



# Hørings svar fra FRI til Rapport om behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens-/kjønnsdysfori

## Innledning

FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold synes det er beklagelig at denne arbeidsgruppa har skrevet en rapport som ikke bidrar til de nødvendige endringer i hverken behandlingstilbud eller holdninger til mennesker som opplever kjønnsinkongruens.

Til tross for at rapporten Rett til rett kjønn- Helse til alle kjønn påpeker en rekke mangler med dagens behandlingstilbud hos NBTS fremstår rapporten som et samlet forsvar til det eksisterende behandlings- og meningsmonopol ved NBTS på Rikshospitalet. Rapporten er gjennomgående problematisk i alt fra sammensetting av arbeidsgruppa, tolkning av mandatet, valg av forskning, språket som brukes og konklusjonene som trekkes.

Rapporten er lite fremtidsrettet da den presenterer utdaterte faglige referanser, ikke tar høyde for at ICD11 klassifiserer det å være kjønnsinkongruent på en helt ny måte og at hele bakgrunnen for dette arbeidet er at helsetilbudet må omlegges fordi det ikke møter fremtidens krav.

I ekspertgruppen som i 2015 publiserte rapporten Rett til rett kjønn- helse til alle kjønn utgjorde NBTS og HBRS et mindretall (2 av 18) som mente at det er viktig med et sentralisert behandlingsmonopol som benytter såkalt strenge kriterier for seleksjon av hvem som skal få helsehjelp og ikke. Alle andre var enige om at dette feltet i alt for lang tid er forsømt om at måten det eksisterende helsetilbudet forstår kjønnsinkongruens på og den hjelpen som tilbys ikke holder mål. I denne gruppen har dette mindretallet ugjort majoriteten. Gruppen har lite representasjon av annen helsekompetanse enn den NBTS sitter, og har i liten grad hatt representanter fra de pasientene som i dag ikke mottar helsehjelp av NBTS.

I det følgende vil vi presentere våre hovedanbefalinger, deretter følger våre svar på spørsmålene i høringsbrevet om hvordan helsetilbudet bør organiseres og hvem som skal ha rett på helsehjelp. Avslutningsvis kommer mer detaljerte anbefalinger med begrunnelse.

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning</b>	<b>1</b>
<b>Våre anbefalinger</b>	<b>2</b>
<i>Organisering og oppgavefordeling når det gjelder behandlingstilbudet i kommuner, regionalt og nasjonalt</i>	2
<i>Kriterier som skal utløse mulighet for hormonell og kirurgisk behandling</i>	4
<b>Ytterligere anbefalinger</b>	<b>6</b>

## Våre anbefalinger

Vi vil her presentere våre hovedanbefalinger og besvare de spørsmålene som er stilt i høringsbrevet. Vi vil også utdype de anbefalingene vi kommer med.

- Flere enn i dag må få tilbud om kjønnsbekreftende behandling
- Utredningen må være rask, effektiv og til nytte for pasientene
- Behandlingstilbudet må desentraliseres
- Behandlingen må være tilpasset den enkeltes behov og ønsker
- Det må bygges opp et transpositivt og robust fagmiljø
- Det må utformes nasjonale faglige retningslinjer basert på ICD11 og den nyeste forskningen på feltet

## Organisering og oppgavefordeling når det gjelder behandlingstilbudet i kommuner, regionalt og nasjonalt

Det viktigste for å sikre et godt og helhetlig behandlingstilbud til mennesker som opplever kjønnsinkongruens er desentralisering av tilbudet, utvidelse av fagmiljøet, kompetanseheving, implementering av ny diagnose, raskere tilgang og brukermedvirkning.

En del kjønnsbekreftende behandling kan gis på mye lavere nivå enn i dag. Pubertetsblokkere og hormoner er helt eller delvis reversible behandlingsmetoder, med få alvorlige bivirkninger og de er enkle å overvåke medisinsk sett.

