lege om ein leid av transvestisme.

Jørgensen fekk også merksemd blant legar i Norge, for med publisiteten kring kjønnskiftet sitt byrja også nordmenn til å ta kontakt med legestanden i håp om å få liknande behandling. Dei fyrste månadane etter at Jørgensen kom i avisa, tok behandlarane hennar i København i mot om lag 2000 brev, av dei var kring 50 frå nordmenn. Dette fekk norske legar til å ville utgreie om kva ein kunne gjere med pasientane. Problemstillinga var ny, erfaringsgrunnlaget svært lite og ein sat i 1956 med tre pasientar som tydeleg kunne ha hjelp av liknande behandling som Jørgensen. Helsedirektøren sette ned eit sakkyndig utval for å

utgreie spørsmål om operativ behandling av transvestisme. Utvalet bestod av formann Per Anchersen, Johan Bremer, Gabriel Langfeldt og Nils Kinnerød.

Den fyrste utgreiinga frå 1956 brukte omgrepet genuin transvestisme om ein ibuande trong til å ynskje å skifte kjønn, ikkje berre kle seg som det motsette kjønn. Det var klart at dette var ein tilstand åtskilt frå homofili, og at den manifesterte seg allereie i barndommen. Genuin transvestisme skilte seg frå transvestisme, som handla om å kle seg som motsett kjønn, ved at det dreia seg om ei trong til å endre sitt kjønn. Det var sentralt i forståinga av genuine transvestittar at dei ikkje kunne hjelpast ved psykoterapi åleine. Legane sette opp strenge indikasjonsgrunnlag og fleirtalet av utgreiarane meinte at ein burde tillate operativ behandling. Men mindretalet, som bestod av Johan Bremer var ikkje einig. Bremer såg genuin transvestisme som eit problem ein ikkje hadde belegg for å hevde at gjorde pasienten tilfreds og lukkeleg gjennom kirurgi. I tillegg peika han på at ei eventuell behandling førte med seg ei rekkje juridiske komplikasjonar, som ikkje hadde blitt utgreia. Helsedirektør Karl Evang såg seg einig med Bremer, og ville utgreie spørsmåla vidare juridisk, før ein tok standpunkt til eller sat i gong operasjonar.

Som vi har sett i kapittel fire var det vanskeleg for Helsedirektoratet å avgjere korleis ein skulle løyse dei juridiske sidene ved kjønnskifte, slik som endring av namn og personnummer. Spørsmåla vart gong på gong skyve fram, med grunngevingar som at dei ikkje visste nok om tilstanden som låg til grunn, eller at dei venta på juridiske avklaringar frå Justisdepartementet. Men direktoratet kom også fram til at vurdering om kjønnskifte var i stor grad opp til dei behandlande legane å ta, og også ta ansvar for. Det vart vurdert frå styresmaktene at inngrep som kastrasjon og penisamputasjon, lovleg kunne gjennomførast om det kunne leggjast ei medisinsk årsak til grunn. Og den medisinske sida ved saka var det opp til legane å vurdere. Såleis ser ein at behandlarane fekk stor grad av autonomi til å gjennomføre den behandlinga dei vurderte som riktig. Men om kjønnsstatus og namnebyte var det ikkje opp til legane å avgjere, det låg på styresmaktene. Og som vi har sett av kjeldematerialet, tok det sær lang tid å fatte avgjersler om dette. Dette var grunna i at det behandlingssopplegget som fant stad mellom legane Anchersen og Vogt, endorkinolog Harry N. Haugen og kirurg Borchgrevink, ikkje var formalisert. Det betydde at behandlinga ikkje innebar endring av kjønnsstatus og namn, men det hadde blitt ordna eller retta opp hjå Statistisk sentralbyrå etter løyve frå Kyrkje- og undervisningsdepartementet. Og løysinga for slike juridiske endringar var ikkje universell. Etter tilrådingar frå medisinsk hald og helsedirektør Torbjørn Mork, vart det innvilga endring av kjønnsstatus og namn om det låg

attest frå lege til grunn om at eit fullstendig kjønnskifte hadde funne stad. Med dette sikta ein til at pasienten også hadde gjennomgått sterilisering eller kastrasjon.

