

Transkjønn i Norge: En historie om standhaftige pasienter og leger mot strømmen

På 1950-tallet ble den første vellykkede kjønnsskiftebehandlingen gjennomført. Siden har det skjedd store utviklinger innenfor medisin og juss, men også i forståelsen av kjønn, mener historiker Sigrid Sandal.



Christine Jorgensen i 1954., Foto: Maurice Seymour

«Fra eks-soldat til blond skjønnhet». Slik lød overskriften på forsiden av *Daily News* 1. desember 1952. Oppslaget handlet om Christine Jørgensen, tidligere George, som hadde gjennomgått

kjønnsbekreftende behandling i København. Det var historien om den første vellykkede kjønnsskiftebehandlingen i verden, en historie som også skulle bli viktig i Norge.

– På 1950-tallet begynte man å eksperimentere med kjønns hormoner innen medisinen, samtidig som man begynte å tenke annerledes om kjønn i samfunnet, sier Sigrid Sandal.

Hun er historiker, og har nylig levert masteroppgaven *En særlig trang til å ville forandre sitt kjønn. Kjønnskiftebehandling i Norge 1952-1982* ved Universitetet i Bergen. Tidsånden i etterkrigstiden spilte en viktig rolle for utviklingen av behandlingstilbudet til transkjønnede, mener hun.

– Under krigen hadde kvinner hatt andre roller enn tidligere, og det gjorde at kjønnsrollene ble diskutert på en ny måte. På samme tid forsto medisinerne mer om hvordan hormoner fungerer i kroppen.

To adskilte kjønn

– Det var en grunnleggende forståelse av kvinner og menn som to ulike biologiske varianter, påpeker Sandal.

Den store mediesaken om Jørgensen utfordret hva som var mulig å tenke om kropp og kjønn. At hun ble den første som fikk behandling var et resultat av heldige sammentreff.

– Jørgensen traff den danske legen Christian Hamburger, som ville eksperimentere med kjønns hormoner.

Jørgensen var en villig forsøkskanin. Hver dag måtte hun besøke sykehuset for å avgi urinprøver og ta imot hormoninnsprøying. Studien ble det første medisinske beviset på hva som skjer når østrogen tilføres i mannlige kropp. Da nyhetene om resultatet av behandlingen nådde pressen, var reaksjonene positive, både internasjonalt og i Norge.

– Den tabloide pressen beskrev en total forvandling, et nesten magisk skifte fra mann til kvinne. Dette var helt nytt for allmennheten, så da legene sa de hadde endret Jørgensens kjønn, tok de det bokstavelig.

Folk trodde hun hadde fått vagina og eggstokker – og kunne få barn.

– Moderskapet var sentralt for kvinnerollen på den tiden. Samtidig hadde mange stor tiltro til legenes evner, sier Sandal.

Da avisene begynte å skrive mer om det tekniske, ble det tydelig at kjønnskiftet ikke var fullt så magisk. Jørgensen kunne for eksempel ikke få barn.

– Da snudde diskusjonen. Jørgensen var jo ikke en ekte kvinne, men en kastrert mann – en mellomting. Mange følte seg litt lurt.

Delt fagmiljø – også på 1950-tallet

De danske legene fikk tusenvis av henvendelser fra personer som ønsket lignende behandling. Rundt 50 av disse var norske. Også norske leger hadde erfaring med pasienter som opplevde at kjønnsidentitet og kropp ikke stemte overens. Da temaet kom på bordet hos daværende helsedirektør Karl Evang i 1955, ble det satt ned en ekspertgruppe av psykiatere som skulle utrede behandlingen av genuin transvestisme, som det ble kalt på den tiden.

– Gruppa hadde delte meninger, sier Sandal.

I ekspertgruppa satt de som skulle etablere seg som de fremste ekspertene på feltet de neste tjue årene. Leder av gruppa var Per Anchersen, overlege på psykiatrisk avdeling for menn ved Ullevål sykehus. Psykiater Gabriel Langfeldt, en av de mest kjente psykiaterne, var med. Et annet fremtredende medlem i gruppa, Johan Bremer, var overlege ved kvinneavdelingen på Gaustad sykehus. De var ikke enige.