Brystkirurgi er ikke reversibelt, men det er heller ingen dramatisk inngripen i kroppens funksjoner. Brystkirurgi (implantater og fjerning) er teknisk sett ikke komplisert kirurgi, men det krever noe trening og et visst volum for at resultatene skal bli optimale.

Råd, støtte og veiledning for mennesker som opplever kjønnsdysfori kan gis i alle deler av helsevesenet inkludert alt fra helsestasjoner, skolehelsetjeneste, fastlege, psykologer i BUP og på DPS og i spesialisthelsetjenesten. Familievernkontor og barnevernstjenesten kan også bistå her. Det som trengs for å kunne utføre denne oppgaven er at man har transpositive holdninger og relevant erfaring eller utdanning innen sexologi.

I dag finnes det helsestasjoner, fastleger og psykologer som har lang erfaring og mye kunnskap på dette fagfeltet. Disse burde organiseres i et formelt nettverk. De bør kunne gi pubertetsblokkere, hormonbehandling og kunne henvise videre til kirurgi.

Det er også viktig å sikre kompetanse hos DPS og BUP slik at mennesker med psykiatriske lidelser får den hjelpen de har krav på uten at deres kjønnsidentitet blir unødvendig tematisert. I dag er det dessverre mange som opplever at deres psykiske lidelser blir oversett fordi deres kjønnsidentitet oppleves som fremmed for behandleren. Vi ser også at mange behandlere har liten forståelse for minoritetstress og de plager som følger med kjønnsdysfori. Har man f.eks. sosial angst og depresjon som følger av kjønnsdysfori kan ikke disse problemer løses før man får tilgang til kjønnsbekreftende behandling.

Det bør nedsettes et tverrfaglig team i hver helseregion. Disse teamene må ta i mot henvisninger fra alle deler av helsesektoren i tillegg til å ta i mot pasienter som selv tar kontakt. Dette vil gjøre kjønnsbekreftende behandling langt mer tilgjengelig for pasientene. Disse teamene må ha sexologisk kompetanse, mulighet til å skrive ut og overvåke hormonbehandling og mulighet til å henvise til kirurgi. Teamene må også samarbeide tett med brukerorganisasjoner.

Nasjonalt må det finnes ett sted man får utført genitalkirurgi og feminiserende ansiktskirurgi. Dette må fungere som et sted der de regionale teamene henviser pasienter til og der behandling gis med mindre det er klare somatiske årsaker til at dette ikke er medisinsk forsvarlig. Det skal altså ikke være kirurgens ansvar å «evaluere» pasientens behov, men de må gi god og adekvat informasjon om fordeler og ulemper ved kirurgi slik at pasienten kan fatte et informert valg.

En slik nasjonal enhet burde også ha et overordnet ansvar for koordinering av tilbudene, sørge for nyvurdering av pasienter som ikke er fornøyd med vurderingen

fortatt i regionene, tilbud til de som reagerer uvanlig på hormoner eller som har uheldige bivirninger som ikke kan løses i helseregionene.

Vi anser det som meget viktig at mennesker som skal jobbe med dette feltet ikke er blant de behandlerne som pasientene i dag er misfornøyde med. Den manglende tillitten og redselen mange føler imøte med NBTS kan best håndteres ved å ansette nye folk i alle regionene, sørge for at NBTS ikke driver opplæringen og at det tydelig kommuniseres til pasienten at vi nå er inne i en ny æra. Det spiller ingen rolle hvordan vi organiserer dette helsetilbudet dersom helsepersonellet møter pasientene med skepsis, feilkjønnning, mistro, press på å snakke om seksuelle preferanser, press om å utføre gitte typer behandling, press om å presentere på en kjønnsnormativ måte, en grunnleggende ide om at trans er psykopatologi eller om det har en ide om at pasienten oppgave er å overbevise behandleren om hvem de er.

