

Til: Kirsti Tørbakken, +47 480 75 962
Deres ref.: 08/02251-98
Vår ref.: EA/EEPB -2018

Dato: 190518

Besøksadresse: Jon Lilletuns vei 9, Grimstad
Direkte tlf: 37233728

Saksbehandler:

Elsa.almas@uia.no og esben.esther@uia.no

Høring - rapport om behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens-/kjønnsdysfori

Denne rapporten framstår som et partsinnlegg for mindretallet i rapporten «Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn» som ble overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i 2015. Gjennom utelatelser og diskvalifiseringer står den som et eksempel på subtil desinformasjon. Subtiliteten bidrar til at enhver leser uten omfattende innsikt i de aktuelle problemstillingene kan komme til å tro rapporten som faglig oppegående og objektiv. Dersom dette er intendert, hvilket rapporten gir inntrykk av, er det svært kritikkverdig og grunnleggende uetisk, fordi det må ha til hensikt å forføre uinnvidde lesere til å oppfatte den ene parten som mer faglig kompetent enn motparten.

Faglig sett er det dessverre også lite godt å si om denne rapporten, hva angår både organiseringen av arbeidet med den, og resultatet av dette arbeidet.

Den aktuelle arbeidsgruppas mandat var svært likt mandatet til ekspertgruppa som leverte rapporten: «Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn» den 10 april 2015 (heretter kalt «Rett til rett kjønn»). Det er derfor vanskelig å forstå bakgrunnen og motivasjonen for dette nye arbeidet, på annen måte enn at noen ønsker en annen konklusjon. Organiseringen av denne gruppen foregikk uten at dette ble verken gjort kjent for medlemmene av ekspertgruppa som hadde utarbeidet Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn.

Rapporten selv beskriver gruppe etableringen på følgende måte:

Etter ekspertgruppens rapport (Hdir 2015) har det vært møtevirksomhet mellom helsemyndigheter og RHF om videreføring av arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Som ansvarlig for Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, ble Helse Sør-Øst invitert til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2016 for å drøfte videre arbeid etter rapporten Rett kjønn – helse til alle kjønn. Dette møtet resulterte i at Helse Sør-Øst fremmet en sak til Interregionalt fagdirektørmøte i januar 2017. Etter møtet ble et mandat for arbeidet utarbeidet sammen med forslag til sammensetning og representasjon i en arbeidsgruppe. Rekruttering til arbeidsgruppen startet opp våren 2017 med oppstartsmøte 25. september.

«Rett til rett kjønn» vurderte de juridiske sidene: *Rett til rett kjønn*, og de helsemessige sidene: *Helse til alle kjønn*.

De juridiske vurderingene fikk sitt gjennomslag ved ny lov av første juli 2016 som stadfestet retten til selvbestemt juridisk kjønn

Under *helse til alle kjønn*, skisserte «Rett til rett kjønn» to prinsipper, det ene eksplisitt, det andre i konsekvens:

1. Laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)
2. Minste effektive dose (MED prinsippet). Det vil si at ingen skal tvinges til mer behandling enn de ønsker.

Rapporten som skal omtales her bryter begge disse prinsippene og det er grunn til å underes på hvorfor det?

Ekspertgruppen som leverte rapporten «Rett til rett kjønn» hadde et lite mindretall som ga uttrykk for dissens hva angår

- refleksjonstid ved søknad om endring av juridisk kjønn, og
- organiseringen av helsetjenesten for personer som opplever kjønnsinkongruens.

De meningene/personene som representerte mindretallet i «Rett til rett kjønn» representerer flertallet i denne nye gruppa.

Svært kort kan det sies slik at dette flertallet støtter fortsatt sentralisering av behandlingen gjennom styrking av NBTS, eventuelt oppretting av flere sentraliserte tilbud

Flertallet ble dannet gjennom representantene for NBTS og for HBRS, med følge av representanter for helseregionene. Disse siste formodes helt eller relativt ukjente med problemstillingene og må med nødvendighet følge NBTS, som jo figurerer som «høyspesialisert» på feltet. Det er ikke ventelig at noen av dem skal feste tillit til personer utenfor sentralinstitusjonen.

Kompetansenivået i forhold til personer med kjønnsinkongruens på NBTS har vært oppfattet som svært mangelfullt både av klienter og fagpersoner som har hatt kontakt med dem. Verken sykepleiere, barneleger, psykologer, nevrologer eller psykiatere lærer mer enn minimalt om personer som opplever kjønnsinkongruens, i løpet av sine grunnutdanninger. Den faglige utviklingen på området har vært rivende de siste årene, og den viktigste kilden til å holde seg orientert har vært gjennom internasjonale organisasjoner, forskning og kontakt med fagmiljøene. Vi har i liten grad sett at ansatte ved NBTS har deltatt i disse sammenhengene.

Arbeidsgruppa ble ledet av en person med pedagogisk bakgrunn. Han hadde i utgangspunktet ingen kompetanse når det gjelder utfordringene til personer som opplever kjønnsinkongruens. Vedkommende lærte rimeligvis noe underveis, men selve rapporten bærer preg av den manglende kompetansen. Dette til stor forskjell fra de helsebyråkratene som medvirket rapporten «Rett til rett kjønn». De har lang erfaring med og innsikt i den utviklingen som har funnet sted, både nasjonalt og internasjonalt, hva angår helsetilbud til og forståelse for personer som opplever kjønnsinkongruens. «Rett til rett kjønn» rapporten som nå er tre år gammel tar også i langt større utstrekning inn den tenkingen som kommer fram i ICD11. Denne rapporten viser liten evne til å se inn i den framtiden som tegnes av ICD11. Det sterkeste uttrykket for dette kommer fram i følgende sitat fra rapporten:

Det er ulike syn på organisering av regionale kompetansenettverk i forlengelsen av ny diagnosemanual (ICD-11), og i hvilken grad psykisk helsevern skal inngå i dette. Man kan

snu denne problemstillingen og stille spørsmål om hva som ev skal være alternativet til at utredning og oppfølgingsansvar ligger innen BUP og DPS.

Dette blir selvmotsigende når vi ser på følgende sitat fra litt tidligere i teksten:

Også i DPS rapporteres for liten kunnskap om denne gruppens typiske psykologiske vansker og konflikter både før og etter et eventuelt kjønnsskifte.

Sexologisk kompetanse nevnes i rapporten, men gis ingen beskrivelse som fag. De som jobber utenfor NBTS er i stor utstrekning sexologisk utdannet. Rapporten beskriver disse som «spesielt interesserte», et utsagn som kan tolkes i flere retninger.

Det kom da også raskt til splittelse i denne nye arbeidsgruppen. Uenigheten rommer ulike faglige kulturer og ulike syn på hva kjønnsinkongruens er. De holdningene som har kommet frem fra NBTS sin side, legger større vekt på psykopatologi og synes å mene at alle som opplever kjønnsinkongruens skal gjennomgå grundig psykologisk/psykiatrisk vurdering før behandling iverksettes. Det alternative synet baserer seg på at kjønnsidentitet er en subjektiv opplevelser som i utgangspunktet ikke har noe med psykopatologi gjøre. Det er denne forståelsen som har vunnet fram de siste 20-30 årene. Det tradisjonelle synet, som vi har sett uttrykt i lærebøker i psykiatri, hevder at kjønnsinkongruens er en forstyrrelse som skyldes en oppvekst med en fraværende far og en dominerende mor (Haugsgjerd). Vi har ikke inntrykk av at moderne psykiatere er stolte av denne tradisjonen. Psykiatrien og psykologien har også en felles historie der man har forsøkt å behandle homoseksuelle ut fra samme type tankegang. Gjennom hele rapporten får vi inntrykk av at det er mulig å stille en presis og objektiv diagnose der det alstå bare foreligger subjektive opplevelser. Dette er et farlig spor fordi pasientene må kjempe for å få gjennomslag for sine følelser. Denne situasjonen skaper betydelige stress for svært mange. Det forsterker det minoritetsstresset som ifølge mange rapporter, inklusive internasjonale standarder, er hva som ligger til grunn for det alle meste av hva vi ser av angst, depresjon, rus og/eller selvskading hos noen av dem som opplever kjønnsinkongruens (Testa 2014).