– Den ene linja, som Bremer representerte, mente dette var et problem psykiatrien måtte ta hånd om.

– Den andre posisjonen mente at til tross for usikkerhet, var det nok beviser for at livskvaliteten øker med hormonell og kirurgisk behandling. Disse legene var overbeviste om at psykologien ikke kunne løse problemene pasientene deres hadde.

– *Var de sterke i sin overbevisning?*

– Alle var veldig usikre i argumentasjonen. De hadde lite erfaring, og søkte til utlandet for å lære mer. Argumentet mot behandling var nettopp at de ikke hadde godt nok erfaringsgrunnlag, at studiene som fantes var av for dårlig kvalitet.

Harry Benjamin, en tysk lege som holdt til i USA, ga ut en bok i 1966 som skulle bli viktig. Han hadde forsket systematisk for å finne årsaken som lå bak ønsket om å endre kjønn. Hans konklusjon var at det ikke var mulig å slå fast om behovet for kjønnsskifte utelukkende foregikk i hodet, eller om det har et kroppslig fundament. Siden psykoterapi ikke hadde beviselig effekt, mente han operativ og hormonell behandling var viktig og riktig.

– Det har sammenheng med hva man tenker at konstituerer kjønn, påpeker Sandal.

– Hvis du mener at biologisk kjønn også er sosialt konstruert, da faller jo den problematikken bort. Deler av transbevegelsen mener at kjønnset sitter i hodet. Men medisinen mener det er

psykosomatisk – mest fordi man ikke har en fullstendig forklaring.

Hodebry for offentlig helsevesen

I motsetning til mange andre land, hadde Norge et offentlig helsevesen som skulle håndtere denne pasientgruppen. Helsedirektør Evang ble ansett som radikal i sitt syn på både seksuell opplysning, abort og homofili. Men transvestismen var vanskelig å håndtere.

– Evang måtte godkjenne et eventuelt formelt behandlingstilbud. Først var han avventende og ville først og fremst utforske de juridiske sidene.

Etter ekspertgruppa hadde levert sin utredning, sendte Evang saken videre til Justisdepartementet. Tross alt ville et kjønnskifte involvere jussen, og endring av status i offentlige registre. Da juristene konkluderte med at dette kunne være opp til legene å avgjøre, ble det stille. Det skulle ta mange år før det ble et formelt behandlingstilbud. På Rikshospitalet begynte legene Per Anchersen og Jørgen Herman Vogt et uformelt samarbeid, hvor de utredet pasienter for transseksualisme, og ga dem hormonell og kirurgisk kjønnskiftebehandling. Kontor for psykiatri ved Helsedirektoratet fikk ansvar for å svare på legenes henvendelser.

– Det kan virke som om alle prøvde å ta minst mulig ansvar, og dytte det over på de enkelte behandlende leger. Det ble rett og slett oppfattet som et fryktelig vanskelig spørsmål.

“

Man risikerte å rokke ved samfunnsorden hvis det ble vanlig å se menn med bryster eller hårete kvinner.

Transkjønn var en problemstilling man visste lite om, både medisinsk og faglig. Men det ble ansett for å ha store konsekvenser, både for individet og for samfunnet.

– Du kan se det når de diskuterer kriterier for å få behandling. Pasientene måtte kunne «passere», altså overbevise i sitt nye kjønnsuttrykk. Det ville vært problematisk for enkeltpersoner om de ikke ble sosialt tilpasset. De var bekymret for at de ville bli latterliggjort, eller ikke få jobb, sier Sandal.

– *Så legene viste en omsorg for pasientene sine?*

– Dette var lenge før 68-generasjonen, det var et strengere kjønnsuttrykk og sosial tilpasning var mye viktigere enn i dag. Man skulle se ut som en typisk mann eller en typisk kvinne, og ha typiske yrker for sitt kjønn. De var redde for at det ville skape sosial uro, at folk kunne bli provosert – man risikerte å rokke ved samfunnsorden hvis det ble vanlig å se menn med bryster eller hårete kvinner.

