

Seminarrapport – Fagdag om kjønnsinkongruens

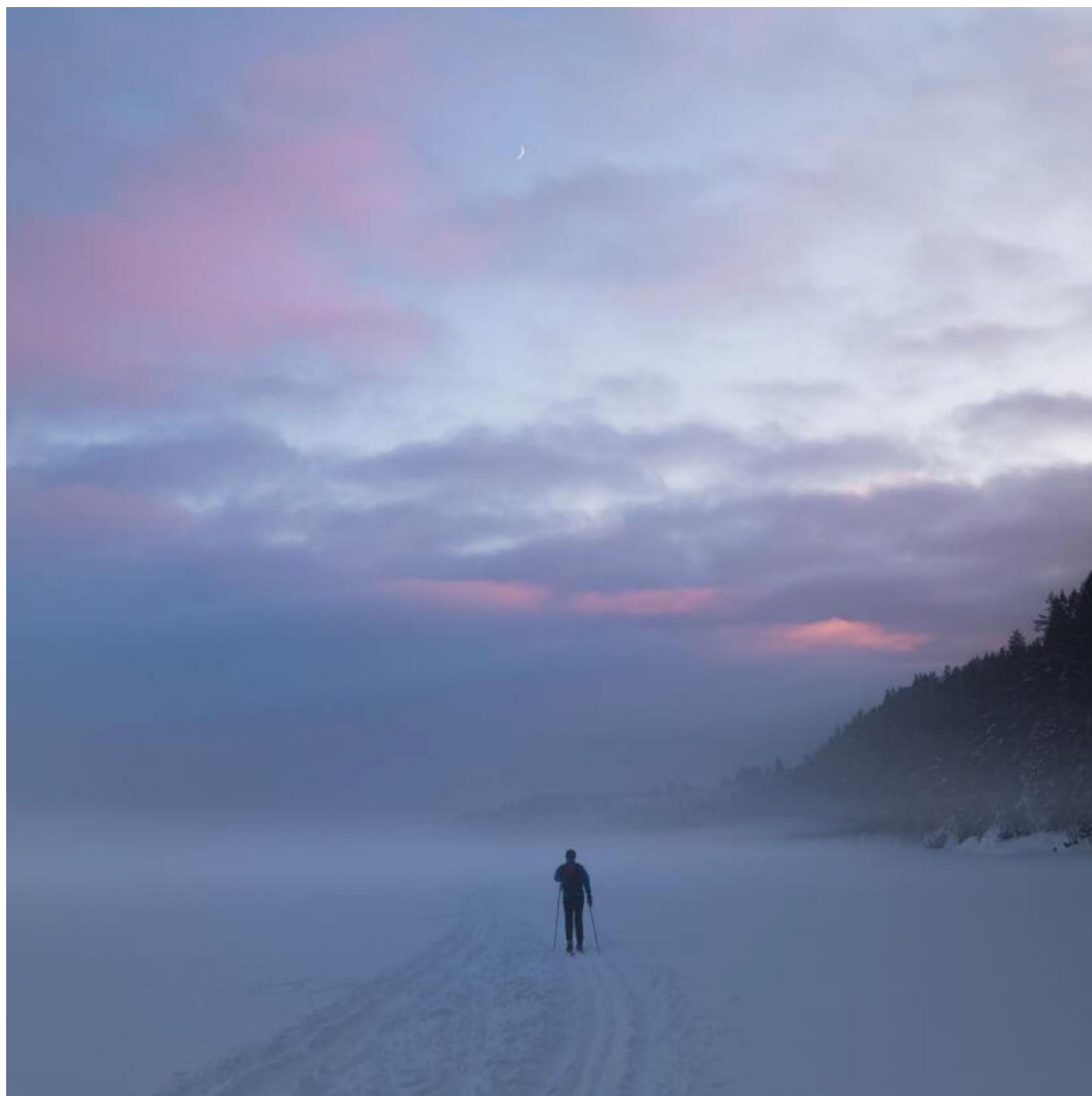


Foto: Oslo kommune
Design/layout: Oslo kommune
Etterarbeid tekst: Anniken Sørli og
Reidar Schei Jessen
Ansvarlige: Rådet for kjønns- og
seksualitetsmangfold

Innhold

1	Bakgrunn for rapporten	6
1.1	Beskrivelse av “Fagdag om kjønnsinkongruens”	6
1.2	Program – Fagdag om kjønnsinkongruens 22. juni 2021	7
1.3	Kort om rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold	8
1.4	Om forfatterne av rapporten	8
1.4.1	Anniken Sørlie.....	8
1.4.2	Reidar Schei Jessen	8
2	Introduksjon.....	8
3	Kjønnsinkongruens og andre begreper	9
4	Juridisk perspektiv: retten til kjønnsidentitet.....	11
5	Hvordan er helsetjenesten organisert?	15
6	Hva slags behandling gis og ønskes?	17
6.1	Barn og unge	19
6.2	Behandlingsdilemma i møte med barn og unge	21
7	Juridisk perspektiv: relevante pasientrettigheter	23
7.1	Informert samtykke	25
8	Juridisk perspektiv: nærmere om forsvarlighetskravet	27
9	Politisk påvirkning og endring	29
10	Oppsummeringer og anbefalinger.....	30
Vedlegg – Sak 50/22 Rådets uttalelse om behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens.....		33

Forord

De siste årene har debatten rundt helsetilbudet for transpersoner og personer med kjønnsinkongruens vært konfliktfylt og preget av sterke meninger. Samtidig viser den første levekårsundersøkelsen som inkluderte personer med kjønnsinkongruens (2020) at denne gruppen blant annet sliter mer med ensomhet og psykiske utfordringer. Forskning viser at dette henger sammen med diskriminering og manglende anerkjennelse; blant annet understreket i en uttalelse fra World Psychiatric Association i 2016, som slår fast at når LHBT+ personers rettigheter og likeverd anerkjennes, synker raten av psykisk sykdom.

Siden rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold (RKS) ble opprettet og hadde sitt første møte (2019) har vi behandlet en rekke saker som knytter seg til hva vi anser som en årelang behandlingskrise for personer som bryter med normer for kjønn. En krise som har bidratt til stor personlig smerte for mange med et medisinsk behandlingsbehov. Krisen har også medført unødvendig lidelse for de av oss som trenger kompetente samtalepartnere som har muligheten til å gi verktøy for økt livsmestring og livskvalitet.

Rådets mandat er å uttale seg i politiske saker som omhandler våre grupper. Det har for oss vært en utfordring å danne oss et helhetlig bilde av behandlingssituasjonen og gi våre politikere kunnskap og råd. Utfordringen er mye knyttet til mangelen på åpen og bred dialog med aktørene på feltet. Derfor inviterte vi fagfolk og organisasjoner med ulike synspunkt for å diskutere hvordan vi sammen kunne sikre et verdig og godt helsetilbud.

“Fagdag om kjønnsinkongruens” ble derfor arrangert i anledning Oslo Pride og Pride House i 2021. Vi hadde et sterkt ønske om at Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS) og Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme/kjønnsinkongruens (NBTS) ved Oslo universitetssykehus ville møte opp til samtale med Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS), Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI), Helse- og omsorgsdepartementet og Regionalt senter for kjønnsinkongruens ved Sykehuset i Vestfold. Vi hadde tidlig i prosessen fått postdoktorene Anniken Sørli og Reidar Schei Jessen til å lede samtaler og til å utforme en rapport som tok for seg de elementene som ville komme frem under samtalen. Dessverre ønsket ikke HBRS og NBTS å møte opp på et slikt arrangement. På bakgrunn av dette ønsket vi at forskerne brukte mer tid på å kompensere for dette ved å forsøke å representere deres synspunkter gjennom rapporten.

Som rådsleder vil jeg takke rådsmedlemmer som siden 2019 har vært representert i flere av arbeidsgruppene vi har hatt i rådet for å følge opp helsetilbudene som har spesiell kompetanse for å møte våre målgrupper. Luca Dalen Espseth, Miriam Staffansdotter Langmoen, Filip Sommerseth, Stephen Adom, Maria Christoffersen, Marianne Nordli, Ivan Holt og Hans Heen Sikkeland har vært rådets viktigste stemmer i dette arbeidet og har gjort en viktig jobb for denne gruppen. Jeg vil også takke for at vi har kommunalt ansatte hos HKS og vår egen rådssekretær, Marte Stine Skinnerlien, for den tette og gode dialogen vi har for å bedre levekårene til personer som bryter med normer for kjønn og seksualitet. Det har for oss vært et viktig mål å komme med en rapport og uttalelse som ikke krever forhåndskunnskap om temaet, men som løfter uenighetene på feltet og gir innblikk i problemstillingene. Rådet håper rapporten og vår uttalelse

kan bidra til at nåværende og fremtidige helsetjenester som jobber for å bedre helsen til oss som bryter med normer for kjønn og seksualitet etableres med utgangspunkt i LEON-prinsippene.

Til slutt ønsker jeg å takke postdoktor Reidar Schei Jessen og postdoktor Anniken Sørli for å ha skrevet denne rapporten for rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold.

På vegne av rådet,

Marit Bjerke

Leder i rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold, Oslo kommune.



1 Bakgrunn for rapporten

Rådets oppgave er å følge opp saker som omhandler våre målgrupper. En rekke levekårsrapporter peker på større og mindre helseforskjeller mellom majoritetsbefolkningen og oss som minoritetsgruppe. Helsetilbudene som er ment til å utjevne helseforskjeller er sentralt i vårt arbeid. Spesielt har vi sett en rekke utfordringer knyttet til behandlingen av kjønnsinkongruens. Som et kommunalt råd har vi fokusert på vår egen kommune, men når det gjelder medisinsk behandling av personer med kjønnsinkongruens er lokale tilbud avhengig av at de kan benytte seg av den høyspesialiserte behandlingen som gis gjennom det nasjonale tilbudet. Dette gjensidig avhengige forholdet er ikke på plass, men vi har heller en situasjon med stor faglig uenighet som forverrer situasjonen til mange av de menneskene som er avhengige av disse tjenestene.

Siden 2019 har vi som råd løftet frem mange bekymringer rundt manglende ressurser hos HKS som har resultert i inntaksstopp, bortprioriteringer av de av oss som ikke trenger behandling for kjønnsinkongruens, men som trenger et lavterskel helsetilbud grunnet seksualitet eller kjønn. Vi har forsøkt å bidra med våre synspunkt i implementeringen av retningslinjer for behandling av kjønnsinkongruens, men vi ser ikke en endring i den nasjonale behandlingstjenesten, noe som medfører at flere i vår målgruppe står uten et tilbud.

Vi har ytret et sterkt ønske om at flere i landet skal kunne nyte av den fagkompetansen HKS har gitt Oslo kommunes befolkning. I arbeidet med dette har vi opplevd at dette er et felt der helse, jus og menneskers behov ikke er på samme side. En annen utfordring for rådet er å kommunisere disse sakene overfor offentlig sektor og politikere. Rådet har derfor sett behovet for en bedre gjennomgang av rammer og behov.

1.1 Beskrivelse av “Fagdag om kjønnsinkongruens”

“Fagdag om kjønnsinkongruens” ble arrangert under Oslo Pride/Pride House 22. juni 2021. Formålet med fagdagen var å nå ut med kunnskap om kjønnsinkongruens og samle personer med ulike innfallsvinkler, dette for å få et helhetlig bilde av behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens. Rådet inviterte eksperter og fagfolk med ulike synspunkter, samfunnsdebattanter og folk med personlig erfaring med helsetjenestene.



Bilde fra fagdagen. Fra venstre: Anniken Sørlie, Reidar Schei Jessen, Ingun Wik, Luca Dalen Espseth og Maria Jahrman Bjerke.