All behandling må gjøres i tråd med ICD 11, SOC7 og de nasjonale faglige retningslinjene når de kommer på plass. Det forutsetter at disse retningslinjene er basert på en transpositiv, inkluderende og kunnskapsbasert tilnærming. Det må også forskes på hvordan kjønnsbekreftende behandlings fungere for pasientene. Forskingen bør gjøres av andre enn de som foretar utredningen. Vi anbefaler også at alle mennesker som har vært innom NBTS tilbys å delta i et forskningsprosjekt for å finne ut hvordan det går med pasienter som har blitt nektet helsehjelp og de som har fått helsehjelp. Hvordan opplevde de å bli møtt, hvordan har de det uten behandling, hvordan har de det med behandling og hva kunne vært gjort bedre. Dette er kunnskap vi må innhente for å kunne gi et godt tilbud til denne gruppen i fremtiden.

Vi anbefaler også at brukerorganisasjonene blir tatt med hele veien og at helsepersonell bruker oss aktivt slik at pasientene får tilgang til nettverk og trygge møteplasser. Det har stor verdi for denne gruppen å omgås andre i lignende eller samme situasjon.

### Kriterier som skal utløse mulighet for hormonell og kirurgisk behandling

I følge Standards Of Care utgave 7 som blir utgitt av WPATH, Word Professional Association for Transgender Health, skal alle mennesker som opplever kjønnsdysfori tilbys hjelp med å håndtere dette. For noen er samtaler, støttende omgivelser og

veiledning nok til at de klarer å håndtere sin kjønnsdysfori. For andre er medisinske intervensjoner helt nødvendig for god helse.

Det finnes ingen god og objektiv måte å finne ut av hvem som vil ha godt utbytte av kjønnsbekreftende behandling. Men vi vet at svært mange mennesker som opplever kjønnsdysfori og som ønsker kjønnsbekreftende behandling får det bedre etter å ha mottatt behandling. Spesielt gjelder dette de som har fått tilgang på den behandling de har ønsket seg uten lange og utmattende og ofte helseskadelige «utredningsprosesser».

SOC7 anbefaler bruk av hormoner som en del av utgreiningen der mennesker får kjenne etter om de kroppslige og sosiale endringene som følger av hormoner føles riktige for dem. Noen pasienter er usikre og kan dere trenge litt tid og god informasjon før de finner ut hva som er rett for dem. Andre pasienter har levd i sin ønskede kjønnsrolle lenge, har godt kunnskap om behandlingsoalternativer og er sikre på hva de trenger.

Mulighet til å ta informerte valg vedrørende egen behandling gir folk aktørskap, medbestemmelse og autonomi. I et rom der helsepersonell ikke nekter flertallet behandling kan pasienten være ærlige om tvil og ambivalens. Da skapes et trygt rom der helsepersonell og pasient sammen vil finne den behandlingen som fungerer best. Noen mennesker kan ha behov for ekstra veiledning når det kommer til medisinsk behandling. Dette gjelder blant andre ungdommer, mennesker med autismespekter diagnoser, folk med nedsatte kognitive evner, psykisks utviklingshemmede osv. Det er ikke noe i veien for å gi disse menneskene helsehjelp, men informasjonen må gis på en tilgjengelig måte og man å være sikre på at pasienten har den informasjonen hen trenger for å ta et informert valg.

Diagnosen som i ICD11 utløser rett til kjønnsbekreftende behandling lyder foreløpig som følger:

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

Denne beskrivelsen av diagnosen er i tråd med den faglige utviklingen vi ser på feltet. Her legges det vekt på den enkeltes subjektive opplevelse av kjønn og deres behov og ønsker når det kommer til kjønnsbekreftende behandling. Mennesker som opplever å være et annet kjønn enn det de ble tildelt ved fødsel og som ønsker å endre kroppen sin skal få tilgang til den behandlingen som gjør at de får en kropp som de kan leve godt med.