Med grunnlag i eit aukande tal pasientar, manglande informasjon om kvar ein skulle vise desse pasientane til og låg kompetanse på kjønnskifte, byrja Oslo Helseråd si rådgjevingsteneste for homofile å engasjere seg. Med dette produserte Rådgjevingstenesta utgreiingar om transseksualisme, og ved å sette dette opp mot utgreinga av 1956, har det tredd fram nokre vesentlege skilnader. Blant anna ligg dei ulike forståingar av korleis kjønn og kjønnsidentitet blir konstituert hjå ein person. Og idear om kjønnsestetikk som prega indikasjonsgrunnlaget i 1956, er ikkje å finne i 1979. Der var kroppsbygginga til pasienten omtalt i forhold til kva som praktisk lot seg gjere av endringar, ikkje idear om grotesk framtoning.

Rådgjevingstenesta samla også saman legane som behandla transseksuelle og forsøkte å få med seg Helsedirektoratet i møter der dei diskuterte erfaringar og moglege løysingar for eit formalisert behandlingsopplegg. Målet var å få Helsedirektoratet til å leggje tydelegare føringar. Det skjedde ikkje som fylgje av det fyrste møtet. Men etter enno eit møte i desember 1979, hadde Helsedirektoratet utgreia retningslinjer skrive av Anchersen, og Rådgjevingstenesta hadde skrive eit eiga særskildt forslag til retningslinjer. I denne runden vart det også diskutert ikkje berre kva ein skulle gjere, men kvar det skulle skje og kven som skulle stå for behandlinga. Det var tydeleg og brei semje om at ein burde ha eit sentralt formalisert tilbod, der ein kunne vise alle som ein meinte burde utgreiast grundig for transseksualisme. Men korleis dette tilbodet skulle sjå ut var det ikkje semje om. Rådgjevingstenesta var tydeleg på at det burde vere formalisert og plassert i ein større by. Helsedirektoratet derimot grunn gav sine synspunkt med ressursar og tal potensielle pasientar for at opplegget framleis burde vere uformalisert. Forslaget som vart lagt fram gjekk ut på å halde det heile i ei arbeidsgruppe som arbeidde tverrfagleg, slik som praksisen allereie var. Ein heldt også fram med forvaltningspraksis kring endring av kjønnsstatus og personnummer, nemleg at operativ sterilisering måtte vere gjennomført fyrst. Denne forvaltningspraksisen var gjeldande fram til Lov om endring av juridisk kjønn tredde i kraft 1. juli 2016.

Forteljinga om korleis transpersonar har blitt forstått og behandla i det norske helsevesenet, er ei forteljing om enkeltpersonar som tok mot til seg og presenterte den norske legestanden med nye problemstillingar. Fleire av dei var inspirert av Christine Jørgensen. Og denne delen av norsk historie er også i stor grad prega av engasjerte legar som ikkje godtok genuin transvestisme som ei psykisk problem, tok pasientane sine på alvor og argumenterte

for at operativ behandling var vegen å gå. I perioden frå 1953 fram til 1979, fekk 14 nordmenn, menn og kvinner utgreiing om og gjennomført kjønnskiftebehandling i Norge. Enkelte av desse personane måtte vente i fleire år for å få moglegheiter til å leve som det kjønnet dei ynskte. Dei juridiske sidene ved kjønnskifte tok lang tid å avklare og var ein komplisert prosess. I arbeidet med å komme fram til den praksisen som var gjeldande fram til 2016, stod legar som Anchersen og Vogt i spissen. Seinare kom Rådgjevingstenesta for homofile, oppretta i 1972, også på bana og sette diskusjonen om eit sentralisert behandlingstilbod på dagsorden. Behandlingstilbodet ved Rikshospitalet kom som fylgje av eit ynskje om å samle og auke kompetansen blant behandlarane, og å gjere det lettare for pasientar å finne vegen dit og gjennomføre alle sider ved handlinga på ein praktisk måte. Når Rådgjevingstenesta byrja å arbeide for dette tilbodet, var det med ei forståing av at talet på pasientar truleg kom til å auke ytterlegare. Dei såg samanheng mellom samfunnet sine haldningar til blant anna homofile og korleis liberalisering av haldningar til denne gruppa førte fleire og fleire fram i openheit.