Et annet faglig syn som har vært utfordret, er at barnet er født nøytralt med hensyn til kjønnsidentitet, og at det utvikler en identitet som gutt eller jente basert på opplevelse av egne kjønnsorganer, og samfunnets oppdragelse i samsvar med ulike roller for menn og kvinner. I 2003 konkluderte en internasjonal ekspertruppe at det er et nevrobiologisk grunnlag for kjønnsidentitet, og at dette utvikler seg i samspill med sosial og kulturell påvirkning. Det er dette synet som ligger til grunn for flertallets syn i rapporten «Rett til rett kjønn». Det er derfor med stor bekymring vi ser hvordan denne nye rapporten fremmer forslag til behandling som er basert på foreldet kunnskap, som i sin konsekvens patologiserer en stor gruppe friske mennesker, og som bidrar til å forsterke det stresset det allerede er å bryte med etablerte kulturelle normer basert på tokjønnsmodellen, og som gir lite rom for andre kjønnsuttrykk.

Splittelsen i arbeidsgruppen var så dyp, at flere utenfra ble innkalt til å presentere sine syn. Vi kan ikke se mange spor av deres presentasjoner i rapporten, ei heller blir vi satt ordentlig inn i hva motsetningene dreier seg om.

Fagmiljøene utenfor NBTS bekreftes positivt ved at de har hatt få eller ingen klager fra pasienter. NBTS, derimot, har svært mange klager å gjøre rede for. Noen av dem er av meget alvorlig karakter.

Avdelingens rykte er rett og slett så dårlig og mange pasienter ikke ønsker å henvises dit. Mange pasienter har også på grunnlag av dårlig rykte og det de har opplevd som respektløs behandling nektet å gå tilbake til Rikshospitalet. Rapporten drøfter ikke denne problemstillingen og vi kan få inntrykk av at pasienter som klager ikke er av vesnetlig betydning for det synet rapporten forfekter.

Mengden av klager på NBTS, og avdelingens negative rykte blir ikke nevnt i rapporten. Vi får inntrykk av at NBTS ble omorganisert som resultat av en stadig utvikling til det bedre. Det framgår ikke at NBTS ble omorganisert fordi arbeidsforholdene var dårlige. At også behandlingen var dårlig og rett ofte krenkende inntil det diskriminerende, har vært holdt skjult i alle de redegjørelser vi har sett.

Det anbefales å lese appendikset til denne høringsuttalelsen. Der gjøres det mer i detalj rede for de punktene som kort nevnes i det følgende.

Utvalget av referanser vil alltid preges av dem som velger. I rapporten er referansene gjennomgående tre eller flere år gamle. De som kjenner dette feltet vet at mye er kommet til de tre siste årene, blant annet publikasjoner som går i mot tidligere forskning som rapporten støtter seg på. Særlig påfallende er det at en undersøkelse som i rapporten refereres dit hen at mellom 70 og 90% av barn som viser kjønnsutypisk atferd, ikke kommer til å oppfatte seg som personer med kjønnsinkongruens senere, blir referert hele 4 ganger, uten at motforestillinger presenteres. Dette på tross av at artikkelforfatterne selv har erkjent at tallene ikke er pålitelige på grunn av grove inklusjonskriterier (Steensma 2013). De metodiske svakheter ved studien er godt dokumentert blant annet av Kelley Winters (Kelley, 2017).

Vi bemerker også at rapporten nærmest konsekvent underkjenner, gjør usikker, gjør ikke valid alle publikasjoner som ikke støtter NBTS sitt syn. Dette er så gjennomført at det er vanskelig å tenke seg at det kan være tilfeldig.

Et helsetilbud lagt opp etter denne rapporten er dømt til å mislykkes, av flere grunner:

- Rapporten er basert på et kunnskapsmateriale som er forlatt av store deler av fagmiljøene.
- Rapporten bidrar til polarisering av fagmiljøet ved at den ikke innlemmer andre syn enn det synet NBTS.
- Rapporten bidrar til å utøve en makt som skremmer og umyndiggjør behandlere utenfor NBTS.
- Rapporten sykeligjør en stor gruppe mennesker, som dermed opplever «behandlingstilbudet» som irrelevant.
- Rapporten setter behandlingstilbudet til trans på hodet sammenlignet med resten av Norges befolkning. Pinsippet er ikke lenger 1. linje, evt. 2. linje og evt. 3. linje. I rapporten er i realiteten 3 linje satt først.
- Rapporten tilfører lite nytt til en situasjon som hr fungert så dårlig at man har funnet grunn til flere rapporter og ekspert-uttalelser.

Appendix

Innledning.

Vi vil i det følgende gjennomgå rapporten (heretter kalt Rapporten) kronologisk og komme med kommentarer. Dette fordi Rapporten er spekket med overdrivelser og forskjellige slags utfall til støtte for NBTS og til diskvalifikasjon for nærmest alt annet. Dette er vanskelig å beskrive på annen måte enn ved nettopp en kronologisk gjennomgang av hele Rapporten og til sist komme med en samlet konklusjon og vurdering.

Det er mye å lese både på og mellom linjene i Rapporten. Det mest alvorlige er kanskje det som ikke kommer helt åpenbart til uttrykk, men som ligger der som en sammenhengende rekke av subtil desinformasjon.

1. Bakgrunn og mandat

Fra Rapporten: Kjønn har mange aspekter og er et stort fagområde innen mange disipliner. Uten ambisjoner om en uttømmende fremstilling kan kjønn kategoriseres i biologisk kjønn (hormonell utvikling/styring, kjønnsceller og forplantningsorganer), juridisk kjønn (i Norge: Kvinne og mann), kjønnsidentitet (hvilket kjønn man oppfatter seg som) og sosialt kjønn/kjønnsrolle (forventninger til kjønnsstøttsuttrykk og atferd).

Bemerkning: Ettersom det eneste man har funnet som årsakssammenheng hva angår kjønnsidentitet, er knyttet til biologiske forhold i sentralnervesystemet, blir det upresist og gammeldags å begrense biologisk kjønn slik det her beskrives.

Fra Rapporten: ulike begreper og terminologi både i dagligtale og diagnosemanualer. I mandatet for dette arbeidet heter det «behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori», men pasientgruppen i gjeldende diagnosemanual (ICD-10) er plassert under overskriften «F64 kjønnsidentitetsforstyrrelser».

Bemerkning: Her bør det stå noe om at akkurat dette opphører i ICD-11 som kommer om få måneder. «Kjønnsidentitetsforstyrrelser» ble fjernet fra den siste DSM manualen og erstattet med begrepet kjønnsdysfori. Det er desverre betegnende for Rapporten at heller ikke dette er fullt integrert. Fra DSM V:

Gender Dysphoria “Distress that is caused by a discrepancy between a person’s gender identity and that person’s sex assigned at birth (and the associated gender role and/or primary and secondary sex characteristics)”

Fra Rapporten: Ekspertgruppen var delt i sine anbefalinger om endringer i tilbud fra spesialisthelsetjenesten, men stod samlet bak anbefalingen om at det utarbeides en nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori. Dette arbeidet er i startfasen, og ble initiert gjennom et «rådslag» med mange berørte aktører i Helsedirektoratet høsten 2017.

Bemerkning: Her bør det stå antall personer med dissens og hvilken bakgrunn disse har. Det ville sagt noe om hvilken tyngde som ligger bar dissensen. Å si at ekspertgruppen var delt er en uttrykksmåte som kamuflerer at det overveldende flertallet i den gruppen var for LEON -og MED prinsippet.

1.2 Juridiske vurderinger

Fra Rapporten: Kriterier for å etablere en nasjonal (eller flerregional) behandlingstjeneste er knyttet til et lavt volum av pasienter med krav om tverrfaglig og høyspesialisert kompetanse som vanskelig kan etableres ved mer enn ett (eller to) fagmiljøer i landet. Det er klart uttrykt i navnet på NBTS, og i korrespondanse mellom myndigheter og behandlingstjenesten at funksjonen er knyttet til transseksualisme (ICD-10, F 64.0).

Bemerkning: Hva så med det sterkt økende antallet nye pasienter? Det er også slik at NBTS handler som om de også har monopol på diagnosene: F64.2, F64.8 og F64.9

Fra Rapporten: For diagnostikk og påbegynt behandling i Norge, vil det for diagnosen F 64.0 trolig være grunnlag for tilsyn og eventuelle reaksjoner med grunnlag i både forsvarlig behandling og funksjonsfordeling, enten det gjelder private eller offentlig tilknyttet helsepersonell.

Bemerkning: Det er ikke noe verken i den praksis som har vært observert eller den bakgrunn behandlerne ved NBTS har som tilsier at NBTS representerer det mest høyspesialiserte tilbudet, dessverre. Det er ikke på sin plass at en rapport som signaliserer faglighet og nøytralitet, legger inn trusler overfor dem som ikke finner det faglig forsvarlig å anvende NBTS.