Det er viktig at de som skal sette denne diagnosen og bestemme hvilken behandling en pasient skal få har en god forståelse av kjønns mangfold, den nye diagnosen, behandlingsoalternativer og minoritetsstress. Behandlerne på dette feltet må vite at det å ikke gi helsehjelp kan ha like store konsekvenser for menneskers liv som det å gi feil eller for mye behandling. Det er også viktig at man forstår at helsepersonell ikke bestemmer hvilket kjønn folk er og at det ikke er noe alternativ for pasientene å leve som sitt tildelte kjønn. Om ciskjønna personer kan vite hvem de er kan også transkjønna personer vite dette. Vi må så langt det er mulig likebehandle ciskjønna mennesker og transkjønna mennesker.

Det er viktig at pasientene ikke opplever utredningen som en test de må bestå, men som helsebringende samtaler der de får den hjelpen de trenger og den selvtilliten og tryggheten som skal til for å leve et godt liv i en verden som ofte har negative ideer om transpersoner.

## Ytterligere anbefalinger

### **Flere enn i dag på få tilbud om behandling og oppfølging i tilknytning til ubehag og plager ved kjønnsinkongruens.**

Vi mener det er meget viktig at alle mennesker som opplever ubehag og plager som følger av kjønnsinkongruens skal møte helsepersonell som har en grunnleggende positiv holdning til transpersoner og kjønns mangfold og som kan støtte, rådgive og gi somatisk behandling til de som har behov for dette.

### **De regionale helseforetakene må sikre at de innehar nødvendig kompetanse til å kunne gi forsvarlig helsehjelp ved kjønnsdysfori.**

De fleste mennesker som opplever kjønnsdysfori kan hjelpes på et mye lavere nivå enn i dag. Det er også viktig at folk raskt kommer i kontakt med helsepersonell som er kompetente, transpositive og som dermed kan støtte i en, for mange, vanskelig livssituasjon. NBTS sin manglende faglige kompetanse, manglende tillit i pasientgruppa og den manglende viljen til å hjelpe alle mennesker som opplever

kjønnsdysfori må resultere i at opplæring og skolering av helsepersonell i regionene kommer fra annet helsepersonell enn de som jobber ved NBTS.

### **Barn og unge**

Barn, pre-pubertale ungdommer og deres familier og nettverk (skole, barnehage osv.) må få tilbud om råd, veiledning og støtte slik at de kan skape trygge og gode omgivelser rundt barn som bryter med samfunnet normer for kjønn.

Barn og ungdommer må få positiv støtte og plass til å utforske kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

For ungdommer på vei inn i puberteten må pubertetsutsettende behandling igangsettes om ungdommen ikke ønsker å starte puberteten, er usikker når det kommer til ønsker om fremtidig kjønnsbekreftende behandling eller om ungdommen er sikker på de ønsker kjønnsbekreftende behandling. Ungdommer må gis informasjon om hvordan pubertetsutsettende behandling påvirker fertilitet og muligheter for fremtidig genitalkirurgi.

Det bør ikke være en nedre aldersgrense for cross-sex hormoner da ungdommer som har gått på blokkere lenge kan få uheldig bivirkninger om de ikke får starte på cross-sex hormoner før fylte 16. Det har også uheldig konsekvenser for ungdommer å ikke gjennomgå pubertet på noenlunde samme tid som sine venner.

### **Fertilitet**

Alle som skal starte hormonbehandling må få tilbud om å fryse ned sædceller eller eggceller/eggstokkvev. I Norge er det bare trans kvinner/trans feminine som behandles ved NBTS som får tilbud om langtidslagring av sæd. Før fikk også trans kvinner som begynte på østrogen og testosteronblokkere andre steder enn ved NBTS dette tilbudet, men NBTS har satt foten ned for dette. Nå må man altså få behandlingen sin via NBTS for å kunne fryse ned sædceller. Dette er nok et eksempel på pressmidler NBTS bruker for å beholde sitt monopol, pressmidler som rammer pasientene meget hardt.