Masteroppgåva har undersøkt korleis transseksualisme har blitt forstått og kva helsetilbod transpersonar i Norge har hatt tilgang til mellom 1952 og 1982. Og er den fyrste i sitt slag. I gjennomgangen av tidlegare forskning kom det fram at det for norske tilhøve, ikkje har blitt gjort eit større historisk granskingsarbeid på temaet tidlegare. Eg har med problemstillinga forsøkt å svare på korleis aktørar innan medisin og juss har tenkt om transpersonar og korleis dei har blitt behandla i ei avgrensa tidsperiode. Men det er også opent for å forske vidare på tilhøva etter 1982 og fram til i dag. Denne biten av norsk historie har blitt aktuell i laupet av prosjektet med innføringa av lov om endring av juridisk kjønn av 1. juli 2016. Og oppgåva har dokumentert bakgrunnen til den forvaltningspraksisen som var gjeldande fram til den nye lova om endring av juridisk kjønn tredde i kraft.

Abstract

The main research question for this master thesis is how was genuine transvestism and transexualism perceived and treated by Norwegian medical and legal authorities between 1952 and 1982. The thesis further explores on what grounds, medically and legally did a treatment program develop and how sex reassignment surgeries became a reality for Norwegians in the period. To understand this the research makes a starting point in early twentieth century sexuality and sex research, before moving on to how the sex change of Christine Jørgensen changed the world. The sensation of Jørgensen brought many persons to doctors' offices, in search of help for their experience of gender and body.

Norwegian health authorities took notice of Jørgensen and made inquiries into how and if a similar treatment could be provided in Norway. The leading psychiatrists performing the inquiry differed in opinion, some stating that doing nothing would be harmful to the patients while others preached a cautioned approach, due to lack of research. After interpretations of the law it was stated in the early 1960's that performing sex reassignment surgeries such as amputation of the penis, castration and removal of ovaries were legal with on medical grounds. But several years should pass before the Norwegian ministries of health and justice could agree on how to arrange changes of name and sex status. Administrative practice came about, but were never formalized until recently, when a new law on the changing of legal gender took effect on the 1st of July 2016.

The history of the medical perception of transsexualism and transvestism consist of persistent patients and their doctors, who again and again pushed authorities to make universal treatment plans, that efficiently also took care of bureaucratic procedures and secured the individual patient a life in social adjustment. But it is also a story closely linked to changes in perceptions of gender, gender roles and sex research.

Kjelder og litteratur

Arkivmateriale

RA/S-1286/D/Dc/L0611/0003.824

Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, kontoret for psykiatri H4, serie Dc, eske 611, mappe 3- 824 «Trasseksualitet» (gamal nøkkel) Klausulert (80 år)

RA/S-4736/D/L0057/ 0002.

Det sakkyndige råd i saker om seksualinngrep, sakarkiv, eske 57, mappe 2 «kjønnskifte» 1961-1969 Klausulert (80 år)

RA/S-3212/B/Ba/L0056.

Justisdepartementet, Lovavdelingen, arkivdel 1, serie Ba- kopibøker, kopibok for 1953.

Avisartiklar

Dagbladet 02.12.1952:1

Verdens Gang 17.02.1953:10.

Dagbladet 25.02.1954:2.

Verdens Gang 10.03.1953:6

Verdens Gang 22.8.1953:10

Verdens Gang 22.8.1953:10

Verdens Gang 9.3.1953

Norsk Dameblad.3.1953:7

Norsk Dameblad.5.1953:8.

Norsk Dameblad 7.1953:21.