Rapportens kommentar til rapporten «Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn».

Følgende siteres i Rapporten: «....er og vil etter alt å dømme forbli så lavt i Norge, at det ikke er realistisk at pasienter kan bli møtt med særskilt kompetanse».

Bemerkning: Med det stadig økende antall personer som søker hjelp for sine utfordringer hva angår kjønn, er det sannsynlig at den samme ekspertgruppa i 2018, ville formulert seg mer i retning av: *Med det økende antall pasienter i denne gruppa, synes det nødvendig å utvikle kompetanse på alle nivå i helsevesenet.*

I Rapporten gjengis følgende:

Mindretallet mente dette ville gi alvorlige konsekvenser for videre drift av NBTS, og anbefalte heller en styrking av nåværende helsetjenestetilbud ved NBTS. Et annet alternativ kunne være at dagens nasjonale behandlingstjeneste endres til en flerregional behandlingstjeneste etablert ved to (i stedet for ett) helseforetak.

Bemerkning: Dette kan tolkes dithen at man ved NBTS innser muligheten for at de faktisk er overflødige. Det er vel mer en trussel for dem enn for de som trenger helsehjelp.

Hva angår landsfunksjon, savner vi en beskrivelse av grunnlaget for landsfunksjonen, særlig når det gjelder diagnoser utover F64.0, så som F64.2, F64.8 og F64.9.

Noe som også kommer fram i selve rapporten, vi siterer: *Kriterier for å etablere en nasjonal (eller flerregional) behandlingstjeneste er knyttet til et lavt volum av pasienter med krav om tverrfaglig og høyspesialisert kompetanse som vanskelig kan etableres ved mer enn ett (eller to) fagmiljøer i landet. Det er klart uttrykt i navnet på NBTS, og i korrespondanse mellom myndigheter og behandlingstjenesten at funksjonen er knyttet til transseksualisme (ICD-10, F 64.0).* –

Bemerkning: Altså omfatter landsfunksjonen ikke F64.2, F64.8 og F64.9. Det er bemerkelsesverdig at det ikke kommenteres at NBTS mangler kapasitet til å følge opp de pasienter som allerede henvises dit. Behandlere utenfor NBTS behandler minst like mange pasienter som NBTS gjør.

Følgende gjengis i Rapporten: --- *For de fleste av disse behandlingene vil dette ikke oppleves som noe problem, da henvisning til en nasjonal behandlingstjeneste tilsier at man får behandling der kunnskapen er størst i Norge» (Hdir 2012).*

Bemerkning: Det reiser spørsmålet om hvorfor det er og har vært så problematisk for NBTS, når det altså ikke er problematisk hva angår andre landsfunksjoner. Det er for øvrig en tvilsom påstand at kunnskapen om kjønnsinkongruens er størst ved NBTS. Det har vært stor gjennomstrømning av personale ved NBTS, mens andre behandlingssentra har vært stabile over flere ti-år.

Fra Rapporten: *Dersom tilbudet ved NBTS skal utvides til nye diagnosegrupper, må det søkes departementet om dette, og søknaden må bygge på en nasjonal metodevurdering (kunnskapsoppsummering) gjennom "Bestillerforum RHF" og avgjørelse i "Beslutningsforum RHF".*

Bemerkning: Da blir det ekstra merkelig at NBTS i så stor grad monopoliserer tilbudet også til F64.2, F64.8 og F64.9. Ikke minst gjelder dette F64.2 – barn.

I det følgende vil vi følge overskriftene i Rapporten for å lette arbeidet for dem som ønsker å vite fra hvor i Rapporten sitatene hentes.

Under 1.3 Ethiske vurderinger

Fra Rapporten: *Det har i ulike medier vært en økende debatt knyttet til definisjoner, diagnostikk og behandlingstilbud til mennesker med ulike grader av kjønnsdysfori.*

Bemerkning: «Grader» er et uheldig valgt ord fordi det pretenderer at dette kan måles eller veies. «Typer» ville vært et langt bedre valg med lang mindre skjult føring. Dette er eksempel på subtilt villet eller ikke villet desinformasjon, som kan munne ut i en forestilling om at det er mulig å gjøre objektive vurderinger av andres smerte eller opplevelse av ubehag.

Fra Rapporten: *«Primum non nocere» er noe misvisende tillagt Hippokrates, men sentralt i legeeden er siden oldtiden at man skal avstå fra å skade eller gjøre urett. Mennesker med kjønnsdysfori har et stort smertetrykk knyttet til tildelt kjønn, men er i utgangspunktet somatisk friske. Pubertetsutsettende*

behandling med hormoner, maskuliniserende og feminiserende hormonbehandling og/eller kirurgi er følgelig i åpenbar etisk konflikt med prinsippet om ikke å skade.

Bemerkning: I denne utgreiingen hviler det en dyp og svært verdiladet desinformasjon. Avsnittet har utelukkende fokus på ulemper, som også forsterkes i teksten, uten å påpeke hva som foreligger av empiri på ikke å behandle. Fra en klinisk synsvinkel ser vi hvor dramatisk traumatiserende det kan være for en som søker bekreftelse av og støtte til sin kjønnsprosess, å bli avvist og sent tilbake til ofte helt inkompetente DPS'er eller BUP'er, hvor mange har tilbrakt tallrike timer tidligere, uten å føle seg forstått. Profesjonell kjønnsbekreftende behandling må evne å se forbi motstanden som rimeligvis oppstår hos helsearbeidere når det gjelder å justere friskt vev. Omfattende forskningsmessig og klinisk erfaring tilsier at «*Primum non nocere*» ikke innebærer å avstå fra behandling. Ferske forskningsrapporter viser at det er rimelig å konkludere med at ungdom som får tidligere behandling ved hormoner har bedre mental helse enn de som må vente. Dette ble blant andre påpekt av Jon Arcelus ved Nordic Association for Clinical Sexology sin konferanse i Trondheim i 2017.

Fra Rapporten: *Med noen unntak er kunnskapsgrunnlaget for behandling innen fagområdet begrenset, noe som f.eks. fremgår av et omfattende arbeid med behandlingsretningslinjer i Sverige (Socialstyrelsen 2015) der det heter at det «vetenskapliga underlaget för de flesta av rekommendationerna i kunskapsstödet är av låg eller mycket låg kvalitet. Samtidigt finns ett uppenbart vårdbehov hos personer med könsdysfori».*

Bemerkning: Mye er tilkommet etter 2015 og vi kan spørre hvorfor rapporten ikke sterkere vektlegger: «Samtidigt finns ett uppenbart vårdbehov hos personer med könsdysfori». Vi legger også merke til at når forskning som måtte kunne tolkes til fordel for en annen modell enn opprettholdelse av NBTS presenteres, blir den nedtonet med ord og setninger som: «Med noen unntak er kunnskapsgrunnlaget for behandling innen fagområdet begrenset» (se for eksempel like over)

Fra Rapporten: *Det spesielle for denne gruppen er summen av usikkerhet og risiko knyttet til utredning, diagnostikk og langtidseffekter av behandling som i mange tilfeller krever livsvarig oppfølging i helsetjenesten – på mennesker som somatisk er velfungerende.*

Bemerkning: Dette er en svær og desinformerende overdrivelse. Nettopp på den somatiske siden må vi inkludere mislighold og hat til egen kropp, nakke skulder problem knyttet til kroppsholdninger egnet til å skjule bryster, penisskader som resultat av uheldig «tucking», isolasjon på rom hjemme med internett som eneste kontakt og tilsvarende kroppslig forfall. En organisme der det ikke er samsvar mellom kjønnsorgan og kjønnsidentitet, kan ikke kalles somatisk velfungerende, ettersom rikelig forskning bekrefter kjønnsidentitetsopplevelsen som nevrobiologisk betinget. En rapport presentert av Justine Defreyne M.D. Dept. of Endocrinology Center for Sexology and Gender Ghent University Hospital Ghent University Belgium på et symposium i Kiev april 2018 understreker at: The need for transgender health care is much higher than expected. Hun rapporterer fra ENIGI studiet, en pågående forskning i samarbeid mellom: Amsterdam, Florence, Ghent, Hamburg og Oslo (NBTS). Det påvises ingen øket hyppighet av kreft eller hjerte-kar sykdommer blant personer som har mottatt henholdsvis maskuliniserende eller feminiserende behandling. Defreyne konkluderer: Gender affirming hormone treatment is easy • Gender affirming hormone therapy is safe • It saves lives

Vi bemerker den positive vinklingen i ordbruken: **Gender affirming**

Fra Rapporten: *Likevel er det mange utfordrende situasjoner med spørsmål om støtte og tilrettelegging til ulike grader av sosial transisjon og – uttrykk når man vet at svært mange barn (70-90 % i ulike publikasjoner) finner tilbake til en identitet i samsvar med tildelt biologisk kjønn før eller i løpet av pubertet. Andre barn (early onset) kan ha en klart definert motsatt kjønnsidentitet fra småbarnsalder, og (med eller uten støtte fra pårørende og fagmiljø) være skråsikker og utålmodig forberedt på kjønnsbekreftende behandling fra puberteten.*

Bemerkning: Disse tallene er tilbakeviste og faktisk også erkjent gale av dem som produserte dem. Problemet med disse tallene er utvalgskriteriene for de gruppene som er fulgt opp.