– *Hva var de juridiske vurderingene på 50- og 60-tallet?*

– Juristene landet på at du måtte ha gjennomgått fullstendig kjønnskiftebehandling, altså fjerning av eggstokker eller testikler, for å få endre juridisk kjønn.

Dette innebar irreversibel sterilisering. At en kvinne-til-mann-transperson ikke skulle kunne bli mor, var viktig.

– Det lå en helt annen sprengkraft i at menn kunne bli mødre da. I innstillingen fra Bioteknologirådet for noen år siden, sa Kristin Halvorsen ja til at menn kan bli mødre. Det ble lite debatt om det, unntatt i kommentarfeltene. Men slike drastiske endringer ble sett på som noe som kunne rokke ved kjønnsrangen, og i tillegg sette behandlingstilbudet i vanry. Både legene og juristene var redde for at praksisen skulle miste legitimitet.

I 2016 ble lov om endring av juridisk kjønn innført i Norge. Da ble det slått fast at man ikke trenger å ha gjennomgått kjønnsbekreftende behandling eller sterilisering for å endre status i offentlige registre. Sandal påpeker at det frem til 2016 ikke var noen klare lover om dette.

– Å kreve irreversibel sterilisering var aldri definert i en lovtekst, det ble bare praktisert sånn. Det ble løst ad hoc, med avgjørelser fra sak til sak.

Et tilbud for dem som visste

Til tross for utredninger fra både leger og jurister, ble det ikke etablert noen offentlig instans for transpersoners problematikk på 50-tallet. De var dermed overlatt til tilfeldighetene.

– Det er trygt å anta at tilbudet var lite tilgjengelig. Man måtte vite hvem man skulle spørre, eller man var prisgitt at leger og psykiatere var fordomsfrie, og kjente til Vogt og Anchersen, som var de eneste som utredet transpersoner.

– *Mange mener kunnskapsnivået om transtematikk er for lavt i dagens helsevesen. Hvordan var det på 1950- og 1960-tallet?*

– Mange leger kjente til Christine Jørgensen-saken. Hvis de kjente igjen sine pasienter som slike saker, kunne de gå ut fra det og skrive til helsedirektoratet og søke om behandling på vegne av dem.

“

Man var prisgitt å kjenne til det uformelle samarbeidet mellom kirurger og psykologer på Rikshospitalet.

– *Hvordan var tilbudet i starten?*

– For de første pasientene som fikk behandling, tok det lang tid før de fikk endret personnummer og kjønnsstatus i offentlige registre. En som hadde klart å endre kjønnsstatus lokalt med legeattest, møtte for eksempel problemer da han ville gifte seg. Det ble oppdaget at han ikke hadde riktig kjønn i de offentlige registrene, så ekteskapet måtte oppløses.

– Det er ganske tøft å lese de brevene som ble sendt frem og tilbake. Det kan ikke ha vært gøy å leve sånn. Mange hadde heldigvis leger rundt seg som argumenterte og skrev brev for dem.

Krav om formelt tilbud

På 1970-tallet ble rådgivningstjenesten for homofile startet i Oslo. Dit kom også personer med kjønnsidentitetstematikk, men rådgivningstjenesten hadde ikke noe sted å henvise dem videre. I 1979 henvendte rådgivningstjenesten, sammen med Oslo Helseråd, seg til myndighetene med behovet for en formell instans.

– De reagerte på at opplegget som fantes, var så utilgjengelig. Man var prisgitt å kjenne til det uformelle samarbeidet mellom kirurger og psykologer på Rikshospitalet.

De så folks utfordringer og ønsket å hjelpe, men hadde ikke kompetanse. Det uformelle samarbeidet mellom Vogt og Anchersen hadde begrenset kapasitet, men fungerte utover 70-tallet.

– Da de begynte med dette på 1950- og 1960-tallet, var de overbevist om at det var ytterst få dette gjaldt. Ingen hadde sett for seg at det skulle øke. Det var spesielle tilfeller, og det var egentlig den forståelsen som gjorde det mulig å håndtere det slik de gjorde.