1.2 Program – Fagdag om kjønnsinkongruens 22. juni 2021

Velkommen:

- Ordfører Marianne Borgen

Brukerstemmer:

- Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens - PKI v/Luca Dalen Espseth

Fagdel (TEDs):

- Silje-Håvard Bolstad (Universitetet i Agder): «Hva er kjønnsinkongruens og hvordan kan vi gi god helsehjelp?»
- Reidar Schei Jessen (Universitetet i Oslo): «Kjønnsinkongruens - et ungdomsperspektiv».
- Arild Johan Myrberg (Helsedirektoratet): «Hvordan og hva er de nasjonale retningslinjene»
- Anniken Sørlie (Høgskolen i Østfold): «Retten til identitet og helsehjelp, kjønnsinkongruens i et juridisk perspektiv»
- Ingun Wik (Helsestasjon for kjønn og seksualitet): «Oslo kommunes tilbud til personer med kjønnsinkongruens ved HKS»

Panelsamtale:

Ordstyrere:

- Anniken Sørlie
- Reidar Schei Jessen

Paneldeltakere:

- Statssekretær Maria Jahrman Bjerke (Helse- og omsorgsdepartementet)

- Even Tyr Bjerkeli (Regionalt senter for kjønnsinkongruens ved Sykehuset i Vestfold)
- Luca Dalen Espseth (Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens – PKI)
- Ingun Wik (Helsestasjon for kjønn og seksualitet - HKS)

Opptak fra fagdagen ligger her: https://fb.watch/aXNcSTUu_Q/

1.3 Kort om rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold

Rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold er et av kommunens fem sentrale brukerråd. Rådet har rett til å bli hørt i kommunens sentrale saker og skal gi råd til både byrådet og bystyret. Rådet kan også ta opp saker på eget initiativ, samt medvirke til at sentrale politiske målsettinger blir ivaretatt. Rådet prioriterer selv hvilke høringssaker rådet behandler. Rådet skal motta saker på et så tidlig tidspunkt i saksbehandlingen, at rådets uttalelse har mulighet til å påvirke utfallet i saken. Uttalelsene skal følge saksdokumentene til det organet som avgjør saken endelig. For mer informasjon om rådet: <https://www.oslo.kommune.no/politikk/sentrale-rad/radet-for-kjonns-og-seksualitetsmangfold/#gref>

1.4 Om forfatterne av rapporten

1.4.1 Anniken Sørлие

Anniken Sørлие er postdoktor ved Institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo (UiO). Hun er utdannet jurist ved UiO og disputerte i 2018 over doktorgradsavhandlingen *The right to gender identity: a grounded life cycle perspective* ved Det juridiske fakultet i Oslo. Sørлие ble i 2019 tildelt H.M. Kongens gullmedalje for avhandlingen.

1.4.2 Reidar Schei Jessen

Reidar Schei Jessen er postdoktor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo (UiO). Jessen er utdannet psykolog ved UiO og disputerte i 2021 over doktorgradsavhandlingen *Inside out and outside in: Towards a clinical and dialectical model of gender dysphoria amongst transgender and gender non-conforming youth* ved Psykologisk institutt, UiO.

2 Introduksjon

I forbindelse med Oslo Pride og Pride House arrangerte Rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold i Oslo kommune den 22. juni 2021 "Fagdag om kjønnsinkongruens". Arrangementet hadde følgende introduksjon:

Ingen helsetjenester i Norge er så kontroversielle og omdiskuterte som tilbudet for transpersoner og andre med kjønnsinkongruens. I sentrum for konflikten står to ulike behandlingsmodeller, to ulike fagmiljøer, og etter hvert også to ulike pasientorganisasjoner. Både stortingspolitikere og kommentatorer i riksmidia slenger seg på debatten, med sterke meninger på ustødig faglig grunnlag. Og hele det offentlige Norge snakker nå om og ikke med transpersoner og andre med kjønnsinkongruens. Oslos råd for kjønns- og seksualitetsmangfold inviterer til en fagdag om kjønnsinkongruens. Vi har invitert eksperter, fagfolk med ulike synspunkter, samfunnsdebattanter og folk med personlig erfaring med helsetjenestene. Sammen skal vi prøve å få oversikt.

I forkant fikk vi i oppdrag å skrive en oppsummering av fagdagen og en kunnskapsgjennomgang til bruk i møte med politikere og fagfolk. Vi som har ført rapporten i pennen er henholdsvis jurist (Anniken) og psykolog (Reidar). Vi har begge forsket på trans* innenfor hver vår fagdisiplin. Målet med rapporten er å gi en lett forståelig oversikt over feltet som ikke forutsetter forhåndskunnskap om kjønnsinkongruens, og å gi et innblikk i dilemmaer og uenigheter på feltet. Rapporten er derfor ikke en systematisk kunnskapsgjennomgang eller en vurdering av hvordan helsetilbudet bør være, men løfter frem hovedfunn fra et sammensatt forskningsfelt. Rapporten har ikke til hensikt å være verken uttømmende eller å fremme en side; vi forsøker å beskrive så nøkternt som overhodet mulig, og å løfte frem dilemma og det vi anser for å være reelle uenigheter. Som fagpersoner har vi ofte vært frustrerte over at premissene for det som diskuteres i den offentlige debatten ofte er uklare, og at det dermed kan være vanskelig å forstå hva de eventuelle uenighetene handler om. Denne rapporten er et forsøk på å sammenfatte de viktigste forholdene som er relevante for behandlingstilbudet for personer som opplever kjønnsinkongruens, slik at vi kan komme raskest mulig til kjernen når vi diskuterer behandlingstilbudet for kjønnsinkongruens - for å arbeide sammen om målet om å sikre et verdig og godt helsetilbud for personer med kjønnsinkongruens. Vårt utgangspunkt for denne rapporten er at vi antar at aktørene på feltet deler et ønske om å gi den enkelte person som lever med kjønnsinkongruens et best mulig behandlingstilbud. Vi vil allerede innledningsvis understreke behovet for dialog mellom fagmiljøene for å lykkes med dette. Rapporten bygger på informasjon som kom frem under fagdagen. Oslo kommunes Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS) er en av aktørene som var med på fagdagen. HKS er et kommunalt tilbud som i flere år har behandlet barn og ungdommer med kjønnsinkongruens, og deres erfaringer blir tatt med underveis i rapporten. I tillegg har vi supplert med annen relevant forskning. Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) stilte ikke opp på fagdagen, og vi har derfor forsøkt å kompensere for dette ved å forsøke å representere deres synspunkter når det har vært relevant.

Overskriftene er ment å gjøre det lettere for leseren å finne frem til de delene som er av interesse. Begynn med de temaene du synes virker mest interessante eller relevante for deg!

3 Kjønnsinkongruens og andre begreper

Normer for kjønn har alltid vært i endring. Historikere har dokumentert kjønns mangfold opp gjennom historien som på ulike måter utfordrer tokjønnsmodellen.¹ Likevel har tokjønnsmodellen stått sterkt, altså antagelsen om at det finnes bare to kjønn. Man har dessuten gjerne antatt at alle identifiserer seg med tildelt kjønn ved fødsel (fødselskjønn). Cis er et begrep som ofte brukes om personer som identifiserer seg med sitt tildelte fødselskjønn. Samlebetegnelsen trans* eller transperson viser derimot til mennesker som på ulike måter bryter med antagelsen om at man er enten mann eller kvinne, eller at man identifiserer seg med sitt fødselskjønn.² Kjønnsinkongruens er den medisinske betegnelsen for manglende samsvar mellom registrert kjønn ved fødsel og kjønnsidentitet.³ Diagnosen kjønnsinkongruens har erstattet diagnosen transseksualisme i den internasjonale diagnosemanualen ICD. Sett hen til fagdagens tematikk og

1 Hanne Marie Johansen, *Skeive linjer i norsk historie frå norrøn tid til i dag*, 2019.

2 Bufdir, Lhbtq-ordlista. Hentet 24. februar 2022: https://www.bufdir.no/lhbt/lhbt_ordlista/

3 Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens, 2020.

vårt oppdrag bruker vi stort sett begrepet “kjønnsinkongruens” i denne rapporten. Helsedirektoratet skriver om endringen i diagnosemanualen ICD at

Endringene får konsekvenser for tilnærmingen til forskningen og kunnskapsbasert praksis. Kjønnsinkongruens regnes ikke lenger som en psykisk forstyrrelse. Personer som opplever kjønnsinkongruens inkluderer både ikke-binære, ikke-kjønnsnormative (bryter med samfunnets forventninger til kjønnsidentitet og -uttrykk) og de som definerer seg som enten mann eller kvinne/gutt eller jente (binære).⁴

Mennesker bryter på ulike måter med normer for kjønn, og særlig blant barn er det ikke uvanlig å utforske kjønn. Vi snakker kanskje ikke om det i offentligheten, men de fleste som jobber med barn på daglig basis er kjent med at det slettes ikke er uvanlig at de yngste blant oss kan leke med ulike kjønnsuttrykk på en måte som de fleste voksne ikke gjør.⁵ Studier fra 1990-tallet indikerte at blant barn så blir 2 - 30 % kategorisert som kjønns mangfoldige. Dette betyr at de på ulike måter bryter med normer for kjønn og kjønnsuttrykk.⁶ Samtidig bør vi ha i mente at det kan være vanskelig å måle dette hos barn, siden det ofte er foreldre eller andre i omgivelsene som vurderer hvorvidt barna er kjønnsnormbrytende eller ikke. Når de ikke-kjønnsnormative barna kommer i puberteten ser det imidlertid ut til at de blir mer kjønnskonforme. Studier indikerer at ungdom blir mer enten-eller i sine kjønnsuttrykk, og at mange av de som utforsket ulike kjønnsuttrykk som barn slår seg til ro i eget fødselskjønn. Dette kan også indikere at ungdomstiden er preget av større sanksjoner blant ungdommene selv, og at den gradvise introduksjonen til voksenlivet gjør at mange av de barna som tidligere lekte seg med kjønnsuttrykk ser seg nødt til å innta en mer konform stil.⁷

Det er ikke lett å anslå hvor mange som opplever kjønnsinkongruens i Norge i dag, men det har vært en betydelig økning i antall henvisninger til Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK)⁸ de siste ti årene. NBTK har det nasjonale behandlingsansvaret for tilstanden. I 2021 ble 690 personer henvist til NBTK.⁹ 211 av disse var barn og 479 var voksne. 28 % av de henviste under 18 år hadde mannlig fødselskjønn, mens 72 % hadde kvinnelig. Blant de over 18 år var andelen med tildelt mannlig fødselskjønn høyere. Blant de unge som de siste ti årene har oppsøkt HKS, har et flertall av de under 16 hatt kvinnelig fødselskjønn, mens det har vært en enda større økning av de med mannlig fødselskjønn i gruppen over 16 år, som tyder på at de med kvinnelig fødselskjønn ber om hjelp tidligere enn de med mannlig fødselskjønn.¹⁰ Tallene kan muligens tyde på at transpersoner med mannlig fødselskjønn oppsøker hjelp senere enn de med kvinnelig fødselskjønn. En internasjonal undersøkelse som sammenfattet studier fra 1960-

⁴ Helsedirektoratet, 2020 s. 46.

⁵ Bernadette Wren, «Thinking postmodern and practising in the enlightenment: Managing uncertainty in the treatment of children and adolescents», *Feminism & Psychology*, vol. 24, nr. 2, 2014 s. 271–291.

⁶ Birgit Möller, Herbert Schreier, Alice Li og George Romer, «Gender identity disorder in children and adolescents», *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, vol. 39, nr. 5, 2009 s. 117–143.

⁷ *ibid.*

⁸ Helsedirektoratet skriver om navneendringen fra Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, til Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens, at «Navneendringen er godkjent under forutsetning av at innholdet i tjenesten endres slik at det er i samsvar med de overordnede føringer i den nasjonale retningslinjen.» Brev fra Helsedirektoratet til Statsforvalteren i Oslo og Viken, Svar på henvendelse - Ber om avklaring med hensyn til hvem som kan skrive ut hormoner til pasienter med kjønnsinkongruens, 6. desember 2021, ref. 2021/18770.

⁹ Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens, Årsrapport, 2021.

¹⁰ Personlig korrespondanse med Ingun Wik 22. mars 2022.

tallet og frem til i dag indikerte at 0,0046 % av befolkningen opplever kjønnsinkongruens.¹¹ Den samme studien viste også at antallet med kjønnsinkongruens økte med tiden, noe forfatterne mente at kunne henge sammen med åpenhet og toleranse i samfunnet. En senere studie viste at opptil 8,4 % av befolkningen rapporterte ulike grader av kjønnsvariasjon og usikkerhet knyttet til eget kjønn, uten at de nødvendigvis hadde diagnosen kjønnsinkongruens.¹²

I Ungdata-studien fra 2020 – en undersøkelse som sendes ut til alle landets skoleelever – svarte 1,4 % at de hører til kategorien “Annet” når de ble spurt om kjønn. De to andre alternativene var mann eller kvinne.¹³ Vi vet ikke hvor mange av disse som opplever kjønnsinkongruens, men tallene gir et tydelig signal om at noen ikke føler seg hjemme i kvinne- eller mannskategorien.

Den første norske levekårsundersøkelsen som inkluderte transpersoner og personer med kjønnsinkongruens kom i 2020.¹⁴ Den viste på den ene siden oppløftende resultater; mange transpersoner er stolte over egen identitet og kjenner på samhold og tilhørighet med andre i samme situasjon. Samtidig rapporterer flere transpersoner sammenlignet med befolkningen for øvrig at de har tenkt på eller prøvd å ta sitt eget liv. Rapporten viser også mer selvrapportert ensomhet og psykisk uhelse hos transpersoner og større utsatthet for vold og opplevd diskriminering. Et betydelig antall forteller dessuten at de skjuler identiteten sin i mange situasjoner, og skammer seg over å være trans.¹⁵ Vi legger ikke frem dette for å svartmale situasjonen, men ser på det som viktig bakgrunnskunnskap.