Fra Rapporten: *Pubertet er et samspill mellom bl.a. fysiologisk, psykologisk og sosial utvikling, påvirkning, utprøving og feiling som også inkluderer smerte - i retning av en ung voksen identitet. I utredning og diagnostikk av kjønnsdysforiske tilstander er det vesentlig å skille mellom det som er behandlingskrevende smerte knyttet til kjønnsidentitet, og det som ikke er det.*

Bemerkning: Ingen kan påberope seg objektivitet til å vurdere hva som er behandlingskrevende smerte knyttet til kjønnsidentitet, eller for den saks skyld smerte av andre årsaker. Personer som opplever kjønnsinkongruens, vil i regelen oppleve puberteten som et kroppslig forræderi. Det skiller denne gruppen kvalitativt fra andre ungdommers pubertetsutfordringer.

Dette er for øvrig et poeng som det bør dveles ved – da dette nettopp er problemstillinger det brukes mye tid på i behandling av ungdom med kjønnsinkongruens utenfor NBTS.

Fra Rapporten: *Ansvarlig helsepersonell må avveie mellom en mangfoldig og økende normalvariasjon innen pubertetsutvikling, men også utforske og håndtere egne holdninger og motoverføringer knyttet til kjønnsidentitet og – uttrykk som for mange oppleves fremmed.*

Bemerkning: Det ville være hensiktsmessig å utdype nærmere og diskutere konsekvenser av motoverføringer. Det må ansees uetisk å fare så lett forbi et så stort problem, som nettopp rammer de som har liten eller ingen erfaring i behandling av denne gruppen.

Fra Rapporten: *Nå er situasjonen endret, tilstanden er på vei ut av kapitlet om psykisk helse (ICD-11) og det er rimelig faglig konsensus om hormonell og kirurgisk behandling og oppfølging – gitt en grundig utredning og presis diagnose.*

Bemerkning: Spørsmålet blir her hva som skal utredes og diagnostiseres? Det er grunn til å mene at det er de som opplever kjønnsinkongruens som må bestemme at de ønsker behandling for å justere en kropp som oppleves upassende. Noen vil ha behov for rådgivning, noen vil ha behov for psykoterapi, men utfordringen er å se at det ikke er opp til behandlerne å avgjøre hvem som har behov for kroppsjusterende behandling. Det er imidlertid rimelig å anbefale at de som fremmer et slikt ønske, skal gå gjennom en vurdering for å avgjøre om de har nødvendig informasjon om alternativer, og om de forstår konsekvensene av de behandlingstilbudene som foreligger.

Forestillingen om diagnostisk presisjon faller om en tar seg tid til å sammenlikne inklusjon og eksklusjon i henholdsvis Norge og Sverige. I Sverige avvises nesten ingen. Objektiviteten kommer

altså til uttrykk helt annerledes i Sverige. Det er et tankekors. Bruk av uttrykk som *grundig utredning* og *presis diagnose* kan også sees som et subtilt argument for å opprettholde et «høyspesialisert» tilbud.

Fra Rapporten: *Dette er mennesker med et mangfold av kjønnsidentiteter, og som rapporterer stor grad av smerte knyttet til tildelt kjønn, men som ikke bekjenner seg til en binær kjønnsfordeling og/eller ikke ønsker en fullstendig konvertering til det motsatte kjønn.*

Bemerkning: Ettersom mange oppfatter seg som ikke binære og/eller ikke kjønnnet, er uttrykket «det motsatte kjønn» for lengst gått ut på dato.

Fra Rapporten: *I stedet kan de beskrive sin kjønnsidentitet i spesifikke termer som transperson, tokjønnnet eller genderqueer, og hevde sin unike opplevelse som noe som kan transendere en binær mann/kvinne forståelse av kjønn (..).*

Bemerkning: Det oppleves nedlatende, paternaliserende og dermed også uetisk i denne sammenhengen å benyttet begrepet «hevde». «Beskrive» ville være langt bedre.

Fra Rapporten: *Det etablerte behandlingstilbudet baserer seg på grundige utredninger og presis diagnostikk, men er varsomme med å introdusere medikamentell og kirurgisk behandling for en gruppe uten et minimum av evidensgrunnlag.*

Bemerkning: Påny pretenderer man at diagnostikken kan være presis i et felt der det viktigste grunnlaget for å iverksette behandling er pasientens subjektive opplevelse, og hvor altså norske og svenske behandlere diagnostiserer høyst forskjellig. Uttrykket *uten et minimum av evidensgrunnlag* er ikke dekkende for all den forskning som faktisk er utført i dette feltet. Det skulle være nok å nevne «Standards of Care» som er utviklet av World Professional Association for Transgender Health (WPATH) som har 13 sider med referanser. Vi får inntrykk av at rapporten vil få leseren til å tro at inegn egentlig vet noe, og om noen vet, er det på NBTS denne viten befinner seg.

Fra Rapporten: *Prioriteringer i helsetjenesten er også etiske veivalg bl.a. fordi det betyr å avstå fra å gi et potensielt nyttig medisinsk tilbud for å kunne anvende de samme ressursene på andre og viktigere tiltak. Tiltak uten eller med svakt dokumentert nytteeffekt, tiltak med «urimelig» dårlig kostnadsnytte, ratio og utredninger som ikke får konsekvenser for økt levetid eller økt livskvalitet, bør prioriteres ned av hensyn til pasienten selv og av hensyn til andre pasienter med større behov (Norheim, 2003). Dette vil kunne gi prioriteringsdilemmaer ved en ev utvidelse av diagnosekriterier og desentralisering av behandlingstilbudet for brukergruppen.*

Bemerkning: Dette synes lite relevant ettersom det i «Rett til rett kjønn» er snakk om en desentralisert og således billigere organisering etter LEON – prinsippet. Det er mange behov som kan dekkes på helsestasjonsnivå, deretter hos almenlege, en del problemstillinger for eksempel knyttet til autismespekteret vil kunne ivaretas i BUP/DPS-systemet. Det vil være rimelig å etablere sexologisk kompetanse ved slike behandlingsinstitusjoner i forhold til denne pasientgruppen. Det er omfattende dokumentasjon for at denne gruppen representerer øket risiko for psykiske problemer og suicidalitet dersom de ikke får adekvat behandling

1.4 Organisering og gjennomføring av arbeidet

Fra Rapporten: Som ansvarlig for Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, ble Helse Sør-Øst invitert til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2016 for å drøfte videre arbeid etter rapporten Rett kjønn – helse til alle kjønn. Dette møtet resulterte i at Helse Sør-Øst fremmet en sak til Interregionalt fagdirektørmøte i januar 2017. Etter møtet ble et mandat for arbeidet utarbeidet sammen med forslag til sammensetning og representasjon i en arbeidsgruppe.

Bemerkning: I denne gruppa viste det seg at mindretallet fra ekspertgruppa til «Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn», nå ble satt i flertall. Ikke noe av dette fikk det opprinnelige ekspertmiljøet høre om, spesielt ikke sammensetningen av gruppa.

Rapporten beskriver at arbeidsgruppas leder den 15.-16.02.18 deltok på konferanse om kjønnsbekreftende behandling.

Bemerkning: Det er kanskje beskrivende at arbeidsgruppas representant stadig ble observert opptatt med å følge øvelsene i OL, snarere enn å følge presentasjonene på konferansen. Det kan også bemerkes at alle representantene for NBTS forlot konferansen før presentasjonen som beskrev internasjonale standarder for behandling.