Det skulle vise seg at flere hadde behov for deres kompetanse. Legene ved rådgivningstjenesten for homofile tok imot flere som trengte hjelp, og ville gjøre sitt beste for dem. Mange var unge og nyutdannede, med et sosialt engasjement for homofile.

– Dette var en annen type leger enn bautaene i norsk psykiatri på 50-tallet, påpeker Sandal.

“

Den medisinske siden av transhistorien er preget av standhaftige og tøffe pasienter.

– Nå var vi på 1970-tallet. Det var en ny diskurs om kjønn, med en forståelse av et skille mellom biologisk kjønn og sosiale kjønnsroller.

Oslo Helseråd jobbet frem en ny utredning. Da Sandal sammenlignet de to utredningene, ble endringen i forståelsen av kjønn tydelig.

– De var for eksempel ikke lenger bekymret for at folk ikke skulle passe inn i sitt nye kjønn.

I utredningen skisserte legene et system med leger og psykiatere, men også en sosionom. Det var et uttrykk for at de ikke bare tenkte på kroppen, men også var interesserte i familiehistorie, sosial tilpasning og arbeidsliv. Alle sfærer av livet skulle inn i vurderingen og behandlingstilbudet. De beskrev også behovet for et helsetilbud til dem som ikke fikk rett til behandling.

– Det var tanken, selv om det ikke ble realiteten.

Det ble arrangert møter med Helsedirektoratet. Fagfolk fra Sverige ble invitert for å dele sine erfaringer.

– Helserådet var tydelige på at vi trengte et nasjonalt tilbud som leger rundt om i landet visste at de kunne henvise til. Det gjaldt å sikre høy kompetanse og god behandling. På et tidspunkt måtte noen kunne ta over for dem som drev det begrensede tilbudet på Rikshospitalet.

Klinikken blir etablert

Anchersen og Vogt oppdaget etter hvert at pasientomfanget var større enn de trodde, og at noen oppsøkte hormonbehandling hos andre enn dem. Det var først da de selv så behovet for å strømlinjeforme tilbudet til transpersoner. Det offisielle årstallet for etableringen av forløperen til det som i dag er Nasjonal Behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) er 1979. Men Sandal har funnet brevkorrespondanser fra så sent som 1982 som viser at det ennå ikke var på plass. Hun tror det ble etablert et uformelt fagteam, men kan ikke vise til et formelt vedtak.

– Det kan skyldes at man faktisk ønsket at det skulle gå litt under radaren. De var bekymret for at oppmerksomhet ville genere mange pasienter, og at de da måtte avvise mange. Det var erfaringen fra mediesirkuset rundt Jørgensen på 50-tallet. Det handlet ikke om latskap, men var en reell bekymring for at det skulle komme flere med fantasier om et annet kjønn, som man måtte skuffe.

I perioden 1960 til 1980 fikk 14 personer kjønnsbekreftende behandling i Norge. I dag er tallet langt høyere, med rundt 20 behandlinger i året ved Rikshospitalets NBTS-klinikk. Perioden mellom 1980 og etableringen av GID-klinikken i 2003, som siden ble til NBTS, er ikke dokumentert i annen forskning. Sandal mener det er nyttig å se til historien for å sette dagens situasjon i perspektiv.

– Grunnen til at man skriver historie, er ikke nødvendigvis for å vise overgrep eller skjønnmale, men for å kunne se verden fra et mer nyansert sted. Det viser at vi har et annet samfunn i dag,

hvor vi har andre forutsetninger for å forstå dette, både som enkeltpersoner, samfunn og legestand.

– De tidlige legene handlet på tvers av status quo. Den medisinske siden av transhistorien er preget av standhaftige og tøffe pasienter, og leger som turte å gå mot strømmen.

Artikkelen ble opprinnelig publisert i Kildens nyhetsmagasin 28. mai 2018, og redigert av Kilden i 2020.

KROPP OG SEKSUALITET

Av Mari Lilleslått, 2018

Last ned  | Del

Meldinger ved utskriftstidspunkt 22. oktober 2026, kl. 23.24 CEST

Det ble ikke vist noen globale meldinger eller andre viktige meldinger da dette dokumentet ble skrevet ut.