Transmenn/transmaskuline har aldri fått tilbud om å fryse ned egg i Norge. NBTS har i flere år argumenter med at de ikke kan bære frem sine egen barn og at det å la en annen person bære frem disse eggene ville vært surrogati som er ulovlig i Norge. For det første kan disse menneskene helt fin bære frem sine egne egg om de har livmor, så her driver NBTS aktiv feilinformasjon. Det burde også falle innenfor NBTS sitt mandat å si ifra til myndighetene om at den surrogatilovgivningen vi har i Norge

hindrer ciskvinner som er gift med transmenn fra å bære frem barna til sin ektefelle. Det er ikke slike tilfeller denne loven er ment å regulere og det slår unødvendig hardt ut på den transkjønna befolkningen. Det må være en naturlig del av helsepersonell sitt arbeid å bevisstgjøre helsemyndigheten om hvilke konsekvenser en gitt politikk har for enkelte pasientgrupper.

### **Betydelig desentralisering**

Det er behov for en betydelig desentralisering av helsetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori. Desentralisering er nødvendig for å kunne sikre at folk får rask hjelp og at de møter kompetent helsepersonell tidlig slik at folk ikke får negative erfaringer eller "faller ut" av systemet på grunn av lite kunnskap og negative holdninger i 1. og 2. linjetjenesten.

Norsk helsevesen er bygd opp rundt en desentralisert modell der LEON-prinsippet i all hovedregel skal følges. NBTS hevdet at man trenger høyspesialisert kompetanse for å ivareta denne gruppe og de hevder at de innehar denne høyspesialiserte kompetanse. Begge dele er feilaktige påstander.

Støtte, veiledning, råd, hormonell behandling og toppkirurgi kan tilbys i alle helseregionene. Dette forutsetter etablering av kjønnskompetanseteam som får en grunnleggende opplæring fra kompetent helsepersonell utenfor NBTS. Karolinska i Sverige har sagt ja til å la norske helsearbeidere hospitere der som en del av sin opplæring.

Genitalkirurgi er komplisert kirurgi, etterspørselen etter slike inngrep er foreløpig relativt lav. Derfor vil det være hensiktsmessig med en sentralisering av dette tilbudet slik at kirurgene får den mengdetreningen som skal til for å holde høyt faglig nivå. Et sentralisert kirurgisk tilbud skal ikke inkludere lange utredninger der målet er å si ut flest mulig. Mennesker som ønsker genitalkirurgi må få god informasjon om metoder, resultater, fare for komplikasjoner og hvilke forventinger de kan ha til utseende, funksjon osv. Basert på denne informasjonen kan den enkelte ta et informert valg i samråd med kirurgen som skal utføre kirurgien.

Det er mange med kjønnsdysfori som får sine plager tilstrekkelig redusert ved hormonell behandling og/eller top-kirurgi eller feminiserende ansiktskirurgi. De som også har behov for genital kirurgi skal få dette. Det er naturlig å legge opp til et løp der annen behandling tilbys før man får tilbud om genitalkirurgi, uten at annen behandling



må være et krav for å få genitalkirurgi eller at det tar alt for lang tid å få tilgang til genitalkirurgi for de som trenger det.

Det må også finnes et team som kan ta imot og behandle mennesker som responderer negativ eller uvanlig på hormonell behandling. Hormon behandling er ansett som medisinsk ukomplisert, men i enkelte tilfeller kan kroppene respondere uvanlig eller negativt på behandlingen. Da må disse kunne henvises videre til spesialister i endokrinologi.