2.1 Alder, utbredelse og diagnosekriterier

Fra Rapporten: In most children diagnosed with GD/gender incongruence, it did not persist into adolescence. The percentages differed among studies, probably dependent on which version of the DSM clinicians used, the patient's age, the recruitment criteria, and perhaps cultural factors. However, the large majority (about 85%) of prepubertal children with a childhood diagnosis did not remain GD/ gender incongruent in adolescence (Steensma et al, 2013).

Bemerkning: Det er denne som er tilbakevist fordi inklusjonskriteriene var altfor grove. Dette er også erkjent av Steensma et al. selv. Vi legger nok en gang merke til at denne forskningen brukes som argument, uten at manglende ved denne forskningen er diskutert.

Fra Rapporten: Dette blir formulert med motsatt fortegn i SOC 7 (WPATH, 2012) der det går frem at prepubertal dysfori kun hos 6-23 % av barna (hovedsakelig gutter) vedvarte inn i voksen alder, og den refererte forskningen viser at det er mer sannsynlig at gutter når de ble voksne identifiserte seg som homofile enn som mennesker med kjønnsdysfori. Nyere studier, som også inkluderer jenter, viste en 12-27 % frekvens av vedvarende kjønnsdysfori inn i voksen alder.

Bemerkning: Dette er også utdatert forskning basert på altfor grove inklusjonskriterier. Akkurat denne forskningen framstilles altså ellers uten motforestilling i Rapporten, mens man kan legge merke til at forskning som går i retning av positivitet overfor behandlingen utenfor NBTS får tilføyelser av typen «svakt forskningsmessig grunnlag».

Fra Rapporten: Det er gjort flere epidemiologiske studier med svært stor variasjon i prevalens og insidens av tilstander som kan kategoriseres innen kjønnsinkongruens, kjønnsdysfori og transseksualisme. Disse har begrenset relevans utover det land og/eller kontekst informasjonen er samlet, og spriker langs flere dimensjoner både når det gjelder definisjoner, målepunkter, men ikke

minst hensyn til kulturelle og sosialpolitiske strømninger i ulike land. Mange forskere som har studert epidemiologi har hatt en tendens til å fokusere på den undergruppe av ikke- kjønnsnormative personer som er lettest å telle: Mennesker med kjønnsdysfori som presenterer seg for transisjonsrelatert(e) helsetjeneste(r) på kjønnsspesialiserte klinikker (WPATH 2012). Trenden i nyere studier viser økende prevalens noe som muligens reflekterer et økt antall mennesker som oppsøker behandling.

Bemerkning: Vi undres på hvorfor prevalensstudier i den grad tones ned. Kan det være fordi øket prevalens sparker ben under en landsfunksjon? Vi savner også et evidensgrunnlag for å si *Disse har begrenset relevans utover det land og/eller kontekst informasjonen er samlet*. De siste årenes forskning bekrefter et økende antall personer som melder opplevd kjønnsinkongruens. Ikke alle ønsker hormonell eller kirurgisk behandling, men det antallet som gjør det, vil sprengte rammene for NBTS sin virksomhet.

Fra Rapporten: I tabellen under presenteres rådata for henvisninger til kjente behandlingsmiljøer i sørøstlige Norge. Tabellen er basert på manuell opptelling og har også andre feilkilder. Det er grunn til å tro at flere pasienter er telt både 2 og flere ganger, men tabellen gir likevel et makrobilde av antall mennesker som søker seg til behandling for kjønnsdysforitilstander.

Bemerkning: Påny ser vi hvordan registreringer fra andre steder enn det som passer NBTS får kommentarer som: *Det er grunn til å tro at flere pasienter er telt både 2 og flere ganger*. Hvilken grunn skulle det være? Det er vanskelig å tro at dette kan være uintendert. Senere i rapporten settes det ikke samme spørsmålsteget ved NBTS sin manuelle telling.

Fra Rapporten: Det kan synes som om ny lov (1. juli 2016) løste ut et stort volum av endring av juridisk kjønn gjennom første halvår av virkeperioden, men at dette har lagt seg på et lavere nivå gjennom 2017.

Bemerkning: Hvorfor brukes uttrykk som «*kan synes som*» om et konkret antall på mer en 850 som hittil har benyttet denne muligheten til juridisk kjønnsendring? Dette føyer seg inn i rekken av subtile desinformative grep.

Fra Rapporten: Oppsummert vil 70-90 % av barn som opplever ulike grader av kjønnsdysfori finne seg til rette i tildelt kjønn før eller i løpet av puberteten, og det har historisk vært nokså klar konsensus i fagmiljøet om å avstå fra medisinske intervensjoner før pubertet. Det er likevel mye usikkerhet blant pårørende og fagfolk bl.a. med tanke på sosial transisjon i tidlig barndom når eksisterende kunnskapsgrunnlag er utilstrekkelig for å forutsi langsiktige resultater av tidlig å innta en annen kjønnsrolle.

Bemerkning: Det er tredje gang dette beskrives uten motforestillinger. Vi kjenner ikke til at noen i det hele tatt har anbefalt medisinske intervensjoner før puberteten. Når dette likevel nevnes, kan det tolkes inn i den subtile desinformerende praksisen denne Rapporten intendert eller ikke, representerer. Når det gjelder erfaring med sosial transisjon, er det internasjonalt og i Norge svært gode erfaringer med dette.

2.2 Kunnskapsgrunnlag

Fra Rapporten: *Levin (2015) sammenfatter fra et amerikansk perspektiv: In the United States it is extremely difficult to longitudinally follow cohorts of patients to determine what becomes of these initially pleased and grateful people. Among the unanswered questions are what percentage of them (a) remain satisfied with their transition for the duration of their lives; (b) return to their natal gender; (c) have lasting employment; and (d) sustain stabilizing intimate relationships?*

Bemerkning: Her trenger vi en refleksjon over hva som kan være grunnen til at det er så vanskelig med oppfølging. Kan det være at portvokterfunksjonen ved mange behandlingsinstitusjoner blir så ubehagelig at klientene ikke orker mer kontakt når de først har fått hva de søkte? Kan det være fordi man ikke ønsker å trigges tilbake til smertefulle tider også før behandlingen? – For å nevne et par muligheter. Argumentet er også egnet til å støtte en såkalt «watchful waiting» holdning, uten et det foreligger empiri for hva man eventuelt skal vente på og om dette er å betrakte som best praksis. Det merkes også at publikasjonen (Levin, 2015) ikke er gjenstand for noen kritiske vurderinger i Rapporten.

Fra Rapporten: *Siden 1975 er det publisert over 2000 fagfellelvurderte artikler omkring ulike sider ved hormonbehandling for mennesker med ulike tilstander av kjønnsdysfori. Likevel er evidensnivået fortsatt gjennomgående lavt/middels. Særlig er det betydelig mangel på kunnskap når det gjelder: ...*

Bemerkning: Påny en diskvalifiserende bemerkning angående forskning som støtter, i dette tilfellet hormonbehandling. Husk at tallene for de som ikke opprettholdt kjønnsatypi etter påbegynt pubertet overhodet ikke ble omfattet av ord som: *Likevel er evidensnivået fortsatt gjennomgående lavt/middels*. Det blir jo også arrogant inntil det absurde å si at mer enn 2000 fagfellelvurderte artikler samlet representerer «gjennomgående lavt/middels nivå».

Fra Rapporten: *Bl.a. på grunn av dette er det endokrinologiske fagmiljøet opptatt av strenge krav til kompetanse hos ansvarlig helsepersonell involvert i utredning og differensialdiagnostikk: Bl.a. trening i å skille kjønnsdysfori/inkongruens fra tilstander med lignende uttrykk, erfaring i psykiatrisk diagnostikk, psykososial utforskning av selvforståelse, mental helse og sosiale forhold som kan påvirke hormonbehandling.*

Bemerkning: Vi finner det forunderlig at ikke det endokrinologiske fagmiljøet er like opptatt av forsvarlig forskrivning av f. Eks. P-piller, hvis hormoninnhold er minst like «farlig» som det man bruker ved kjønns/kroppsdysfori. Det er ellers ikke i noen sammenhenger opp til endokrinologene alene å vurdere hvem som skal ha behandling for kjønnsinkongruens ved hjelp av hormoner.

Fra Rapporten: *Det er vist (de Vries ALC, 2011) at pubertetsutsettende behandling har god effekt på flere utfallsmål for denne gruppen, men det er viktig å merke seg at den nederlandske protokollen inkluderte en selektert gruppe pasienter som alle hadde fylt 12 år.*

Bemerkning: Det er denne seleksjonen som ikke ble gjort der hvor det tre ganger gjentas at 70-90% ikke fortsetter en kjønnsinkongruens karriere. Når rapporten skriver at det er viktig å merke seg - impliserer de da at det er noen som gir pubertetsutsettende behandling til en ikke-selektert gruppe under 12 år?