4 Juridisk perspektiv: retten til kjønnsidentitet

Rettighetene til personer med kjønnsinkongruens i Norge er blitt styrket de siste ti årene. I denne delen gir vi et innblikk i enkelte rettigheter som er av betydning for å forstå den rettslige statusen til personer som opplever kjønnsinkongruens og myndighetenes forpliktelser til å sikre rettighetene. Innsikt i enkeltindividers rettigheter og myndighetenes forpliktelser er av betydning for å kunne føre faglige diskusjoner om spørsmål som for eksempel hvordan helsehjelp til personers med kjønnsinkongruens bør organiseres, hvilket innhold helsehjelpen bør ha, hvilke krav som stilles til den, og helsepersonells forpliktelser i møte med pasienter. Litteraturen i fotnotene anbefales for de som ønsker en mer grundig behandling av juridiske spørsmål knyttet til helsehjelp til personer som opplever kjønnsinkongruens.

Det er ingen egen menneskerettskonvensjon for personer som opplever kjønnsinkongruens, slik som vi har for enkelte andre grupper, som for eksempel FNs kvinnediskrimineringskonvensjon, men både internasjonale og regionale menneskerettskonvensjoner gjelder for personer som

11 Jon Arcelus, Walter Pierre Bouman, Win Van Den Noortgate, Laurence Claes, Gemma L. Citcombe og Fernando Fernández Aranda, «Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism», *European Psychiatry*, vol. 30, nr. 6, 2015 s. 807-815.

12 Qi Zhang, Michael Goodman, Noah Adams, Trevor Corneil, Leila Hashemi, Baudewijntje Kreukels, Joz Motmans, Rachel Snyder og Eli Coleman, «Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data», *International Journal of Transgenderism*, vol. 21, nr. 2 s. 125-137.

13 Willy Pedersen, Ketil Slagstad & Tilmann von Soest, «Nye seksualiteter, nye kjønn?». I G. Ødegård og W. Pedersen (red.), *Ungdommen*, 2021.

14 Norman Anderssen, Helga Eggebø, Elisabeth Stubberud og Øystein Holmelid, *Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*, Universitetet i Bergen, 2021.

15 *ibid.*

opplever kjønnsinkongruens. Det menneskerettslige vernet har vokst frem gradvis gjennom internasjonale traktatororganers fortolkninger av konvensjonene.¹⁶ I norsk rett er også flere sentrale menneskerettigheter inntatt i Grunnloven, for eksempel retten til privatliv i § 102 og retten til likhet og ikke-diskriminering i § 98. Videre er følgende fem menneskerettskonvensjoner¹⁷ av særlig betydning fordi de i tillegg til å nedfelle sentrale rettigheter, også er gitt forrang dersom det skulle oppstå motstrid mellom konvensjonene og annen norsk lovgivning¹⁸:

- den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK)
- FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)
- FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP)
- FNs barnekonvensjon (BK)
- FNs kvinnediskrimineringskonvensjon (KDK)

Yogyakartaprinsippene¹⁹ er prinsipper om anvendelse av internasjonale menneskerettigheter når det gjelder seksuell orientering og kjønnsidentitet. Prinsippene er utledet av rettslig bindende internasjonale menneskerettigheter, og er utarbeidet av en gruppe menneskerettighetsekspert. Prinsippene ble lansert i henholdsvis 2007 (Yogyakartaprinsippene) og 2017 (Yogyakartaprinsippene+10). Det er et såkalt soft law dokument, som innebærer at de ikke er juridisk bindende, men prinsippene anvendes i økende grad av menneskerettsorganer og domstoler. Norge støtter disse prinsippene. Retten til den høyest oppnåelige helsestandard er konkretisert i prinsipp 17, som også utdyper myndighetenes forpliktelser.

Retten til privatliv er nedfelt i blant annet Grunnloven § 102, EMK artikkel 8, SP artikkel 17 og BK artikkel 16. Det er særlig retten til privatliv etter artikkel 8 i EMK som har vært sentral for utviklingen i rettsstillingen til personer som opplever kjønnsinkongruens. I retten til privatliv ligger den enkeltes rett til respekt for psykisk og fysisk integritet, og personlige identitet. Innbakt i dette ligger både seksuell orientering og kjønnsidentitet. Det innebærer at den enkeltes kjønnsidentitet er beskyttet etter EMK. I retten til privatliv ligger både at statens myndigheter er forpliktet til å la være å gripe inn i retten til privatliv (negativ forpliktelse) og at staten er forpliktet til å sikre og beskytte retten til privatliv (positiv forpliktelse). I plikten til å sikre ligger en handlingsplikt for staten, for eksempel at staten må legge til rette for en ordning for endring av juridisk kjønn for personer som har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling.²⁰ Tilbydere av

16 For nærmere om utviklingen av det menneskerettslige vernet, se Anne Hellum, «Vern mot diskriminering på grunnlag av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk - noen utviklingslinjer i internasjonal og norsk rett», i Reidun Førde, Morten Kjelland og Ulf Stridbeck (red.), *Cand.mag., cand.med., cand.jur., cand.alt: Festskrift til Aslak Syse 70 år*, Gyldendal, 2016 s. 191–213; Anne Hellum og Vibeke Blaker Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett*, Gyldendal 2022.

17 Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) § 2.

18 Menneskerettsloven § 3.

19 International Commission of Jurists (ICJ), *Yogyakarta Principles – Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity*, Yogyakarta 2007 og 2017.

20 Christine Goodwin mot Storbritannia, 11. juli 2002, Application No. 28957/95. I årene etter Christine Goodwin-saken har den europeiske menneskerettsdomstolen behandlet en rekke andre spørsmål om transpersoners rettigheter.

Domstolen har konkludert med brudd i saker vedrørende blant annet sterilisering som vilkår for adgang til kjønnsbekreftende behandling (Y.Y. mot Tyrkia, 10. mars 2015, Application No. 14793/08) og sterilisering som vilkår som endring av juridisk kjønn (A.P., Garçon og Nicot mot Frankrike, 6. april 2017, Application Nos. 79885/12, 52471/13 og 52596/13). Domstolen har ikke konkludert med brudd i saker om blant annet krav om diagnosen

helsetjenester må ivareta den enkeltes rett til respekt for privatliv, inkludert kjønnsidentitet. Ved en vurdering av om staten har brutt sine positive forpliktelser, må det undersøkes om det foreligger en rettferdig balanse mellom individets og samfunnets interesser. Når det vurderes om staten har brutt sine negative forpliktelser, gjøres vurderingen etter EMK artikkel 8 (2). Etter artikkel 8 (2) er det tillatt å gjøre inngrep i retten til privatliv når inngrepet er i samsvar med loven, inngrepet søker å beskytte et av de opplistede formålene (f. eks beskytte andres rettigheter og friheter, helse eller moral), er egnet og nødvendig for å beskytte et eller flere av formålene, og det er forholdsmessighet mellom individets og samfunnets interesser. Retten til privatliv må også ses i sammenheng med andre rettigheter, som blant annet vernet mot diskriminering etter EMK artikkel 14 og likestillings- og diskrimineringsloven § 6²¹, som vi kommer nærmere inn på under.

I 2016 ble lov om endring av juridisk kjønn vedtatt. Loven trådte i kraft 1. juli 2016. Gjennom lovens vedtakelse, ble det tidligere vilkåret om kirurgisk fjerning av reproduktive organer for endring av juridisk kjønn fjernet. Det tidligere vilkåret var ikke hjemlet i lov, men fulgte derimot av fast forvaltningspraksis som ble etablert på 1960-/70-tallet.²² Etter loven fra 2016 kan juridisk kjønn endres basert på egenerklæring for personer over 16 år. Det kreves verken medisinsk behandling eller undersøkelse for endringen, men det er bare mulig å endre fra mann til kvinne eller omvendt.²³ Det er med andre ord ikke mulig å endre til en tredje kjønnskategori. Barn mellom 6 og 16 år må søke sammen med den eller de som har foreldreansvaret. Ved felles foreldreansvar, men der bare den ene er enig i endringen, kan barnets juridiske kjønn likevel endres dersom Statsforvalteren i Oslo og Viken finner at det er til barnets beste.²⁴ For barn under 6 år er det et vilkår at «barnet har en medfødt usikker somatisk kjønnsutvikling.» Dette må dokumenteres av helsepersonell.²⁵ Lov om endring av juridisk kjønn regulerer ikke helsehjelp. Det er derimot regulert gjennom den ordinære helselovgivningen, som vi kommer tilbake til senere. Det står skrevet om dette i forarbeidene til lov om endring av juridisk kjønn at

«Reglene om rett til å endre juridisk kjønn regulerer ikke spørsmålet om hvem som har rett til kjønnsbekreftende eller annen medisinsk behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven. Å endre juridisk kjønn vil ikke i seg selv utløse en rett til slik utredning og behandling, men det forhold at en person har endret juridisk kjønn vil kunne

kjønnsdysfori/transseksualisme (A.P., Garçon og Nicot mot Frankrike, 6. april 2017, Application Nos. 79885/12, 52471/13 og 52596/13), og krav om enten skilsmisse eller omgjøring av ekteskap til registrert partnerskap (eller omvendt) for endring av juridisk kjønn (Hämäläinen mot Finland, 16. juli 2014, Application No. 37359/09). For nærmere om EMD-praksis om transpersoners rettigheter, se Anniken Sørli, «The right to gender identity: a grounded life cycle perspective», PhD-avhandling ved Det juridiske fakultet, UiO, 2018; Daniela Alaattinoğlu, Lars Andre Strøm Arnesen og Anniken Sørli, «Retten til kjønnsidentitet og juridisk registrering av kjønn: utviklingslinjer fra menneskerettsdomstolens praksis og norsk rett» i Anne Hellum og Anniken Sørli (red.), *Frihet, likhet og mangfold: Kjønnsidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst*, Gyldendal, 2021 s. 63-93.

21 Lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven, ldl.)

22 For nærmere om den tidligere forvaltningspraksisen, se Anniken Sørli, «Retten til kjønnsidentitet som menneskerettighet: Kan norsk forvaltningspraksis' krav om irreversibel sterilisering ved endring av fødselsnummer forsvares?», Masteroppgave, Kvinneverrettslig skriftserie, 2013 nr. 90/ 2013.

23 Lov 17. juni 2016 nr. 46 om endring av juridisk kjønn § 2.

24 For nærmere om relevante momenter i denne vurderingen, se Prop. 74 L (2015-2016) *Lov om endring av juridisk kjønn* punkt 8.3.5.2.

25 Lov om endring av juridisk kjønn § 4.

inngå som en del av grunnlaget for den medisinske vurderingen av hvilken helsehjelp personen eventuelt skal tilbys.”²⁶

Diskriminering på grunn av kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, eventuelt i kombinasjon med andre vernede diskrimineringsgrunnlag, er forbudt etter likestillings- og diskrimineringsloven § 6 og Grunnloven § 98, i tillegg til etter menneskerettskonvensjonene nevnt over.²⁷ Diskriminering vil si direkte eller indirekte forskjellsbehandling etter §§ 7 og 8 som ikke er lovlig etter §§ 9, 10 og 11.²⁸ For at vi har å gjøre med diskriminering, kreves dermed at det foreligger direkte eller indirekte forskjellsbehandling, dvs. at noen stilles dårligere enn andre, at det er sammenheng mellom forskjellsbehandlingen og et eller flere vernede diskrimineringsgrunnlag (for eksempel kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk), og at forskjellsbehandlingen ikke har en begrunnelse som likevel gjør den tillatt. Det vil si at ikke all forskjellsbehandling er forbudt. Forskjellsbehandling er tillatt dersom forskjellsbehandlingen søker å nå et saklig formål, forskjellsbehandlingen er nødvendig for å oppnå formålet, og forskjellsbehandlingen “ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles.”²⁹ Likestillings- og diskrimineringsloven nedfeller også et forbud mot trakassering som også gjelder for kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.³⁰ Det innebærer at den enkelte har et vern mot trakassering på grunnlag av kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i møte med helsetjenesten. I tillegg nedfeller diskrimineringsloven en plikt for blant annet arbeidsgivere til å forebygge og forhindre trakassering.³¹ Likestillings- og diskrimineringsloven gjelder på alle samfunnsområder. Forbudet mot diskriminering og trakassering gjelder derfor også i helse- og omsorgstjenesten.

26 Prop. 74 L (2015-2016) *Lov om endring av juridisk kjønn* s. 32-33.

27 For en helhetlig fremstilling av vernet mot diskriminering og trakassering, se Anne Hellum og Vibeke Blaker Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett*, Gyldendal 2022.