Norsk Dameblad. 13.1955:3

Vitskaplege artiklar

- Anchersen, Per. (1956) *Problems of Transvestism*. Acta psychiatrica et neurologica Scandinavica, suppl. 106: 249-256.
- Anchersen, Per. (1961) *Mutilerende behandling av transseksualisme*. Tidsskrift for Den norske legeforening 923- 924
- Anchersen, Per. (1965) *Homoseksualitet og transseksualisme*. Tidsskrift for Den norske Legeforening 85,373- 379
- Bremer, Johan. (1961) *Mutilerende behandling av transseksualisme*. Tidsskrift for Den norske legeforening. 921- 923
- Bremer, Jon. (2003) *Johan Bremer- ein uvanleg forskar i norsk psykiatri*. Tidsskrift for Den norske legeforening. 123, 960-963. henta frå <http://tidsskriftet.no/2003/04/medisinsk-historie/johan-bremer-ein-uvanleg-forskar-i-norsk-psykiatri>
- Evang, Karl. (1956) *Sterilisering etter lov av 1. juni 1934 om adgang til sterilisering m.v.* Bilag til Tidsskrift for Den norske legeforening nr 2.
- Hamburger, Christian. Stürup, Georg og E. Dahl- Iversen, Erhling. (1953) *Transvestisme*. Nordisk Medicin 49, 844-848
- Haave, Per. (2003) *Ønskes ikke gjengitt i pressen* Tidsskrift for Den norske legeforening 123, 3157-9 henta frå <http://tidsskriftet.no/2003/11/tidligere-i-tidsskriftet/onskes-ikke-gjengitt-i-pressen>.
- Tønseth, K.A (et al.) *Kjønnskorrigernde kirurgi ved transseksualisme*. Tidsskrift for Den norske legeforening årg. 130.376- 379 henta frå <http://tidsskriftet.no/2010/02/oversiktsartikkel/kjonnskorrigerende-kirurgi-ved-transseksualisme>.
- Vogt, J. H. (1968) *Five Cases of Transsexualism in Females*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 44,1, 62-88. henta frå <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1968.tb07636.x/abstract>
- Luft, Rolf, Wålinder, Jan et al. (1977) *Transsexualism*, Läkartidningen vol. 74/nr. 44, 3857.
- Ekins, Richard og King, Dave (2010) *Pioneers of Transgendering: The Popular Sexology of David O. Cauldwell*. The international Journal of Transgenderism. 5(2) henta frå https://www.atria.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/cauldwell_01.htm

Litteratur

- Berg, Ole Spesialisering og profesjonalisering. *En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling frå 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983- Den gamle helseforvaltning.* Rapport frå helsetilsynet, 8/2009. 2009
- Danielsen, Hilde. Larsen, Eirinn. Ovesen, W, Ingeborg. (2015) *Norsk likestillingshistorie.* Fagbokforlaget. Bergen.
- Docter, Richard F. (2008) *Becoming a woman: a biography of Christine Jorgensen.* Haworth Press. New York.
- Eggen, Bernt. (1979) *Bastard! En sannferdig roman om skjønnskifte i Norge.* Aschehoug
- Haave, Per. (2000) *Sterilisering av tatere 1934-1977: en historisk undersøkelse av lov og praksis.* Norges Forskingsråd. Oslo.
- Folgerø, Tor og Hellesund, Tone. (2009) *Transseksualitet på norsk.* I Mühelisen, Wenche. Røthing, Åse (red.) *Norske seksualiteter.* (s. 99-119) Cappelen akademisk forlag. Oslo 2009.
- Meyerowitz, Joanne. (2002) *How sex changed: a history of transsexuality.* Harvard University Press
- Stryker, Susan. (2008) *Transgender history.* Seal Press. Berkley
- Hirschfeld, Magnus. (1910) *Transvestites. The Erotic Drive to CrossDress.* Oversatt frå tysk av Lombardi-Nash, Michael A. (1991) Prometheus Books. New York.
- Weininger, Otto (1903) *Sex and Character. An Investigation of Fundamental Principles.* Oversatt frå tysk av Löb, Ladislaus (2005) Indiana University Press. Bloomington.
- Jørgensen, Christine. (1967) *Christine Jorgensen (A Personal Autobiography)* Paul S. Eriksson. New York.
- Madsen, Thorvald. (1940) *Statens Serumsinstitut Institutets utvikling 1902-1940.* København. Bianco Lungos Bogtrykkeri.
- Wålinder, Jan. (1967) *Transsexualism: a study of forty-three cases.* Akademiförlaget. Göteborg.

Avhandlingar

- Sørli, Anniken. (2013) *Retten til kjønnsidentitet som menneskerettighet. Kan norsk forvaltningspraksis krav om irreversibel sterilisering ved endring av fødselsnummer forsvares?* (Masteroppgåve) Universitetet i Oslo. Oslo.

Rapport

World Professional Association for Transgender Health *Standards of Care version 7*, 2011.

Nettkjelder

<https://sml.snl.no/ICD-10> 28.08.17.

https://snl.no/Karl_Evang 27.04.17.

https://snl.no/Norsk_Dameblad 05.05.17

https://nbl.snl.no/Gabriel_Langfeldt 20.01.17.

<https://sml.snl.no/lobotomi> 12.12.16.

<https://sml.snl.no/antiandrogen> 15.03.17