Fra Rapporten: *initiating treatment using a gradually increasing dose schedule after a multidisciplinary team of medical and MHPs has confirmed the persistence of GD/gender incongruence and sufficient mental capacity to give informed consent, which most adolescents have by age 16 years. (Endocrine Guidelines 2017)*

Bemerkning: Hvordan kan man bekrefte utover å ta inn den subjektive opplevelsen den enkelte har? Påny pretenderer man en objektivitet som i realiteten er illusorisk.

Fra Rapporten: *Videre er behandlingen på verdensbasis i stor grad privatisert og kommersiell, med relativt lav forskningsaktivitet, få evidensbaserte kirurgiske protokoller og ingen gullstandard.*

Bemerkning: «Gullstandarden» er ikke tilgjengelig i noen retning, verken med hensyn på effekt av behandling og av ikke-behandling, først og fremst fordi det ikke finnes noe som kan gjøre dobbelt blindt og randomisert. Vi bemerker igjen at det er private tilbud som settes under tvil, mens offentlige ikke gjør det. Utsagnet står jo også i ganske grell kontrast til ovenstående utsagn i rapporten: *Siden 1975 er det publisert over 2000 fagfelleverderte artikler----*

2.3. Eksisterende behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori

Fra Rapporten: *Det er lite grunn til tro at eksisterende behandlingstilbud i kommuner og i privat regi har endret seg vesentlig siden 2015, og dette arbeidet har heller ikke hatt rammer til å kartlegge dette i detalj. Den nasjonale behandlingstjenesten er omorganisert (2.3.3), og vi har gjort en kartlegging av utredning og henvisningspraksis fra de ulike RHF.*

Bemerkning: På hvilket grunnlag trekker rapporten denne konklusjonen? Det er rivende utvikling på feltet. Og det er kommet ny forskning som bl.a. viser at det er en økende andel personer med kjønnsinkongruens som ikke ønsker kirurgisk behandling. Det er også flere som beskriver seg som ikke-binære. Det er også generelt mange flere som henvender seg. Dette fører nødvendigvis til at behandlingstilbudet endrer seg. De siste årene har for eksempel et økende antall fastleger ofte i samarbeid med sexologisk kompetanse gått inn i både hormonforskrivning og monitorering av behandlingen.

Det hadde vært interessant å vite mer om hva omorganiseringen på NBTS innebærer og hva som er grunnlag for den.

Fra Rapporten: *I praksis vil fastlegen måtte henvise videre til utredning i spesialisthelsetjenesten (BUP/DPS) da det sjelden er kapasitet til denne gruppen i kommunal psykologtjeneste eller hos avtalespesialister. I dette ligger det en «innebygd sentralisering» allerede i oppstarten av et forløp som for mange mennesker med mindre behandlingskrevende tilstander kunne blitt ivare tatt lokalt/regionalt.*

Bemerkning: Det er ved gjentatte forespørsler påvist at BUP/DPS ikke har kompetanse til å utrede personer som opplever kjønnsinkongruens. Den faggruppen som har mest kompetanse, sexologene, er fraværende i disse institusjonene. Det er sjelden behandlingsmessig hensiktsmessig å henvise til BUP/DPS. Noen ganger er det kontra-indisert fordi pasientene blir hengende i systemer som leter etter årsaker i stedet for å assistere en utvikling. Det er positivt at rapporten erkjenner at det er mange mennesker som kunne vært hjulpet lokalt, men rapporten påpeker i altfor liten grad behovet for kompetanse omkring kjønn og seksualitet i det lokale helsevesenet; Helsestasjoner, fastleger, avtalespesialister.

Fra Rapporten: Det gjennomføres generelt psykiatrisk undersøkelse/utredning der pasientene blir vurdert individuelt med ulike strukturerte intervjuer (f.eks MINI+/SCID II), relevant somatisk undersøkelse i samarbeid med primærhelsetjenesten og nødvendige laboratorieprøver. Der hvor pasienten samtykker innhenter man komparentinformasjon. BUP bruker strukturerte intervjuer tilpasset barn. Henviste pasienter følges opp videre ved DPS/BUP og har behandlingskontakt der. Brukerorganisasjonene engasjeres ofte og er en viktig ressurs og til stor hjelp både til pasienter, pårørende og involverte behandlere.

Bemerkning: Det er forstemmende at ikke et ord ofres på det forsterkede minoritetsstress mange personer som opplever kjønnsinkongruens blir utsatt for i BUP/DPS systemet. Det nevnes heller ikke at ingen av de utdanningene som rekrutterer til BUP/DPS har sexologi/kjønnsinkongruens/sekseuell helse på sine fagplaner. For å bedre behandlingstibudet for hele spekteret av personer som opplever kjønnsinkongruens, er det viktig å pålegge helsevesenet fra og med det lokale, til og med det sentrale større kompetanse når det gjelder kjønn og seksualitet.

Fra Rapporten: Det er sjelden klinikere opplever å ha volumkompetanse på denne pasientgruppen, erfaringsgrunnlaget er oftest begrenset, men flere rapporterer noe økt henvisningsmengde de siste årene. Ofte er det slik at inntil 2 behandlere har tatt i mot denne pasientgruppen, lest seg opp på tematikken, deltatt på kurs eller også søkt eksternt veiledning.

Bemerkning: Det er jo for så vidt bra og kan bli til nytte på lang sikt, men spørsmålet er hvorfor man ikke bruker de som allerede er utdannet. Det er for eksempel utdannet nærmere 300 sexologiske rådgivere, som i stor grad arbeider innenfor det etablerte helsevesenet.

Fra Rapporten: Noen ganger har BUP også en rolle der man skal bekrefte at pasienten ikke har noen aktuell psykisk lidelse før eventuell kjønnsbekreftende inngrep, noe som fordrer en alternativ tilnærming til å avdekke og behandle psykisk lidelse.

Bemerkning: Det er meningsløst å skrive dette uten å føye til at majoriteten av de psykiske plager man møter er knyttet til minoritetsstress og at det derfor er helt uhensiktsmessig å behandle psykisk lidelse, før en retter opp i inkongruensopplevelsen.

Fra Rapporten: 2.3.3. NBTS

Bemerkning: Henvisningstallet 527 for 2017 sparker ben under de i Rapporten tidligere estimerte 800.

Svært mange av de klientene som behandles utenfor NBTS henvises aldri dit, delvis fordi de ikke vil og delvis fordi det for en del klienter er uhensiktsmessig og noen ganger skadelig å henvise til en instans som med stor sannsynlighet vil avvise dem. Mange pasienter ønsker ikke kontakt med NBTS fordi de opplever at behandlerne ikke har nødvendig kompetanse inår det gjelder kjønnsinkongruens. Dette skyldes sannsynligvis den store utskiftingen av behandlere og at disse umulig kan ansettes på bakgrunn av spesifikk kompetanse på området kjønnsinkongruens. Vi har tidligere påpekt det dårlige ryktet NBTS har påført seg. Dette problemet blir ikke berørt som en grunn til at mange pasienter søkt hjelp utenfor NBTS.

Fra Rapporten: Tabellen over er basert på manuell opptelling fra NBTS årsrapporter (<https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2016>). Kvalitet og tilgjengelighet i NBTS sin rapportering er kritisert bl.a. i ekspertgruppens rapport (Hdir 2015), og tjenesten har nå gjennomgått en omorganisering. I endelig rapport for 2017 (som publiseres samme sted) vil det gå frem mer detaljert oversikt over aktivitet knyttet til poliklinisk utredning, endokrinologi, plastikkirurgi, gynekologi og logopedi mv.

Bemerkning: Dert hadde kanskje vært en idé å sørge for en bedre oversikt over pasienter både ved og utenfor NBTS.

Fra Rapporten: NBTS får tilfredsstillende vurderinger av innhold, tilgjengelighet, kompetansespredning, veiledning og rådgivning.

Bemerkning: Det synes svært urimelig på bakgrunn av alle klagesakene – som ikke har opphørt etter omorganiseringen. Disse vurderingene kan umulig være gjort av pasienter og/eller deres pårørende.