28 Ldl. § 6 fjerde ledd.

29 Ldl. § 9 første ledd.

30 Ldl. § 13.

31 Ldl. § 13 sjette ledd.



5 Hvordan er helsetjenesten organisert?

Det norske helsevesenet bygger på det såkalte LEON-prinsippet, altså at man skal gi behandling og utredning på lavest mulige omsorgsnivå.³² Videre er helsetjenesten delt inn i to hovedskillelinjer. Kommunene står for allmennhelsetjenesten, dette er for eksempel fastleger eller helsestasjoner.³³ Hvis en tilstand ikke kan behandles her, så sendes pasienten videre til spesialisthelsetjenesten, altså helseforetakene.³⁴ Hvis det lokale sykehuset ikke kan tilby behandling, så sendes pasienten til et større og gjerne mer sentralt sykehus.³⁵ I Norge tilbys kjønnsbekreftende behandling i den såkalte tredjelinjetjenesten, altså Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) ved Oslo universitetssykehus.³⁶ Kjønnsinkongruens, og da særlig hormonbehandling og kirurgi, har vært ansett for å være så komplisert og sjelden at det må behandles ved en spesialisert enhet i Oslo. *Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens* legger nå imidlertid opp til at større deler av behandlingen for kjønnsinkongruens skal desentraliseres og legges til de ulike regionale helseforetakene.³⁷ NBTK har ansvaret for å lære opp de regionale

32 Geir Sverre Braut, «LEON» i Store norske leksikon, <https://sml.snl.no/LEON>.

33 Kommunens ansvar for å sørge for primærhelsetjenester er regulert i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven, hol.).

34 Statens ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenesten er regulert i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven, sphl.) § 2-1.

35 Magne Nylenna og Geir Sverre Braut, «Helsetjenesten» i Store norske leksikon, <https://sml.snl.no/helsetjenesten>.

36 For en oversikt over nasjonale behandlingstjenester, se Helsedirektoratet, «Oversikt nasjonale tjenester til nettsider 2022», <https://www.helsedirektoratet.no/tema/nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten/oversikt-nasjonale-tjenester-til-nettsider-2022>.

37 Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens*, 2020.

helseforetakene. Det har blitt opprettet et regionalt senter for kjønnsinkongruens ved Sykehuset i Vestfold.³⁸

For vurdering og eventuell behandling ved NBTK kreves henvisning fra pasientens fastlege i førstelinjetjenesten og etter hvert spesialisthelsetjenesten. Før de nasjonale faglige retningslinjene for kjønnsinkongruens ble lansert i 2020 var det krav om at henvisning til NBTK skulle skje gjennom lokal Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for pasienter under 18 år og Distriktpsikiatrisk senter (DPS) for de over 18 år. Lokale behandlere ved BUP og DPS skulle gjennomføre en psykiatrisk vurdering for å utelukke eventuelle psykiske lidelser. Dette var i tråd med World Professional Association for Transgender Health (WPATH) sine behandlingsretningslinjer, som anbefalte at helsepersonell med kompetanse innen psykisk helse skulle gjøre en vurdering av pasientens samtykkekompetanse før medisinsk behandling ble tilbudt.³⁹

I 2019 besluttet imidlertid Verdens helseorganisasjon at diagnosen kjønnsinkongruens ikke lenger er å regne som en psykisk lidelse.⁴⁰ Dette førte til at pasienter med kjønnsinkongruens mistet rett til psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, altså BUP eller DPS. NBTK har på sin side opprettholdt sitt krav om henvisning fra enten BUP eller DPS, for å sikre utredning av eventuell psykisk lidelse. Det er av den grunn uenighet om hvorvidt navneendringen fra NBTS til NBTK er godkjent av Helsedirektoratet.⁴¹ På spørsmål om NBTK er strengere enn den nasjonale faglige retningslinjen, svarer Anne Wæhre ved NBTK til Aftenposten at: "Vårt svar er at vi snakker om en sårbar gruppe. Vi ønsker derfor en tidlig vurdering i spesialisthelsetjenesten - selv om kjønnsinkongruens ikke er en psykiatrisk lidelse".⁴² Ingun Wik ved HKS på sin side, er kritisk til at NBTK krever en utredning fra BUP og knytter dette til en utdatert bruk av diagnosemanualen fra NBTKs side.⁴³ Hun stiller også spørsmål ved hva en psykiatrisk utredning skulle kunne påvise av psykopatologi som skulle tilsi at pasienten ikke opplevde kjønnsinkongruens. Også Johan Georg Torgersen, divisjonsdirektør i Helsedirektoratet, er kritisk til å stille krav om psykiatrisk utredning for tilbud om pubertetsblokkere og kjønnsbekreftende hormoner til barn og unge. Torgersen uttaler i en artikkel til NRK at "Å stille det som krav for hele gruppa, mener vi bryter med prinsippet om at alle må vurderes individuelt etter behov. Kjønnsinkongruens er ingen psykiatrisk lidelse."⁴⁴ Etter retningslinjene er psykiatrisk eller psykologisk utredning ikke en betingelse for kjønnsbekreftende behandling.⁴⁵

Under fagdagen kom problematikken rundt henvisninger og psykiatrisk utredning frem. Ingun Wik ved HKS mente at situasjonen med tanke på henvisninger har blitt vanskeligere etter at Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens kom, fordi mange ungdommer faller mellom

³⁸ For nærmere informasjon se det regionale senterets nettsider: <https://www.siv.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/dps-vestfold/regionalt-senter-for-kjonnsinkongruens#les-mer-om-regionalt-senter-for-kjonnsinkongruens>.

³⁹ World Professional Association for Transgender Health, Standarder for behandling, 2011

⁴⁰ World Health Organization, International Classification of Diseases, 2019.

⁴¹ Se note 8.

⁴² Bjørn Egil Halvorsen, «Får Oda det bedre som Ola? Nå skal 1200 pasienthistorier kartlegges», Aftenposten 8. februar 2022.

⁴³ ibid.

⁴⁴ Sverre Lilleeng og Kirsti Kringstad, «Sverige har strammet inn behandling til unge transpersoner. I Norge går vi motsatt vei.» NRK, 3. april 2022. Tilgjengelig her: https://www.nrk.no/trondelag/hormonbehandling-og-pubertetsblokkere-til-transpersoner_-sverige-strammer-inn_-norge-gar-motsatt-vei-1.15874823

⁴⁵ Helsedirektoratet, 2020, s. 24.

to stoler; de avvises hos NBTK på bakgrunn av manglende utredning hos BUP og DPS, samtidig som BUP og DPS ikke tar imot henvisninger for det som ikke lenger er en psykisk lidelse og dermed ikke en del av prioriteringsveilederen for psykisk helsevern. NBTK mener på den ene siden at kjønnsinkongruens er en tilstand som bør behandles i spesialisthelsetjenesten. På den andre siden mener HKS sammen med brukerorganisasjonene FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold og Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) at det bør kunne tilbys hormonbehandling i førstelinjetjenesten, altså på kommunalt nivå. Dette viser dessuten at uenigheter om behandling av kjønnsinkongruens må sees i lys av organiseringen av helsetjenester for øvrig.

Om hormonbehandling til personer over 18 år sier retningslinjen:

«Hormonell behandling av voksne utføres i hovedsak i spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra pasientens fastlege. Det kan vurderes oppstart hos fastlege, avtalespesialist eller privat aktør. Dette forutsetter kompetanse på feltet og skjer i et samarbeid/faglig nettverk med regionale sentre i spesialisthelsetjenesten.

Oppfølging av behandling, kontroller og justering av dosering av legemidler kan utføres hos fastlegen, eller ved lokale sykehus i samarbeid med regionalt senter og/eller nasjonal behandlingstjeneste.»⁴⁶

Kjønnsbekreftende inngrep på bryst kan ifølge retningslinjene gjennomføres ved regionalt senter, mens inngrep på kjønnsorganer gjøres ved NBTK.⁴⁷

Når det gjelder barn og unge under 18 år, gis ifølge retningslinjene oppstart av behandling med pubertetsutsettende hormoner og potensielt irreversible hormonbehandlinger ved NBTK frem til de regionale sentrene har bygget opp kompetanse. Oppfølging og kontroller skjer hos fastlege, helsestasjon og/eller lokalsykehus i samarbeid med NBTK – eller etter hvert et regionalt senter.⁴⁸

6 Hva slags behandling gis og ønskes?

I 2020 publiserte Helsedirektoratet for første gang “Nasjonale faglige retningslinjer for kjønnsinkongruens”.⁴⁹ Nasjonale faglige retningslinjer hadde blitt sterkt etterspurt over flere år. Det henger sammen med at det over lang tid har vært uenig blant fagmiljøer om hvordan helsetilbudet bør organiseres og hvilken helsehjelp som bør gis og når den bør gis. Hensikten med slike faglige retningslinjer er å sikre at alle pasienter i Norge med samme diagnose gis lik behandling. Dette var som nevnt særlig viktig på feltet kjønnsinkongruens, siden myndighetene over flere år hadde mottatt klager på behandlingen fra enkeltpersoner. I så måte kan retningslinjene sees på som tiltak for å sikre menneskerettslige forpliktelser som lik tilgang til helsehjelp. Nasjonale retningslinjer er likevel ikke rettslig bindende, og ved en eventuell motstrid

⁴⁶ Helsedirektoratet, 2020, s. 26.

⁴⁷ Helsedirektoratet, 2020, s. 27.

⁴⁸ Helsedirektoratet, 2020, s. 29.

⁴⁹ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens, 2020.

mellom en faglig retningslinje og lov eller forskrift, vil loven og forskriften gå foran.⁵⁰ Retningslinjene kan dermed fravikes dersom det i enkelttilfeller er forsvarlig.

I likhet med WPATH slår Helsedirektoratet fast at medisinsk behandling forutsetter at man får diagnosen kjønnsinkongruens stilt av helsepersonell. Videre legger Helsedirektoratet prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå til grunn. Dette innebærer at kjønnsinkongruens i størst mulig grad skal behandles så nært pasientens bosted, altså i de ulike regionale helseforetakene.

Nå kort om utviklingstrekk ved den medisinske behandlingen. På 1950-tallet begynte leger å tilby medisinsk behandling for transpersoner og andre med kjønnsinkongruens, for å endre kroppen i samsvar med kjønnsidentitet. Dette skjedde samtidig med en stigende erkjennelse av at psykoterapi som hadde som mål å få folk til å endre kjønnsidentiteten i tråd med tildelt fødselskjønn - ofte omtalt som konverteringsterapi - både var uetisk, uten effekt og direkte skadelig.⁵¹ En slik medisinsk behandling begynner typisk med hormoner; testosteron for å maskulinisere og østrogen for å feminisere. Deretter fortsetter mange, men absolutt ikke alle, med ulike former for kirurgi; først og fremst bryster, underliv og ansikt. De første tiårene ble denne behandlingen kun gitt til voksne, altså de over 18 år. I tillegg var legene nærmest enerådende når det skulle besluttes hvem som skulle få behandling.⁵²

I begynnelsen tenkte man at kjønnsbekreftende behandling innebar at pasienten gjennomgikk både hormonbehandling og kirurgi.⁵³ I dag anerkjenner man i større grad at behandlingsbehovene varierer fra person til person.⁵⁴ Dette ble bekreftet under fagdagen av PKI, som hadde gjennomført en uformell undersøkelse blant egne medlemmer. Undersøkelsen viste også blant annet at 87 % av de spurte rapporterte behov for hormonbehandling, 64 % brystkirurgi og 45 % genitalkirurgi. 99 % fortalte at de ønsket ulike former for støttesamtaler, rådgivning eller terapi underveis i behandlingsprosessen. Under fagdagen understreket PKI også at så godt som alle har et sterkt behov for samtalebehandling.⁵⁵

En tredjedel av medlemmene i PKI identifiserer seg som ikke-binære, noe som indikerer at behandlingsbehovene er mer mangefasettete enn det man tidligere typisk anså for å være fra "fra kvinne til mann eller motsatt".⁵⁶ Undersøkelsen til PKI viste at 77 % av de ikke-binære respondentene oppga behov for medisinsk behandling. NBTK oppgir på sin side til media at de ikke har et tilbud om kjønnsbekreftende behandling til ikke-binære personer.⁵⁷ Kjersti

50 Marion Hirst, «Innledning», i Anne Kjersti Befring og Marion Hirst (red.), *Helserett i et nøtteskall*, Gyldendal 2019, s. 13-31, s. 31.

51 Colt Keo-Meier og Diane Ehrensaft, *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*, American Psychological Association, 2018.

52 Sigrid Sandal, «Kirurgi og byråkrati», i Anne Hellum og Anniken Sørli (red.), *Frihet, likhet og mangfold. Kjønnsidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst*, Gyldendal, 2021 s. 42-62; Ketil Slagstad, «Transkjønn i medisinen - en historie om diagnoser mellom stigma og omsorg», i Anne Hellum og Anniken Sørli (red.), *Frihet, likhet og mangfold. Kjønnsidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst*, Gyldendal, 2021 s.180-199.

53 *ibid.*

54 Colt Keo-Meier og Diane Ehrensaft, *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*, American Psychological Association, 2018.

55 Luca Dalen Espseth, Brukerstemmer: Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens, Fagdag om kjønnsinkongruens 22. juni 2021.