Vi står nå i en prekær situasjon der pasienter og pårørende med god grunn har liten tiltro til NBTS. Mange opplever at de blir mistenkeliggjort, feilkjønnnet, feilinformert og diskriminert. Svært mange får ikke den hjelpen de har krav på og flere opplever seg presset til å foreta behandling de ikke ønsker. Det legges tydeligere føringer på hvilke forklaringsmodeller som gis forrang fremfor andre. Tilliten i pasientgruppen er tynslitt og det råder en tilstand av kaos, forvirring og redsel. Dette vil ikke løse seg uten at NBS sitt monopol avvikles og at helsemyndigheten lager et enkelt og transparent behandlingstilbud der pasientene vet hvilke rettigheter de har og hvordan de skal klage om de føler seg dårlig møtt.

### **Individuelt tilpasset behandling**

I dag har vi et system der det er vanskelig å få tilgang til kjønnsbekreftende behandling og kjønnsbekreftende hjelpemidler. Tilbudet er i liten grad tilpasset den enkeltes behov, noe som har resultert i en kraftig underbehandling av gruppa som helhet og overbehandling av enkeltindivider. Det er også en del kjønnsbekreftende tiltak vi ikke tilbyr.

Et bredere tilbud av tiltak basert på den enkeltes brukers behov må til.

I dag er det utsettelse av puberteten, hårfjerning, stemmetrening, hormonell behandling, top-kirurgi, genitalkirurgisom og noen typer hjelpemidler tilbys som kjønnsbekreftende behandling. Vi anbefaler at tilgangen til disse tiltakene sikres og at spesielt tilgang til hjelpemidler og hårfjerning forenkles betraktelig. Som Ekspertgruppen påpekte i sin rapport: det er merkelig å skulle gå via 1. linje, så 2. linje og opp til en nasjonal landsfunksjon om det du har behov for er en parykk og et par brystproteser.

Hjelpemidler som må tilbys til mennesker som opplever kjønnsdysfori er (med mulighet for utvidelse om nye behov skulle melde seg eller man utvikler nye produkter)

Parykker, brystproteser, undertøy for å skjule penis, penis proteser (både erigerte og uerigerte) og vest for å skjule bryster

I tillegg burde tilbudet om kirurgi utvides. De færreste mennesker med kjønnsdysfori vil ha behov for mye kirurgi, men for en del er det tilbudet som finnes i dag ikke tilstrekkelig til å sikre god livskvalitet. Vi anbefaler at også de som har behov for det får tilbud om feminiserende/maskuliniserende ansiktskirurgi, reduksjon av adamseple og fettsuging av hofter/rumpe/lår

#### Kompetanseheving

Det må lages en plan for å sikre kompetanseheving i alle deler av helsesektoren. Vi anbefaler at det nedsettes regionale team med sexologisk kompetanse i tillegg til kirurgisk og endokrinologisk kompetanse som kan tilby kjønnsbekreftende behandling. Disse teamene må få sin opplæring fra Karolinska i Sverige og det fagmiljøet som befinner seg utenfor NBTS og som er oppdatert på diagnoser og forskning. Det er svært viktig at denne gruppen møtes med empati, mangfoldskompetanse og positive holdninger for å unngå motoverføringer og økt minoritetsstress hos pasientene.

Helsepersonell som skal jobbe med denne gruppen vil også ha stort utbytte av å snakke med flere transpersoner som allerede har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling og som kan forklare hvordan dette har påvirket deres liv.

Det må også igangsettes arbeid for å spre kunnskap om kjønnsmangfold og behandlingstilbudet til alle deler av norsk helsevesen slik at fastleger, skolehelsetjenesten osv på sikt vil sikre at alle som oppsøker helsevesenet med spørsmål rundt kjønn blir møtt på en positiv måte og vist videre til de rette instanser. Det har allerede vokst frem et robust fagmiljø utenfor NBTS, disse må ha en sentral rolle i det videre arbeidet med kompetanseheving og faglig retningslinjer.

#### **Nasjonale faglige retningslinjer**

For å sikre at alle mennesker som opplever kjønnsdysfori i Norge skal ha samme tilgang til gode helsetjenester må det lages nasjonale faglige retningslinjer som sier noe om hvem som skal gi hvilken hjelp, hvor denne hjelpen skal gis og til hvem. Med nasjonale faglige retningslinjer vil både behandlinger og pasienter vite hva som finnes av kjønnsbekreftendebehandling i Norge.