2.4 Områder i behandlingstilbudet med mangelfull kompetanse

Fra Rapporten: Det er behov for økt faglig konsensus rundt tilbudet til pasientgruppen, noe som er behandlet på flere vis i dette arbeidet (kap 1.2 og 1.3), og dessuten går frem av mediedebatt og rapporten fra Helsedirektoratet (2015). Dette er faglig og prinsipiell uenighet som kan forvitte og utmatte både pasienter og behandlere. Pasienter og pårørende kan oppleve avmakt, økt smertetrykk og redusert livskvalitet, og behandlere kan trekke seg unna fagområdet grunnet høyt konfliktnivå og interessepolitisk eksponering.

Bemerkning: Dette er så sant, så sant. Hittil har imidlertid NBTS vist liten eller ingen vilje til samarbeid og erfaringsutveksling med de i landet som har jobbet lengst og mest omfattende med personer som opplever kjønnsinkongruens

Fra Rapporten: Likevel er inntrykket at volumet, selv om det er i vekst, fortsatt er lite i den enkelte kommune. Det betyr at mange fagpersoner som møter pasienter med kjønnsdysfori har begrenset erfaring og kompetanse, men også at man har lite kjennskap til behandlingsalternativer, nettverk og andre fagressurser.

Bemerkning: Det må tilføyes at noen fagmiljø utenfor NBTS tar imot og imøtekommer henvendelser fra hele landet både når det gjelder personer som selv har behov for behandling, fra deres pårørende og fra et stort antall fagmiljø, inklusive psykologiske og psykiatriske. Det kunne

imidlertid vært på sin plass å etablere regionale sentra som kunne bistå lokale beandlere rundt om i landet.

Fra Rapporten: Der det finnes en kommunal psykologtjeneste er denne gjerne organisert som en oppfølgingstjeneste som i liten grad har kompetanse og ressurser til å ta aktiv del i lavterskel behandling og utredning. Selv om både NBTS og ulike bruker/ interessegrupper tilbyr veiledning, savnes det kontinuitet i behandling og oppfølging, informasjonsspredning til helsestasjoner, fastleger og psykisk helsevern.

Bemerkning: Rapporten unnlater her å nevne de fagmiljøene utenfor NBTS som har drevet behandling og veiledning i mange år. Som tidligere påpekt, støtter vi tanken om å styrke lavterskeltilbud, for eksempel helsesøster tilbud/skolehelsetjenesten, til personer som opplever kjønnsinkongruens

Fra Rapporten: Pasienter som er behandlet trenger oppfølging. Det er kjent at mange pasienter utvikler depresjoner når de får østrogenbehandling og disse trenger sakkyndig oppfølging. DPS kan ikke ha en vedvarende oppfølging av pasientene, noe som krever kompetanse og ressurser i kommunene.

Bemerkning: Bruken av ordet «mange» er ikke dekkende, «noen» ville være mer passende. Vi kan ane nok et subtilt psykiatiserende innspill. Uttrykket *sakkyndig oppfølging* vil lett kunne tolkes som noe en bare kan få i psykiatrien.

Fra Rapporten: Det savnes en poliklinisk virksomhet for disse pasientene som har et annet tilbud enn BUP/DPS, og heller en tverrfaglig modell med team for utredning og oppfølging. Det nevnes behov for å etablere spesialisert team for denne gruppen barn/ungdommer for å øke erfaringsgrunnlag og samle regional kompetanse i nettverk og/eller i enkelte poliklinikker.

Bemerkning: Dette høres bra ut. Det er viktig at de fleste pasientene i denne gruppen ikke har psykiske lidelser, men de trenger kunnskap og støtte i forhold til sin prosess.

Fra Rapporten: Inntrykket er at behandlerne kjenner på utrygghet ved å skulle ha ansvar for den type vurderinger som nå gjøres ved NBTS, og derfor ønsker et videreført sentralisert tilbud.

Bemerkning: De vurderingene som gjøres ved NBTS bør endres! Portvokterfunksjonen anses som antikvarisk. Denne pasientgruppen kan trenge hjelp til å gjøre kvalifiserte valg, og få informasjon om at det noen ganger kan være nødvendig å skynde seg langsomt. Et økende antall fastleger, i samarbeid med sexologisk kompetent fagpersonell går inn og medvirker effektivt i mange behandlinger. Vi merker et underliggende budskap om at dette generelt er en særdeles vanskelig gruppe å arbeide med. Dette er en gammeldags holdning som er basert på forestillinger om at kjønnsinkongruens er en mental lidelse og kan være en vrangforestilling.

Fra Rapporten: Også i DPS rapporteres for liten kunnskap om denne gruppens typiske psykologiske vansker og konflikter både før og etter et eventuelt kjønnskifte.

Bemerkning: Ordet kjønnskifte er utdatert, et mer korrekt uttrykk er kroppslige justeringer. Ja, vi er enige om at det trengs mer kunnskap. Spørsmålet er hvilken kunnskap som er ønskelig.

Fra Rapporten: Den nasjonale behandlingstjenesten har erfart en sterk økning i henvisninger parallelt med en omfattende organisatorisk endring (kap 2.3.3.). Tjenesten har blitt kritisert langs flere linjer, men fremstår nå mer robust både i kompetanse og organisasjon. NBTS må ha et forsvarlig system for å håndtere turnover, rekruttering og gi erfaring til nye medarbeidere.

Bemerkning: Påstanden om at NBTS framstår som mer robust må underbygges. Praksis viser alt annet enn dette. Det er lite eller ingenting vi har klart å oppdrive i CV'ene til de som jobber der som tilsier kompetanse om kjønn og seksualitet. Pasienter opplever stadig behandlere med sviktende kompetanse og vurderingsevne. Flere slike opplevelser er i den siste tiden publisert i media.

Fra Rapporten: Innen rammen av ny diagnosemanual (ICD-11) vil både regioner og nasjonale helsemyndigheter måtte vurdere organisering og faglige innhold i sine tilbud. ICD-11 vil representere en ny forståelse av tilstander og utfordringer knyttet til seksuell helse, og dette kan gi nye føringer for utredning, behandling og oppfølging. Dessuten vil den påvirke utdanning, veiledning, rekruttering og behandlingsforløp, og nødvendigvis innebære en ny og oppdatert vurdering av NBTS sitt mandat og kriterier for behandling.

Bemerkning: Dette har det transkompetente beandlingsmiljøet utenfor NBTS vært klar over lenge, og ser at når diagnosen tas ut av kapitlet for mentale lidelser, vil også grunnlaget for NBTS sitt mandat endres radikalt. Vår oppfatning er at det kunne være hensiktsmessig med et spesialisert team for de aller mest kompliserte pasientene som kan ha psykiske problemer og nevropsykiatriske tilstander. I tillegg kan det være hensiktsmessig at det eksisterer spesialisert kompetanseder det oppstår komplikasjoner i forhold til hormonbehandling, selv om dette er sjelden. For å sikre det nødvendige antall operasjoner for å sikre kirurgisk kompetanse, kan det være hensiktsmessig å sentralisere kirurgien til å omfatte hele Norden.

3.Forslag

Fra Rapporten: Parallelt bør den nasjonale tjenesten få tildelt ressurser for å ivareta økningen i antallet henvisninger og oppgaver som sikrer kompetansespredning. Frem til et regionalt tilbud har slik kompetanse må alle utredninger og oppstart av behandling foregå i den nasjonale tjenesten. Kun gjennom en total sentral oversikt av pasientene kan man vurdere om noen bør følges opp mer regionalt.

Bemerkning: Dette er påstander det overhodet ikke finnes verken erfaringsmessig eller forskningsmessig belegg for. Den beste og enkleste måten å skaffe oversikt vil være å søke i norsk pasient register. Det er absurd at kompetente instanser utenfor NBTS skulle måtte be NBTS om «tillatelse» til å behandle. Vi kjenner ingen andre praksiser i Helsevesenet som likner på dette. Den virker i sin totalitære holdning angstbitersk. En normal praksis ville være at helsevesenet lokalt vurderer hvilke pasienter som skal henvises til mer spesalisert behandling. NBTS har gjennom sin virksomhet først og fremst skaffet seg kompetanse på de NBTS behandlerne mener har diagnosen F64.0. Personer som opplever kjønnsnongruens er langt mer mangfoldig, og mange vil ikke ha behov for eller ønske medisinsk behandling. Det vil derfor i økende grad være meningsløst å opprettholde forestillingen om at man kan ha full oversikt over denne gruppen. Det er også bemerkelsesvedig at behandlingstilbudet til trans i denne rapporten, snur pinsippet om 1. linje, evt. 2. linje og evt 3. linje helt på hodet.