56 *ibid.*

57 Marthe Svendsen, «Mina får ikke støtte til å fjerne brystene», NRK, 18. januar 2022. Tilgjengelig her: <https://www.nrk.no/trondelag/mina-far-ikke-kjonnsmbekeftende-behandling-pa-oslo-universitetssykehus-1.15807893>

Guldbrandsen ved NBTK skriver til NRK at “Dette er fordi det mangler vitenskapelig dokumentasjon for at en slik behandling er effektiv for denne gruppen. [...] Når det gjelder personer med ikke-binær kjønnsinkongruens finnes det mindre forskning, men det er en økende interesse. Oslo universitetssykehus har akkurat nå ingen studier gående på dette feltet.”⁵⁸ Når det gjelder barn er usikkerheten rundt langtidsvirkninger ifølge Anne Wæhre, leder av KID-teamet ved OUS, spesielt viktig. Wæhre uttaler til Aftenposten at “Det handler om at kjønnsidentiteten i den alderen ikke er stabil og etablert”.⁵⁹ I 2021 oppga 18 av 568 personer som ble henvist til NBTK at de var ikke-binære.⁶⁰ HKS erfarer på den andre siden at de blir kontaktet av en større andel ikke-binære.⁶¹ Det er derfor vanskelig å si hvor mange ikke-binære det er som søker hjelp. Siden NBTK har uttalt offentlig at de ikke behandler ikke-binære så kan det tenkes at dette påvirker hva pasienter oppgir om seg selv. PKI er kritiske til at NBTK ikke tilbyr behandling til ikke-binære personer, og viser blant annet til at dette tilbys i andre land.⁶² Verdens Helseorganisasjons (WHO) nye diagnosemanual ICD-11 skiller ikke mellom binære og ikke-binære, men omtaler alle under paraplybegrepet kjønnsinkongruens.

PKI og fagfolk som holdt innlegg på fagdagen presiserte betydningen av å bekrefte kjønnsidentitet. Fravær av bekreftelse av kjønnsidentitet, for eksempel hvis fagfolk betviler opplevelsen av kjønn, gjør ubehaget verre for personer med kjønnsinkongruens. Forskning har over flere år dokumentert de skadelige konsekvensene stigma og diskriminering har på personer med kjønnsinkongruens.⁶³ Økt åpenhet for kjønnsmangfold og inkludering kan på den andre siden lette på ubehaget og redusere plager knyttet til kjønnsinkongruens.⁶⁴

6.1 Barn og unge

Barn og unge ble i motsetning til voksne ikke tilbudt medisinsk behandling før på 1990-tallet. På denne tiden begynte leger og psykologer å gi reversibel pubertetsutsettende behandling til ungdom som hadde strevd med kjønnsinkongruens i lang tid. Ungdommene som ble tilbudt denne behandlingen opplevde endringene i puberteten som svært ubehagelige, fordi kroppen utviklet seg i feil retning. Dette kunne for eksempel være et barn med mannlig fødselskjønn, som hadde levd som jente i mange år; plutselig førte puberteten til at kroppen endret seg i en maskulin retning. Tanken bak pubertetsutsettende behandling var å gi ungdommene og deres familier tid til å reflektere over behandlingsvalg i fremtiden, uten å leve i frykt for at kroppen endrer seg drastisk og irreversibelt.⁶⁵

⁵⁸ *ibid.*

⁵⁹ Jacob Semb Aasmundsen, «Et tredje kjønn vil ikke få medisinsk behandling», Aftenposten 3. februar 2022.

⁶⁰ Marthe Svendsen, «Mina får ikke støtte til å fjerne brystene», NRK, 18. januar 2022. Tilgjengelig her: <https://www.nrk.no/trondelag/mina-far-ikke-kjonnsbekreftende-behandling-pa-oslo-universitetssykehus-1.15807893>

⁶¹ Personlig korrespondanse med Ingun Wik, 22. mars 2022.

⁶² Marthe Svendsen, «Mina får ikke støtte til å fjerne brystene», NRK, 18. januar 2022. Tilgjengelig her: <https://www.nrk.no/trondelag/mina-far-ikke-kjonnsbekreftende-behandling-pa-oslo-universitetssykehus-1.15807893>

⁶³ Colt Keo-Meier og Diane Ehrensaft, 2018.

⁶⁴ Maureen D. Connolly, Marcus J. Zervos, Charles J. Barone, Christine C. Johnson og Christine L.M. Joseph, «The mental health of transgender youth: Advances in understanding», *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, nr. 5, 2016 s. 489–495.

⁶⁵ Annelou de Vries og Peggy Cohen-Kettenis, «Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach», *Journal of Homosexuality*, vol. 59, nr. 3, 2012 s. 301–320.

Etter hvert begynte den internasjonale organisasjonen for profesjonelle aktører som jobber med kjønnsinkongruens, World Professional Association for Transgender Health (WPATH), å utgi standardiserte retningslinjer for behandling. Den syvende utgaven ble utgitt i 2011, og anbefaler at ungdom blir satt på pubertetsutsettende behandling.⁶⁶ Det anbefales videre at kjønns hormoner ikke skal tilbys før ungdommen har fylt 16 år, og kirurgi først ved 18-års alder.⁶⁷ WPATH arbeider nå med den åttende utgaven av *Standarder for behandling*, som er planlagt lansert våren 2022.⁶⁸



I dag anbefaler man at pubertetsutsettende behandling ikke gis i mer enn fire år før man tar valget om å begynne med kjønns hormoner eller lar den medfødte puberteten utvikles.⁶⁹ Grunnen til dette er bekymring for at fravær av kjønns hormoner, enten det kommer fra medfødt pubertet eller tilføres eksternt, skal føre til mangeltilstander hos ungdommen. Det har vært særlig

66 World Professional Association for Transgender Health, *Standarder for behandling*, 2011.

67 Wylie C. Hembree, Peggy T. Cohen-Kettenis, Louis Gooren, Sabine E. Hannema, Walter J. Meyer, M. Hassan Murad, Stephen M. Rosenthal, Joshua D. Safer, Vin Tangpricha og Guy G. T'Sjoen, «Endo- crine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 103, nr. 2, 2017, s. 3869–3903.

68 For nærmere se WPATH, *Standards of Care Version 8*, oppsøkt 6. april 2022. Tilgjengelig her: <https://www.wpath.org/soc8>

69 Reidar Schei Jessen og Kirsten Sandberg, «Psykologisk og medisinsk behandling av barn og ungdom med kjønnsinkongruens - en fagetisk og menneskerettslig diskusjon», i Anne Hellum og Anniken Sørli (red.), *Frihet, likhet og mangfold: Kjønnsidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst*, Gyldendal Akademisk 2021, s. 225-265 med videre henvisninger.

bekymring knyttet til utvikling av benskjørhet og hjerneutvikling på lang sikt, hvis ungdommen står på pubertetsutsettende behandling over flere år.⁷⁰ Det understrekes imidlertid at kunnskapsgrunnlaget i dag er for svakt, og at forskerne ikke kan konkludere når det gjelder langtidskonsekvenser av pubertetsutsettende behandling.

6.2 Behandlingsdilemma i møte med barn og unge

WPATH er tydelige på at medisinsk behandling forutsetter at helsepersonell med kompetanse innen psykisk helse gjennomfører en utredning for å sikre at pasienten er samtykkekompetent.⁷¹ I de norske retningslinjene er ikke dette like tydelig, men det anbefales at et tverrfaglig team gjør en bred vurdering av behandlingsbehov før eventuell medisinsk behandling igangsettes hos ungdom.⁷²

Både de norske og internasjonale retningslinjene er mer liberale når det gjelder behandling for de over 18 år sammenlignet med barn og ungdom. For de voksne legges det først og fremst vekt på den enkeltes ønsker og vurdering av egen situasjon, og det skal mye til for å nekte medisinsk behandling for kjønnsinkongruens. Det er imidlertid flere dilemma knyttet til medisinsk behandling for de under 18 år. Vi har allerede nevnt usikkerhet rundt langtidsvirkninger som følge av pubertetsutsettende behandling.⁷³ I tillegg innebærer hormonbehandling og pubertetsutsettende behandling som regel tap av fertilitet.⁷⁴ Det anbefales derfor at man drøfter spørsmål knyttet til fertilitet og fremtidige ønsker om barn med ungdommene før pubertetsblokkere og hormonbehandling igangsettes.

I begynnelsen var inklusjonskriteriene for pubertetsutsettende behandling strenge; ungdommene skulle helst være uten betydelige psykiske vansker og psykososiale utfordringer, og familien skulle være støttende. Etter hvert har disse kriteriene blitt mindre restriktive, og både pubertetsutsettende behandling og hormoner gis til flere i dag enn for tjue år siden.⁷⁵ Denne

⁷⁰ Julia Cartaya og Ximena Lopez, «Gender dysphoria in youth: A review of recent literature», *Current opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, vol. 25, nr. 1, 2018 s. 44–48; Denise Chew, Jemma Anderson, Katrina Williams, Tamara May og Kenneth Pang, «Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review», *Pediatrics*, vol. 141, nr. 1, 2018; Diane Chen, John F. Strang, Victoria D. Kolbuck, Stephen M. Rosenthal, Kim Wallen, Deborah P. Waber, Laurence Steinberg, Cheryl L. Sisk, Judith Ross, Tomas Paus, Sven C. Mueller, Margaret M. McCarthy, Paul E. Micevych, Carol L. Martin, Baudewijntje P.C. Kreukels, Lauren Kenworthy, Megan M. Herting, Agneta Herlitz, Ira R.J. Hebold Haraldsen ... Robert Garofalo, «Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth», *Transgender Health*, vol. 5, nr. 4, 2020.

⁷¹ World Professional Association for Transgender Health, *Standarder for behandling*, 2011.

⁷² Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens*, 2020.

⁷³ Julia Cartaya og Ximena Lopez, «Gender dysphoria in youth: A review of recent literature», *Current opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, vol. 25, nr. 1, 2018 s. 44–48; Denise Chew, Jemma Anderson, Katrina Williams, Tamara May og Kenneth Pang, «Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review», *Pediatrics*, vol. 141, nr. 1, 2018; Diane Chen, John F. Strang, Victoria D. Kolbuck, Stephen M. Rosenthal, Kim Wallen, Deborah P. Waber, Laurence Steinberg, Cheryl L. Sisk, Judith Ross, Tomas Paus, Sven C. Mueller, Margaret M. McCarthy, Paul E. Micevych, Carol L. Martin, Baudewijntje P.C. Kreukels, Lauren Kenworthy, Megan M. Herting, Agneta Herlitz, Ira R.J. Hebold Haraldsen ... Robert Garofalo, «Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth», *Transgender Health*, vol. 5, nr. 4, 2020.

⁷⁴ Diane Chen, Lisa Simons, Emilie K. Johnson, Barbara A. Lockart og Courtney Finlayson, «Fertility preservation for transgender adolescents», *Journal of Adolescent Health*, vol. 61, nr. f1, 2017 s. 120–123.

⁷⁵ Marijn Arnoldussen, Thomas D. Steensma, Arne Popma, Anna I.R. van der Miesen, Jos W.R. Twisk og Annelou L.C. de Vries, «Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?», *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, nr. 6, 2019 s. 803–811.

økningen må sees i sammenheng med at stadig flere barn og unge har blitt henvist til medisinsk behandling for kjønnsinkongruens de siste ti årene. Økningen har vært mangedoblet flere år på rad, en trend vi har sett både i Norge og resten av den vestlige verden.⁷⁶ Denne utviklingen kan henge sammen med flere forhold; økt åpenhet og medieomtale har ofte blitt nevnt.⁷⁷ De siste to årene kan det imidlertid se ut til at utviklingen har flatet ut og blitt stabilisert.⁷⁸

I dag debatteres denne utviklingen både nasjonalt og internasjonalt. Blant de unge som har blitt henvist de siste ti årene har det klare flertallet av dem kvinnelig fødselskjønn.⁷⁹ I tillegg ser det ut til at flere blant denne gruppen, sammenlignet med jevnaldrende cispersoner, strever med psykiske vansker. Behandlingsstudier de siste årene kan tyde på at de som strevde med psykiske vansker før medisinsk behandling for kjønnsinkongruens ikke blir verre etterpå, men heller ikke bedre.⁸⁰ Dette har ført til at en del aktører stiller spørsmål ved om de eventuelt positive sidene ved behandling veier opp for de mulige komplikasjonene som kan oppstå på lang sikt.⁸¹ På den andre siden har vi aktører som mener at et økt behandlingstilbud reflekterer at flere barn og unge med kjønnsinkongruens får den behandlingen de har behov for, og at tidlig intervensjon forebygger en uønsket kroppslig utvikling som på sikt ville ha medført stor skade.⁸² Disse viser gjerne til studier som indikerer at forekomsten av psykiske vansker blant barn og unge med kjønnsinkongruens må sees i lys av stigma og manglende åpenhet for kjønnsmangfold i samfunnet.⁸³ Noen forskere har også sammenlignet livskvaliteten til voksne med kjønnsinkongruens som fikk tidlig medisinsk behandling med de som ikke fikk det. Studiene indikerer at de som fikk tidlig behandling har det bedre i dag enn de som ikke fikk behandling, som kan tyde på at tidlig intervensjon gjør livet bedre på sikt.⁸⁴ En utfordring med slike studier er imidlertid at deltakerne blir spurt om ting som skjedde for flere år siden. Det kan også være at gruppen som fikk behandling tidlig i livet er valgt ut basert på de strenge kriteriene som man opererte med før, for eksempel fravær av psykiske vansker, langvarig historikk med kjønnsinkongruens og støttende foreldre. Slike forhold gjør det vanskelig å sammenligne i ettertid.