Vi vil også sikre at vi i fremtiden unngår den intrikate situasjonen vi i dag står i der et fagmiljø påberoper seg kunnskaps- og behandlingsmonopol. Et monopol som har bidratt til økt grad av psykisk og fysisk uhelse.

Med gode retningslinjer som tar høyde for faglig utvikling på feltet og som har tydelig fokus på brukerperspektiv og tverrfaglige fagmiljøer vil vi få et mer robust tilbud. Disse retningslinjene må ligge tett opp mot SOC7, ta inn over seg ICD11 sine diagnoser og diagnosekriterier, ha en grunnleggende positiv forståelse av kjønns mangfold og forholde seg til den nyeste forskningen på feltet. Det er også viktig at de diagnostiske verktøyene som brukes i dag gjennomgås. Er det virkelig slik at den utredningen som mennesker med kjønnsdysfori i dag blir utsatt for sikrer rett behandling til rett pasient uten å påføre pasiente skader?

I Sverige har psykiaterne anerkjent at de ikke har verktøy som faktisk kan finne ut hvem som har størst utbytte av behandlingen og at utredningene i mange tilfeller påfører pasientene store mengder stress og ubehag. De har gått over til en mer kjønnsbekreftende modell der de utforsker identitet og behandlingsalternativer med pasientene og tar en avgjørelse om behandling i samråd med dem. Dette har resultert i at de aller fleste som ønsker behandling får den behandlingen de vil ha. Det betyr ikke at pasienter bare kan bestille det de ønsker seg, men at de via gode åpne dialoger kommer frem til hva som passer for den enkelte.

## **ICD 11**

Norge må raskt implementere den nye diagnosen i ICD11.

I ICD11 går man vekk fra ideer om kjønnsdysfori som psykopatologi, og man åpner for et mangfold av identiteter og behov. Det er ikke lenger psykologer som blir tildelt diagnostisk makt med tilhørende mulighet til å overse den enkeltes subjektive smerte og opplevde. I ICD11 er det ikke identiteten til mennesker som diagnostiseres, men den kjønnsdysforien eller kjønnsbehaget de opplever. Det er pasientens behov og følelser som står i sentrum når man lager en behandlingsplan.

Målet med behandlingen er å redusere kjønnsdysfori gjennom tiltak som gjør at pasienten kropp passer med pasienten identitet så langt det er mulig og ønskelig fra pasientens side.

## **Øvrige momenter**

Det er viktig å fremheve at en desentralisering av behandlingstilbudet må og skal føre til at asylsøkere og immigranter får lettere tilgang til kjønnsbekreftende behandling. I dag må man ha hatt permanent opphold i Norge i 3 år for å kunne på kjønnsbekreftende behandling. Dette gjelder til og med for mennesker vi gir opphold til fordi de er trans og mennesker som allerede er i gang med en kjønnsbekreftende prosess. Behandlere som skal møte mennesker med religiøs og kulturell

minoritetsbakgrunn må kunne noe om det mangfoldet av måter å forstå kjønn på som finnes i verden.

Diagnoser satt av helsepersonell utenfor NBTS i utlandet og innlandet må anerkjennes slik at folk får tilgang til den helsehjelpen de skal uten å måtte gjennomgå ytterlige utredninger ved NBTS, frem til NBTS avvikles.

Mennesker som selv har betalt for kjønnsbekreftende behandling de skulle fått av staten må få refundert sine utgifter.

De mange hundre menneskene som har blitt avvist av NBTS må kontaktes på nytt med tilbud om rask nyvurdering. Det bør også settes av midler til å utføre et lite forskningsprosjekt der vi får kartlagt hvilke konsekvenser det har hatt for denne gruppen at de ikke har fått tilgang til kjønnsbekreftende behandling.