Fra Rapporten: *Innen rammen av ny diagnosemanual (ICD-11) vil både regioner og nasjonale helsemyndigheter måtte vurdere organisering og faglige innhold i sine tilbud. ICD-11 vil representere en ny forståelse av tilstander og utfordringer knyttet til kjønnsidentitet, og dette kan gi nye føringer for utredning, behandling og oppfølging. Dessuten vil den påvirke utdanning, veiledning, rekruttering og behandlingsforløp, og nødvendigvis innebære en ny og oppdatert vurdering av NBTS sitt mandat og kriterier for behandling.*

Bemerkning: Dette er vi helt enige i. Spørsmålet er igjen på hvilket grunnlag en slik vurdering skulle gjøres. Rapporten «Rett til rett kjønn» har i stor grad tatt hensyn til den utviklingen som fører til endring i ICD-11.

Fra Rapporten: *Det er videre enighet om at genitalkirurgi og komplisert endokrinbehandling fortsatt bør ligge sentralt.*

Bemerkning: Hva står «videre» for? Man får inntrykk av enighet om det foregående. Det er det ikke. Her en nok en formodentlig tilsiktet subtilitet.

Fra Rapporten: *Kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens bør få mer plass i utdanning av helsepersonell, og det er grunn til å forvente en mer mangfoldig tilnærming til kjønnsidentitetsutvikling i relevante grunn- og videreutdanning fremover. Det har over tid vært en profesjonsdebatt omkring sexologi bl.a. i dette fagområdet, noe dette arbeidet ikke har tatt stilling til. Likevel er det sexologiske perspektivet vesentlig å inkludere både når det gjelder utredning, behandling og oppfølging både for barn, ungdom og voksne.*

Bemerkning: Dette er for vagt uttrykt. ICD-11 knytter kjønnsinkongruens entydig til kompetanse hva angår seksuell helse, seksuell helse er sexologiens domene, utrolig da at det er «noe dette arbeidet ikke har tatt stilling til».

Fra Rapporten: *Hvilke kriterier som pt skal utløse rett til (hormonell og kirurgisk) behandling, om dette utelukkende skal baseres på opplevd kjønnsdysfori eller på gjeldende etablerte og operasjonaliserte diagnosekriterier med empirisk grunnlag.*

Bemerkning: Nok en gang forsøker Rapportskriverne å overbevise lesere om at det finnes objektive kriterier for diagnostikk. Kjønnsidentitet er en subjektiv opplevelse, hvilket er erkjent og denne opplevelsen vil det nødvendigvis måtte tas hensyn til.

3.1 Kriterier for behandling regionalt og nasjonalt

Fra Rapporten: *I en viss utstrekning foregår lokal hormonbehandling utenom den nasjonale behandlingstjenesten både innen og utenfor indikasjonen F 64.0. Videre også henvisning til privat brystkirurgi parallelt med utredning og diagnostikk ved NBTS. Det er uenighet om i hvilken grad dette er forstyrrende for utredning og diagnostikk ved NBTS, og om det er en forsvarlig medisinsk praksis. Fra NBTS oppfattes dette som krevende.*

Bemerkning: Hadde denne rapporten tatt inn all kunnskap arbeidsgruppa faktisk har fått presentert, hadde det her vært på sin plass også her å nevne at miljøet utenfor NBTS ikke har klager og at de behandlerne som jobber utenfor NBTS generelt er langt bedre utdannet enn de «høyspesialiserte» behandlerne på NBTS.

3.2 Funksjonsfordeling mellom NBTS og regionale behandlingstilbud

Fra Rapporten: Det er enighet om større grad av lokal og regional kompetanse og medvirkning i utredning og oppfølging av pasientgruppen. Denne organisasjonsmodellen er formelt gjeldende, men regional kompetanse fremstår fragmentert og baseres på enkelte klinikere med særskilt interesse. Det er få om noen robuste og tverrfaglige miljøer på regionalt nivå.

Bemerkning: Her ville det være på sin plass å nevne at det foreligger et regelmessig samarbeid mellom klinikere som jobber utenfor NBTS i gruppa som kalles «Transkompetansegruppa». Denne gruppa vokser stadig, og vi ser at liknende grupper er dannet andre steder f. eks. i Stavanger/Sandnes området. Det framstår som nedlatende å bruke betegnelsen: *klinikere med særskilt interesse*, uten en gang å antyde at gruppen også har særskilt kompetanse, opererer tverrfaglig og har gjort så i noen ti-år.

Rapporten presenterer en modell for Organisering, kjønnsinkongruens/dysfori

Bemerkning: Utrolig nok, på tross av ICD -11 og seksuell helse, er ikke sexologisk kompetanse nevnt i denne modellen!

Fra Rapporten: Regionale fagmiljøer bør samles i enkelte klinikker og/eller nettverk avhengig av geografi og befolkningstetthet. RHF bør også vurdere øremerkede stillinger enten i klinikker og/eller for avtalespesialister som kan ha et hovedansvar for tverrfaglig koordinerte tiltak med tilfredsstillende kvalitet.

Slike fagmiljøer vil kunne gi utredningsbidrag og korte ned utredning- og ventetid ved den nasjonale tjenesten. Man vil og kunne gjennomføre mer av monitorering og observasjon mellom behandlingsfaser, og derved redusere reiser og avlaste både pasienter og NBTS.

Bemerkning: Det ville være fint å etablere øremerkede stillinger, gjerne i regionale kompetansesentra. Dette ville også kunne ivareta ambisjonene i regjeringens strategiplan for seksuell helse. Det er i denne sammenhengen nødvendig å se at NBTS sin rolle vil bli overflødig, annet enn som henvisningsinstans i forhold til spesielt kompliserte problemstillinger.

Fra Rapporten: Et tydelig uttalt behov er også at regionene bør etablere et apparat for oppfølging og støttende behandling til mennesker som har gjennomgått hel eller delvis kjønnsbekreftende behandling, avbrutt behandling, fått avslag på behandling eller ikke ønsker behandling ved NBTS.

Bemerkning: Flott! Her ville det være på sin plass å si noe om hvilke fag dette apparatet skal inneholde. Kompetanse i forhold til kjønn og seksualitet burde være en selvfølge.

Rapportens tilnærming er egnet til å opprettholde en nærmest mytisk forestilling om hvor uhyre vanskelig det er å behandle mennesker som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori.

Økonomiske konsekvenser

Fra Rapporten: *Regionale kompetanseløft. Det er ulike syn på organisering av regionale kompetansenettverk i forlengelsen av ny diagnosemanual (ICD-11), og i hvilken grad psykisk helsevern skal inngå i dette. Man kan snu denne problemstillingen og stille spørsmål om hva som ev skal være alternativet til at utredning og oppfølgingsansvar ligger innen BUP og DPS. Følgelig er det skissert stimulering innen BUP og DPS som "pakker" der ulike regioner kan tilrettelegge innsatsen basert på egne pasientvolumer og eksisterende kompetansemiljøer.*

Bemerkning: Det er forunderlig at rapporten ikke tar opp i seg at det ikke finnes noe miljø eller noen utdanning innenfor det eksisterende formaliserte helsevesenet, bortsett fra videreutdanninger innen sexologi.

Rapporten viser at verken DPS, BUP eller psykologi, psykiatri utdannede gis kompetanse på dette feltet. Alternativet til oppfølgingsansvar innen BUP og DPS er å benytte de som har videreutdanning innen sexologi, avhengige av hvilken grunnutdanning de har.

Det er selvfølgelig en god idé å øke den sexologiske kompetansen innenfor BUP og DPS, da må de tilsette der sette seg på skolebenken og lære om kjønn og seksuell helse.

Det kan også være et spørsmål hvorvidt klinikker for psykisk helse også vil ta opp i seg at psykisk helse i stor grad er uttrykk for sosiale og kulturelle problemer, som også vil kreve andre tilnærminger enn den tradisjonelle biomedisinske sykdomsforståelsen.

Referanser:

Steensma TD et al (2013), «*Gender identity development in adolescence*». Hormones and Behavior

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2014). **Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure**. Psychology Of Sexual Orientation And Gender Diversity, doi:10.1037/sgd0000081

Winters, Kelley (2017). *Revisiting Flawed Research Behind the 80% Childhood Gender Dysphoria 'Desistance' Myth. Issues on reform of the diagnostic categories of Gender Identity Disorder and Transvestic Fetishism in the DSM-5*

Med hilsen

Esben Esther Pirelli Benestad og Elsa Almås
Professorer i sexologi Universitetet i Agder

Fakultet for Helse og idrett