76 Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens, Årsrapport, 2019; Marijn Arnoldussen, Thomas D. Steensma, Arne Popma, Anna I.R. van der Miesen, Jos W.R. Twisk og Annelou L.C. de Vries, «Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?», *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, nr. 6, 2019 s. 803–811.

77 Gary Butler, Natasja De Graaf, Bernadette Wren og Polly Carmichael, «Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria», *Archives of Disease in Children*, vol. 103, nr. 7, 2018 s. 631–636.

78 Marijn Arnoldussen, Thomas D. Steensma, Arne Popma, Anna I.R. van der Miesen, Jos W.R. Twisk og Annelou L.C. de Vries, *ibid.*

79 *ibid.*

80 Riittakerttu Kaltiala-Heino mfl., «Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development», *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 9, nr. 9, 2015.

81 Stephen B. Levine, «Ethical concerns about emerging treatment paradigms for gender dysphoria», *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 44, nr. 1, 2018 s. 29–44.

82 Colt Keo-Meier og Diane Ehrensaft, *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*, American Psychological Association, 2018.

83 Maureen D. Connolly, Marcus J. Zervos, Charles J. Barone, Christine C. Johnson og Christine L.M. Joseph, «The mental health of transgender youth: Advances in understanding», *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, nr. 5, 2016 s. 489–495.

84 Jack L. Turban, Dana King, Julia Kobe, Sari L. Reisner og Alex S. Keuroghlian, «Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults», *PLoS One*, vol. 17, nr. 1, 2022. Jack L. Turban, Dana King, Julia Kobe, Jeremi M. Carswell og Alex S. Keuroghlian, «Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation», *Pediatrics*, vol. 145, nr. 2.

7 Juridisk perspektiv: relevante pasientrettigheter

I denne delen gis en overordnet innføring i relevante pasientrettigheter. Redegjørelsen er ikke uttømmende og rettighetene og pliktene som presenteres må også ses i lys av enkeltindivids menneskerettigheter og statens forpliktelser etter menneskerettighetene. Her er særlig FNs barnekonvensjon av stor betydning, men også statens forpliktelser til å sikre den enkeltes rett til den høyest oppnåelige helsestandard både psykisk og fysisk, som er nedfelt i ØSK artikkel 12.⁸⁵

Den enkelte pasients rettigheter i møte med helsevesenet er særskilt nedfelt i pasientrettighetsloven.⁸⁶ Det er dermed pasientrettighetsloven som regulerer om en person har rett til helsehjelp og i hvilken form, og hvilke rettigheter personen ellers har i møte med helsevesenet, inkludert i møte med blant annet fastlegen, NBTK og helsestasjonen.

Bestemmelsene i pasientrettighetsloven må tolkes i lys av lovens formålsbestemmelse. Etter pbrl. § 1-1 er lovens formål

å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Sentralt i denne sammenheng, er at loven skal bidra til å sikre lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet og fremme tillit mellom pasient og helsepersonell.

I pasientrettighetsloven § 1-3 finner vi definisjoner av sentrale begreper i pasientrettighetsloven, som *pasient*,⁸⁷ *helse- og omsorgstjenesten*, *helsehjelp* og *helsepersonell*. Pasient i rettslig forstand kan for eksempel være en person som blir henvist til NBTK for vurdering av kjønnsbekreftende behandling eller en person som henvender seg til fastlegen med spørsmål om hormonbehandling. Status som pasient gir en rekke rettigheter, blant annet rett til innsyn i egen journal.⁸⁸ Blant annet NBTK, regionale sentre for kjønnsinkongruens, helsestasjoner - og private aktører regnes som del av helse- og omsorgstjenesten. Kjønnsbekreftende behandling som ytes av helsepersonell regnes som handlinger som har behandlende formål, og regnes generelt som helsehjelp etter loven.

⁸⁵ For en diskusjon av hvorvidt barn har en rett til medisinsk behandling og hvilke etiske og medisinske dilemmaer spørsmålet reiser, se Reidar Schei Jessen og Kirsten Sandberg, «Psykologisk og medisinsk behandling av barn og ungdom med kjønnsinkongruens - en fagetisk og menneskerettslig diskusjon», i Anne Hellum og Anniken Sørli (red.), *Frihet, likhet og mangfold: Kjønnsidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst*, Gyldendal Akademisk 2021, s. 225-265. Vi går ikke nærmere inn i den norske bioteknologiloven, men bemerker at bioteknologiloven begrenser tilgang til assistert befruktning for flere som har endret juridisk kjønn. For nærmere om dette, se Anniken Sørli, «Lov om endring av juridisk kjønn, bioteknologiloven og barnelova - reproduksjon og foreldreskap i kontinuitet og endring», i Anne Hellum og Anniken Sørli (red.), *Frihet, likhet og mangfold: Kjønnsidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst*, Gyldendal Akademisk 2021, s. 121-145.

⁸⁶ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven, pbrl.).

⁸⁷ Pbrl. § 1-2 angir hvem loven gjelder for. Begrensninger følger av forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 § 2 der personkretsen for hvem som har fulle rettigheter etter pbrl. innskrenkes, for eksempel at det kreves «fast opphold i riket». Det reiser interessante spørsmål vedrørende helsehjelp for personer som søker asyl.

⁸⁸ Pbrl. § 5-1.

Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen følger av § 2-1a, og retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten av § 2-1b. Det er et vilkår at helsehjelpen er nødvendig, altså at pasienten har behov for helsehjelpen. Helsehjelpens omfang og på hvilket nivå den skal gis, bestemmes ut fra en skjønnsmessig og helsefaglig vurdering. Forsvarlighetskravet er førende. Det står skrevet i den nasjonale retningslinjen om kjønnsinkongruens at «[p]ersoner med kjønnsinkongruens med behov og ønske om kjønnsbekreftende helsehjelp oppfyller kriteriene som gir rett til helsehjelp fra kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.»⁸⁹ Kjønnsbekreftende helsehjelp regnes med andre ord generelt sett som nødvendig helsehjelp. Det betyr likevel ikke at alle har rettskrav på den samme helsehjelpen. Det en har krav på er nødvendig og forsvarlig helsehjelp, og det må vurderes individuelt. Retten begrenser seg til dekning av pasientens behov og begrenser seg til oppfyllelse av en minstestandard.⁹⁰

Nødvendighetsvilkåret når det gjelder helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er konkretisert i prioriteringsforskriften § 2.⁹¹ To vilkår må være oppfylt: 1) pasienten må forventes å ha nytte av helsehjelpen, og 2) kostnadene ved helsehjelpen må stå i et rimelig forhold til effekten av helsehjelpen. I nyttekriteriet ligger at pasientens situasjon med og uten behandling må sammenliknes. Er differansen svært liten, er også nytten av behandlingen liten, og det vil ikke foreligge en rett til behandling. *Forventet nytte av behandlingen* skal «vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for» enten «a) overlevelse eller redusert funksjonstap, b) fysisk eller psykisk funksjonsforbedring, c) reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.»⁹² Beviskravet etter bestemmelsen er strengt.⁹³ Hvorvidt det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp baseres på en helsefaglig helhetsvurdering der kriteriene vurderes samlet og veies mot hverandre. Det er også ved vurdering av om kjønnsbekreftende behandling skal tilbys en pasient, prioriteringskriteriene om nytte, ressurs og alvorlighet som legges til grunn.⁹⁴ Kriteriene skal sikre at tilgangen til helsetjenester er likeverdig og også hindre en tilfeldig fordeling.⁹⁵ Hvis pasienten oppfyller vilkårene, har pasienten rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hver pasient må vurderes individuelt - det gjelder også for personer som opplever kjønnsinkongruens.

I den nasjonale retningslinjen om kjønnsinkongruens trekkes det frem at det foreligger lite forskning på behandlingseffekt, bivirkninger og prognose for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens og særlig ikke-binære, og at det derfor er et stort behov for mer forskning. Det er likevel presisert i retningslinjen at lite forskning ikke betyr at det ikke skal tilbys kjønnsbekreftende helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens.⁹⁶ Det er som vist over uenighet om hva som er nødvendig og forsvarlig helsehjelp til personer som opplever

89 Helsedirektoratet 2020 s. 24.

90 Asbjørn Kjønsstad, Aslak Syse og Morten Kjelland, *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang*, 6. utgave, Oslo 2017 s. 233–234.

91 Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp (prioriteringsforskriften) § 2.

92 Prioriteringsforskriften § 2 andre ledd.

93 Kjønsstad, Syse og Kjelland 2017 s. 231–233; Meld. St. 34 (2015–2016).

94 Presisert i Helsedirektoratet 2020 s. 25.

95 Helsedirektoratet 2020 s. 29.

96 Helsedirektoratet 2020 s. 33–35.

kjønnsinkongruens blant de ulike faglige aktørene på feltet. Uenigheten knytter seg særlig til medisinsk behandling av barn og unge. Vi kommer nærmere inn på forsvarlighetskravet under.

Det presiseres i den nasjonale retningslinjen at også pasienter som har påbegynt kjønnsbekreftende behandling i utlandet eller ved selvmedisinering har rett til nødvendig helsehjelp i Norge og at dette omfatter både vurdering, utredning og annen helsehjelp på lik linje med pasienter som ikke begynner med medisinering på egenhånd. Det understrekes at helsehjelpen skal være omsorgsfull og faglig forsvarlig. Hva angår hormonbehandling står det at dette «vil være aktuelt uten at alle kriterier for å sette en diagnose anses for oppfylt. Dette gjelder for eksempel når pasienter har startet behandling i utlandet eller ved selvmedisinering. Regionalt senter og/eller nasjonal behandlingstjeneste vurderer behov for, og omfanget av, utredning og oppfølging.»⁹⁷



7.1 Informert samtykke

Helsehjelp gis som hovedregel basert på pasientens informerte samtykke.⁹⁸ Pasienten skal få den informasjonen som er nødvendig for at pasienten skal kunne få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.⁹⁹ Hva som kreves vil avhenge av hva slags helsehjelp det er snakk om. For å kunne samtykke til helsehjelp kreves også at pasienten har samtykkekompetanse, altså at personen har de egenskapene som skal til for å kunne samtykke. Personer over 18 år har

⁹⁷ Helsedirektoratet 2020 s. 5–6, 26. Etter pbrl. § 2-3 har pasienter rett til en fornyet vurdering fra en annen spesialist. Vurderingen må knyttes til bestemte forhold ved den opprinnelige vurderingen og forutsetter henvisning fra allmennlege. Hvorvidt det skal gjøres nye undersøkelser vil avhenge av om det er nødvendig for å foreta en forsvarlig fornyet vurdering, slik at forsvarlighetskravet etter sphl. § 2-2 og hpl. § 4 kommer inn. Kjønsstad, Syse og Kjelland 2017 s. 239.

⁹⁸ Pbrl. § 4-1 første ledd, jf. § 3-2.

⁹⁹ Pbrl. § 3-2.

samtykkekompetanse, og også i de fleste tilfeller personer over 16 år (helserettslig myndighetsalder).¹⁰⁰ Unge mellom 16 og 18 år kan samtykke til helsehjelp som ikke er irreversibel. Hvis hormonbehandlingen vurderes som irreversibel, må den unges foresatte samtykke.¹⁰¹ Foreldre eller andre som har foreldreansvaret for barnet har rett til å samtykke til helsehjelpen når barnet er under 16 år. Pasienter mellom 12 og 16 år kan likevel samtykke til helsehjelp for forhold som foreldrene ikke er informert om, eller hvis det følger av tiltakets art.¹⁰²

I den nasjonale retningslinjen om kjønnsinkongruens fremheves det at

[a]ll medisinsk behandling er forbundet med risiko, det gjelder også kjønnsbekreftende kirurgi og vil avhenge av hvilket inngrep som utføres. Disse forholdene vurderes sammen med eventuelle somatiske, psykiske lidelser og andre risikofaktorer som er kontraindikasjon til kirurgi. Irreversible kirurgiske inngrep på friske organer er erfaringsmessig fysisk og psykisk utfordrende for pasientene. Kjønnsbekreftende kirurgi kan være belastende, og pasientene kan over lengre tid oppleve stress. Sårbarheten kan være stor. Krav til informasjon og samtale om realistiske forventinger til funksjonalitet og kosmetisk resultat samt mulige komplikasjoner er nødvendig.¹⁰³

Under fagdagen understreket PKI at deres medlemmer har et ønske om mer informasjon fra helsepersonell og at behovet for å snakke med helsepersonell for å kunne ta informerte valg er stort.¹⁰⁴

Som tidligere nevnt er kravene for informert samtykke hos voksne, altså pasienter over 18 år, mindre strenge enn hos de under 18. Grunnen til dette er at så lenge man er over 18 år så innebærer en vurdering av informert samtykke at personen *ikke* har en psykisk lidelse som går utover evnen til å forstå sitt eget beste. I praksis innebærer en slik diagnose en eller annen form for psykose, demens eller delirium. Hva angår spørsmålet om medisinsk behandling til voksne er dilemmaet i større grad knyttet til ulike forståelser av forsvarlighet og nødvendighet, samt forventninger til helsetilbudet heller enn om kravet om informert samtykke er oppfylt.