Alle de som i dag har en F64.0 diagnose må tilbys rediagnostisering i tråd med ICD11 For mange medføre det en stor belastning at deres identitet i dag fremsettes som en psykiatrisk lidelse og for mange vil denne diagnosen være til hinder i arbeids- og familieliv.

## **Sverige**

I rapporten fremheves det også at vi bare vet ting om mennesker med en F64.0 diagnose fordi det er her vi har internasjonal forskning. Det stemmer at man har mest forskning på mennesker med F64.0 diagnose, men dette er ikke en homogen gruppe og diagnosene forvalte på helt forskjellige måter andre steder. I noen land gir helsearbeidere F64.0 til alle fordi det er den eneste diagnosen som utløser rett til hjelp. Det betyr at helsearbeidere aktivt bruke diagnosen for å gi pasientene rettigheter, ikke fordi de nødvendigvis mener at pasienten «er» F64.0 transseksualisme, men fordi de ser at pasienten har et behov for kjønnsbekreftende behandling.

Vi kan f.eks. se på tall fra Karolinska i Sverige.

Sverige har relativt like sosiale forhold som Norge, de har også et helsevesen som er bygd opp relativt likt som oss. Det er dermed grunn til å tro at de regionale teamene i Sverige, som i Norge, blir kontaktet av de fleste mennesker som opplever kjønnsdysfori og som trenger kjønnsbekreftende behandling.

Karolinska i Sverige har ca. like mange potensielle pasienter som Norge totalt. I Sverige har de mange flere team som jobber med kjønnsdysfori, men de fleste som er bosatt i Stockholmsområdet søker deg til Karolinska.

På Karolinska i Sverige ser tallene for 2013 frem til i dag ut som følgende:

2013: 118 henvisninger der 106 kom til første time. Av disse fikk 89 (84%) diagnose og startet behandling. De 17 som ikke fikk diagnose og behandling valgte dette selv eller sluttet å følge utredningen.

2014: 163 henvisninger der 125 kom til første time. Av disse fikk 114 (91%) diagnose og startet behandling. De 11 som ikke fikk diagnose og behandling valgte dette selv eller sluttet å følge utredningen

2015: 259 henvisninger der 248 kom til første time. Av disse fikk 183 (74%) diagnose og startet behandling. De 65 som ikke fikk diagnose og behandling valgte dette selv eller sluttet å følge utredningen.

Tallene for 2016 og 2017 er ikke klare enda, men overlege Cecilia Dhejne sier at de ikke har nektet helsehjelp til noen som har ønsket dette selv i 2016 eller 2017. I Sverige ser man den samme økningen i antallet mennesker som oppsøker helsehjelp som i Norge og forøvrig er Sverige et land vi kan sammenligne oss med på de fleste punkter.

Gruppen som søker hjelp i Sverige er like mangfoldig som i Norge, men her i Norge er det opp mot 80% som ikke får noen helsehjelp. Dette skyldes måten NBTS forvalter sin oppgave. De bestemmer hvem som er verdige å få helsehjelp. NBTS forvalter sin oppgave for dårlig og det har skadet og skader majoriteten av de som opplever kjønnsdysfori i Norge.

### **Videre arbeid**

Det må igangsattes en ny gruppe som skal implementerer anbefalingen i Rett til rett kjønn – Helse til alle kjønn. Denne gruppen må ta høyde for ICD11, SOC7 og den nyeste forskingen som finnes på feltet. I tillegg må en slik gruppe ha en sammensetning der kompetanse og brukerperspektiv står i sentrum. Det er også meget viktig at vi ikke nok en gang havner i en situasjon der NBTS får lov til å selv evaluere egen praksis og påberope seg å være de eneste med faglig ekspertise på dette feltet.

Luca Dalen Espseth  
Rådgiver på kjønns mangfold

Ingvild Endestad  
Leder