I vurderingen av hvorvidt medisinsk behandling skal gis barn og unge er dilemmaene imidlertid mer fremtredende. De internasjonale retningslinjene anbefaler at helsepersonell vurderer ungdommens samtykkekompetanse, altså hvorvidt vedkommende er i stand til å forstå de langsiktige konsekvensene av medisinsk behandling.¹⁰⁵ Det kan i praksis være stor forskjell på ungdommer når det gjelder kognitiv utvikling. Dette viser til utvikling av tenkning og evnen til å vurdere konsekvenser for seg selv på lang sikt. Noen ungdommer er tidlig modne, mens andre er senere i utviklingen.¹⁰⁶ Den kognitive utviklingen følger imidlertid ikke alltid den kroppslige. Dette

100 Pbrl. § 4-3 første ledd bokstav a og b. Det er likevel enkelte unntak i lov og i tillegg når det følger av «tiltakets art». Vurderingen av samtykkekompetanse er utdypet i Helsedirektoratets kommentarrundskriv til pasientrettighetsloven. Helsedirektoratet, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, tilgjengelig her <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>

¹⁰¹ Helsedirektoratet, 2020.

¹⁰² Pbrl. § 4-3 første ledd bokstav c, jf. § 3-4 annet eller tredje ledd.

¹⁰³ Helsedirektoratet 2020 s. 27.

¹⁰⁴ Luca Dalen Espseth, Brukerstemmer: Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens, Fagdag om kjønnsinkongruens 22. juni 2021.

¹⁰⁵ World Professional Association for Transgender Health, Standarder for behandling, 2011.

¹⁰⁶ Jessen og Sandberg, 2021.

betyr for eksempel at en niåring med kjønnsinkongruens kan komme i puberteten og bli satt på pubertetsutsettende behandling. Som tidligere nevnt anbefales det at man ikke står på pubertetsutsettende behandling i mer enn fire år, av helsemessige grunner. Både de norske og internasjonale retningslinjene anbefaler imidlertid at ungdommen skal ha fylt 16 år før hormonbehandling igangsettes. Behandlingsapparatet vil kunne ha et dilemma hvis niåringen fire år senere er for ung til å begynne med hormonbehandling, men har stått for lenge på pubertetsutsettende behandling. I den konkrete og individuelle vurderingen av om medisinsk behandling skal gis til et barn, må hensynet til barnets beste (Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon artikkel 3) og barnets rett til å bli hørt (Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon artikkel 12) ivaretas, og det må vurderes om medisinsk behandling er nødvendig og forsvarlig for det enkelte barnet. Det er med andre ord en helsefaglig vurdering, der også barnets menneskerettigheter skal ivaretas. Barnets mening skal veie tungt. Et annet spørsmål er om barn bør ha selvbestemmelsesrett i spørsmål om medisinsk behandling for kjønnsinkongruens eller hvilken rolle foreldre bør ha.¹⁰⁷

8 Juridisk perspektiv: nærmere om forsvarlighetskravet

Hvilke krav som stilles til helsehjelpens kvalitet og tilgjengelighet må ses i sammenheng med forsvarlighetskravet.¹⁰⁸ Helsetjenesten har en plikt til forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenesteloven¹⁰⁹ og helse- og omsorgstjenesteloven¹¹⁰. Helsepersonelloven stiller videre krav til at helsepersonells yrkesutøvelse skal være forsvarlig og omsorgsfull.¹¹¹ Det er altså en plikt som påhviler helsepersonell. Forsvarlighetskravet er en såkalt rettslig standard. Det betyr at innholdet i kravet må fastsettes av normer utenfor loven: fra fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer, og at innholdet påvirkes av faglig utvikling og endrede verdioppfatninger.¹¹² I forarbeidene utdypes det:

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.¹¹³

Et moment som kan trekkes inn i vurderingen av forsvarlighet er om helsehjelpen utgjør et brudd med en instruks eller en faglig retningslinje. Nasjonale faglige retningslinjer er i forarbeidene trukket fram som eksempel på god praksis. Det utdypes om nasjonale faglige retningslinjer:

¹⁰⁷ Dette var ikke en tematikk som ble diskutert under fagdagen, men spørsmålet er behandlet av Reidar Schei Jessen og Kirsten Sandberg, se Jessen og Sandberg, 2021.

¹⁰⁸ Kjønsstad, Syse og Kjelland 2017 s. 234. Hpl. § 4 og sphl. § 2-2. Forsvarlighetskravet må ses i lys av forpliktelsene etter menneskerettighetene. Se nærmere Anne Kjersti Befring, «Grunnleggende verdier og perspektiver på helseretten», i Anne Kjersti Befring og Marion Hirst (red.), *Helserett i et nøtteskall*, Oslo 2019 s. 32–56 på s. 50.

¹⁰⁹ Sphl. § 2-2.

¹¹⁰ Hol. § 4-1.

¹¹¹ Hpl. § 4.

¹¹² Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* s. 264-265.

¹¹³ Prop. 91 L (2010-2011) s. 265.

Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres.¹¹⁴

Det sentrale er ikke hva som er ideelt, men hva en pasient vanligvis kan forvente i en konkret situasjon ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner. Hva som vil være forsvarlig helsehjelp å yte for helsepersonell etter helsepersonelloven § 4, vil variere etter de faglige kvalifikasjonene helsepersonellet har. Vurderingen av dette skal være objektiv. Pasienter skal henvises videre hvis det er nødvendig og mulig. Faglige kompetanse kan utvikles over tid og kan oppnås løserevet fra ordinær utdanning.¹¹⁵

Når det gjelder spørsmålet om hva som er forsvarlig helsehjelp til personer som opplever kjønnsinkongruens må forsvarlighetskravet vurderes før behandling gis. Når det gjelder spørsmålet om pubertetsutsettende behandling til barn og eventuell hormonbehandling i etterkant av det, må følgende momenter tas inn i vurderingen: helsehjelpens skadeevne, inkludert mulige positive virkninger av helsehjelpen, risikoens synlighet og hvilke handlingsalternativer som finnes. Mulige skadevirkninger må vurderes opp mot forventet nytte av behandlingen.¹¹⁶ Ansvar for ikke å gjøre skade ligger hos den enkelte helsearbeider etter både helsepersonelloven § 4 og straffelovens forbud mot kroppskrenkelser. Likevel må dette perspektivet balanseres opp mot det «å ikke gi behandling», som ikke nødvendigvis er en nøytral handling. Hvor helsepersonell i det enkelte tilfellet kommer til at barnet har rett til nødvendig helsehjelp og helsehjelpen er forsvarlig, må det vurderes om behandlingen vil være til barnets beste etter Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 1.¹¹⁷

I årsrapporten fra 2020 skriver NBTK at «Ventetider oppleves relativt lange, men er foreløpig forsvarlige. Det er imidlertid ønskelig med en styrket ressurstilgang for å kunne håndtere den økte veksten i løpet av de siste årene».¹¹⁸

Oppfatningene av hva som utgjør faglig forsvarlig helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens, inkludert ikke-binære, er ulike. I tillegg ser vi motstridende utviklingstrekk i enkelte land. Hos enkelte fagpersoner er det en økt bekymring for detransisjon – altså at personer som har gått gjennom kjønnsbekreftende helsehjelp senere skal angre seg, og for at man ikke har nok kunnskap om mulige bivirkninger av særlig pubertetsblokkere og kjønnsbekreftende hormoner til barn og unge. I Norge kjenner NBTK kun til få personer som har ønsket å stoppe hormonbehandling som har blitt igangsatt.¹¹⁹ Hva angår avveiningen mellom manglende kunnskap og igangsetting av medisinsk behandling, uttaler Joahn Georg Torgersen, divisjonsdirektør i Helsedirektoratet til NRK at «På den ene sida: Vi veit at vi veit for lite. Vi skulle gjerne hatt mer

114 Prop. 91 L (2010-2011) s. 265.

115 Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad, *Helsepersonelloven: kommentarutgave*, Fagbokforlaget, 2018 s. 37.

116 Jessen og Sandberg, 2021 s. 245-250.

117 Se nærmere Jessen og Sandberg, 2021.

118 Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens, Årsrapport 2020. Tilgjengelig her:

<https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2020>

119 Sverre Lilleeng og Kirsti Kringstad, «Sverige har strammet inn behandling til unge transpersoner. I Norge går vi motsatt vei.» NRK, 3. april 2022. Tilgjengelig her: https://www.nrk.no/trondelag/hormonbehandling-og-pubertetsblokkere-til-transpersoner_-sverige-strammer-inn_-norge-gar-motsatt-vei-1.15874823

kunnskap om dette. På den andre sida er dette ei pasient- og brukergruppe som faktisk eksisterer, som har rettigheter og krav på helsetjenester. Det må vi også ta hensyn til.”¹²⁰

Anne Wæhre ved KID-teamet løfter også fram et økende etiske stress hos behandlere ved NBTK. Wæhre skriver at “behandlere også i den nasjonale behandlingstjenesten [opplever] et økende etisk stress knyttet til behandling av unge pasienter. Stresset er særlig knyttet til at man på et tynt faglig forsvarlig grunnlag gir behandling til pasienter, der noen ikke har full samtykkekompetanse, og der enkeltindividers ønsker kan komme i konflikt med medisinske vurderinger av forsvarlighet.”¹²¹

Andre understreker viktigheten av å komme tidlig i gang, at det å ikke gi behandling også kan innebære skade og også føre til at mer inngripende helsehjelp må gis i voksen alder. Dette kom også fram under fagdagen. Luca Dalen Espseth ved PKI og Ingun Wik ved HKS trakk fram belastningen unge kan oppleve ved å gå gjennom en pubertet som er “feil”. Ifølge Wik og Espseth kan det være mer forsvarlig å komme i gang tidlig heller enn å avvente behandling.

9 Politisk påvirkning og endring

Hvordan skal behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens forbedres, og reflektere ulike behov? Daværende statssekretær i Helsedepartementet, Maria Jahrman Bjerke, representerte regjeringen under fagdagen. Bjerke beskrev en spenning mellom faglig autonomi og politisk styring i det kontinuerlige arbeidet med å endre behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens.

Statssekretæren understreket at i likhet med annen behandling i helsevesenet så kan ikke politisk ledelse i Helsedepartementet instruere fagpersoner i sykehusene og bestemme hva som er forsvarlig helsehjelp. Den politiske styringen av behandlingstilbudet skjer gjennom vanlige byråkratiske prosesser. Bjerke nevnte for eksempel at arbeidet med Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens ble påbegynt etter at den såkalte ekspertgruppen la frem sin rapport *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn* i 2015.¹²² I denne rapporten kom det blant annet frem et behov for å belyse ulike behandlingsbehov, og hvordan dette skulle forstås faglig. Politisk ledelse kan altså ikke instruere fagfolk i sykehusene, men leger og andre helsepersonell må forholde seg til Nasjonal faglig retningslinje i sitt arbeid.

Nasjonal faglig retningslinje anbefaler at det ovennevnte LEON-prinsippet legges til grunn for behandling av kjønnsinkongruens. Dette betyr at mest mulig behandling skal skje på lokale sykehus, altså ikke NBTK. Det anbefales derfor at det opprettes regionale sentre for

120 Sverre Lilleeng og Kirsti Kringstad, «Sverige har strammet inn behandling til unge transpersoner. I Norge går vi motsatt vei.» NRK, 3. april 2022. Tilgjengelig her: https://www.nrk.no/trondelag/hormonbehandling-og-pubertetsblokkere-til-transpersoner_-sverige-strammer-inn_-norge-gar-motsatt-vei-1.15874823

121 Anne Wæhre, Medisinsk perspektiv på behandling av medfødt variasjon i kroppslig kjønnsutvikling og kjønnsinkongruens hos barn og unge, i Anne Hellum og Anniken Sørli (red.), *Frihet, likhet og mangfold: Kjønnsidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst*, Gyldendal Akademisk 2021, s. 200-224, s. 222.

122 Helsedirektoratet, *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn*. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori, 2015.

kjønnsinkongruens, noe som igjen forutsetter at det settes av midler til dette i budsjettene til helseforetakene.



10 Oppsummeringer og anbefalinger

Det har skjedd mye i samfunnets forståelse av kjønnsinkongruens de siste ti årene. Helsedirektoratets rapport *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn* fra 2015 bidro for alvor til å belyse problematiske sider ved behandlingstilbudet for kjønnsinkongruens.¹²³ Særlig steriliseringskravet har vist seg å være menneskerettslig og etisk problematisk. Lov om endring av juridisk kjønn representerte i så måte en viktig endring i levekårene til personer med kjønnsinkongruens. Nå utredes dessuten muligheten for å innføre en tredje juridisk kjønnskategori, noe som kan bidra til sårt tiltrengt anerkjennelse for ikke-binære og andre som identifiserer seg utenfor tokjønnsmodellen.

Behandling av kjønnsinkongruens er et felt som er preget av stadig endring. Bare i løpet av skriveperioden for denne rapporten har det pågått endringer i land som Sverige og Storbritannia, der man etter flere år med liberalisering av den medisinske praksisen nå går i retning av å være mer forsiktig når det gjelder behandling for barn og unge.¹²⁴ Fagmiljøet ved NBTk uttrykker ønske om en mer forsiktig praksis, mens HKS og Helsedirektoratet ønsker en mer liberal medisinsk praksis. På samme tid er WPATH i ferd med å oppdatere sine faglige retningslinjer, og der tyder mye på at de kommer til å senke aldersgrensen for medisinsk

¹²³ Helsedirektoratet, *ibid.*

¹²⁴ Se for eksempel artikkelen «Socialstyrelsen vil strama åt hormonbehandling av unga» i det svenske fagbladet *Dagens Medicin* fra 24. februar 2022: Riskerna med hormonbehandling för transbarn större än nytta - *Dagens Medicin*

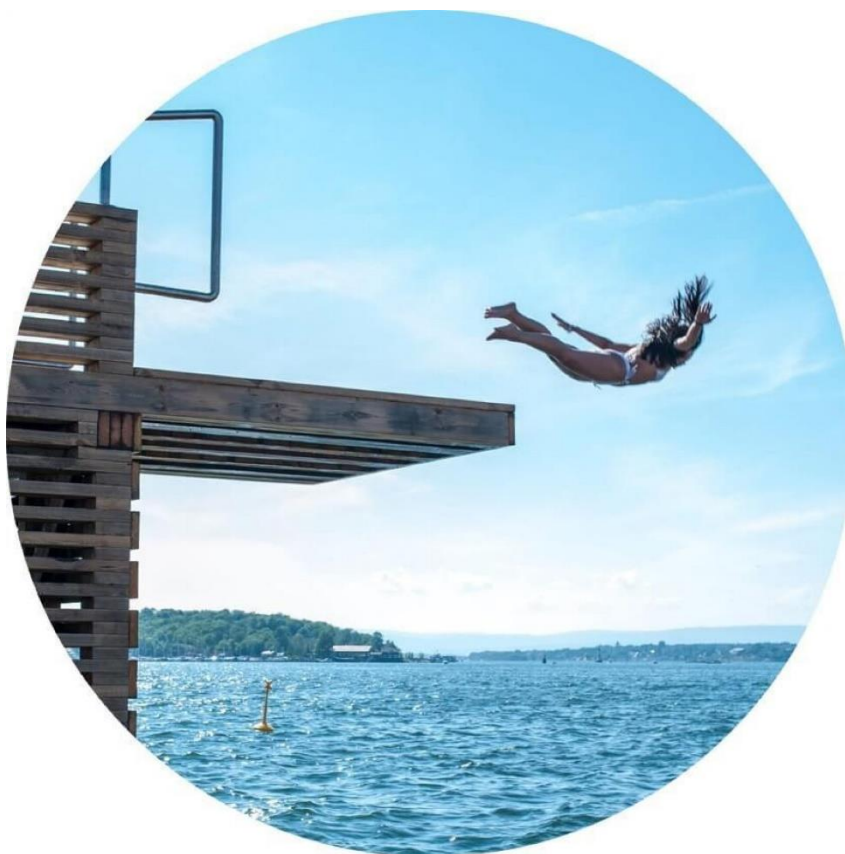
behandling. Det kan med andre ord virke som at dette feltet ytterligere er i ferd med å polariseres, både blant brukere og fagpersoner.

Vi vil avslutningsvis trekke frem to spenninger som det er viktig å ha klart for seg i arbeidet med å bedre levekår og behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens. For det første; verdien av at den enkelte selv skal bestemme hva slags behandling som vil være nyttig har i økende grad blitt vektlagt i helsetilbudet for kjønnsinkongruens. Samtidig er det slik at særlig i arbeid med barn og unge så må fagfolk balansere ulike behov opp mot hverandre. På den ene siden skal de bidra med medisinsk behandling som kan forbedre livene deres. Samtidig må disse potensielle fordelene veies opp mot risiko knyttet til tidlig intervensjon og usikre konsekvenser på lang sikt.¹²⁵

Dette fører oss til den andre spenningen vi vil løfte frem; helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens blir styrt av ulike aktører gjennom forskjellige politiske og faglige prosesser. Det kan virke som at det er et gap mellom politisk ledelse og menneskerettslige og juridiske normer på den ene siden, og helsepersonells faglige vurderinger i de enkelte tilfeller og de profesjonsetiske forpliktelsene disse er satt til å forvalte. I tillegg kommer det potensielle gapet mellom signaler fra politisk ledelse og fravær av midler i budsjett til å opprette nye behandlingstilbud. Det er et sterkt behov for at det bevilges økte ressurser.

Endringene må skje på flere ulike hold. Det må tydeliggjøres og formidles hvilken rolle de regionale sentrene skal ha og hvilken kompetanse og hvilket tilbud som skal legges til de regionale sentrene. Dette er det i dag uklarhet om. Uenigheten mellom ulike interesseorganisasjoner og faglige aktører innen kjønnsinkongruens i Norge bidrar videre muligens ytterligere til en fragmentering i ansvar. En anbefaling fra denne rapporten er derfor å etablere et koordinerende organ som tvinger frem dialog mellom alle instanser som jobber med behandlingstilbudet for kjønnsinkongruens. Vi understreker betydningen av dialog og samarbeid for styrking og forbedring av helsetilbudet.

¹²⁵ For en utfyllende diskusjon av denne balansegangen, se artikkelen: Reidar Schei Jessen og Kirsten Sandberg, «Psykologisk og medisinsk behandling av barn og ungdom med kjønnsinkongruens - en fagetisk og menneskerettslig diskusjon», i Anne Hellum og Anniken Sørli (red.), Frihet, likhet og mangfold: Kjønnssidentitet og seksuell orientering i rettslig, medisinsk og samfunnsvitenskapelig kontekst, Gyldendal Akademisk 2021, s. 225-265.



Vedlegg – Sak 50/22 Rådets uttalelse om behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens

Denne rapporten er utarbeidet av Rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold i Oslo kommune og inngår i rådets arbeid for å bedre helsetilbud som gis til oss som bryter med normer for kjønn og seksualitet. Rapporten ble skrevet på bestilling av rådet, men det har siden rapportens siste fase kommet frem flere saker i media som vi ikke har hatt mulighet til å komme inn på i selve rapporten. Likevel har vi som råd gått gjennom sakene¹ som har vært i media i det siste i vårt arbeid med uttalelse som dere finner helt til slutt i denne rapporten.

Mye av det vi nevner her i saksfremlegget får dere mer informasjon om i rapporten. Noen i rådet har fulgt alle saker som har berørt temaet siden rådet ble opprettet i 2019. Rådet har siden vært i kontakt med en rekke mennesker som er direkte berørte og pårørte av tema. Som råd erkjenner vi også at enkelte av oss i rådet også har stått eller står midt i det som kan omtales som en krise i behandlingsfeltet som skal ivareta transpersoner, personer med kjønnsinkongruens og andre som har behov for å snakke om kjønn.

Vi ønsker også å presisere at formålet med en rapport har for oss handlet om å få oversikt og innsikt i rammene for helsetilbudene og tidlig i prosessen et ønske om at vi fikk samlet sentrale aktører på feltet til dialog og debatt. På denne måten kunne vi i rapporten gå grundigere inn flere sentrale spørsmål og påstander. Ved at både HBRS og NBTS ikke kunne delta og etter arrangementet har forfatterne og arbeidsgruppa kommet frem til følgende arbeidsbeskrivelse til forfatterne:

En lett forståelig oversikt over feltet som ikke forutsetter forhåndskunnskap om kjønnsinkongruens, og å gi et innblikk i dilemmaer og uenigheter på feltet. Rapporten har ikke til hensikt å være verken uttømmende eller å fremme en side; vi forsøker å beskrive så nøkternt som overhodet mulig, og å løfte frem dilemma og det vi anser for å være reelle uenigheter.

Rådet har mottatt konkret spørsmål som omhandler hvilket navn vi omtaler ned nasjonale behandlingstjenesten ved Oslo universitetssykehus som har søkt om å endre fra transseksualisme til kjønnsinkongruens (fra NBTS til NBTK). Vi ser ikke at det har skjedd endringer i tråd med de nasjonalfaglige retningslinjene eller en endelig avklaring fra Helsedirektoratet og forholder oss derfor til NBTS eller nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme.

Vi viser til brev fra Helsedirektoratet (06.12.2021, ref.: 21/297739-6):

Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) er etablert ved Oslo universitetssykehus HF. Tjenesten har søkt om endring av navn til Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens. Navneendringen er godkjent under forutsetning av at innholdet i tjenesten endres slik at det er i samsvar med de overordnede føringer i den nasjonale retningslinjen.

Opprettelsen av regionale tilbud og navneendringen medfører imidlertid at innholdet i den nasjonale behandlingstjenesten endres. Det må avklares hvilke oppgaver som skal ivaretas regionalt eller lokalt og hvilke oppgaver som skal være nasjonale. Det må også utarbeidet henvisningskriterier til den nasjonale behandlingstjenesten, som alle RHF er

enige om. De regionale behandlingsnivåene er under etablering og omforent oppgavefordeling og henvisningskriterier er ikke utarbeidet.

Rådet har tidligere bedt om møte med NBTS og i vårt arbeid med rapporten har vi gjort en rekke forsøk på dialog med NBTS. Vi forsøkte også flere ganger å få til et arrangement hvor de var representert. At deres stemme ikke har kommet direkte frem i rådet er noe vi har blitt kritisert for, men vi kan kun ta ansvar for oss som råd og vi kommer til å ta nye initiativ til dialog. Som råd kan vi også kontaktes hvis det skulle være noe!

Med Pride rett rundt hjørnet har vi alle gode anledninger til å diskutere rapportens innhold videre, snakke med folk og kom gjerne til oss i rådet for å diskutere konkrete tiltak eller råd som dere mener at vi bør jobbe videre med.

[1] Profesjonskamp (Blikk), Transskriket (Blikk), Regionalisering (NRK), Tenåring avvist (NRK), Gjenopptar hormonbehandling (NRK), Retningslinjene (NRK) og HBRS bekymret (NRK).

Vedtak:

På bakgrunn av arbeidet med fagdagen har Rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold vedtatt følgende uttalelse.

Behandling av kjønnsinkongruens bør skje gjennom Oslos kommunale helsetilbud

Rådet er av den klare oppfattelse at organiseringen av det primære helsetilbudet for all behandling som ikke er å anses som høyspesialisert kirurgisk behandling best ivaretas av Oslo kommune ved Helsestasjonen for kjønn og seksualitet.

For Oslo kommune sin del innebærer også dette at helsestasjonen bør utvides til å gjelde alle alderstrinn. Det innebærer også at vi anser det som mer forsvarlig at hoveddelen av helsetilbudet og den medisinske behandlingen til personer med kjønnsinkongruens organiseres gjennom Oslo kommunes helsetjeneste. Dette anser vi å være i tråd med LEON-prinsippet, de nasjonalfaglige retningslinjene og ICD11. Dette betyr også at den nasjonale behandlingstjenesten må endre sin praksis med å nekte henvisning til høyspesialisert behandling for personer som er til behandling ved HKS.

Det helhetlige helsetilbudet for kjønn og seksualitet må styrkes og lokal kunnskap bør være en nasjonal gode

Søk dialog med sikte på finansielle løsninger. HKS har i en årrekke fungert som et rådgivende organ for ansatte i skole og helsevesenet lokalt over hele landet. Vi mener at vårt kommunale og mangeårige arbeid for bedre helse for oss som bryter med normer for kjønn og seksualitet skal kunne være en nasjonal gode. Vi håper derfor at staten kan bidra til at HKS kan få finansiert sitt kunnskap- og kompetansearbeid der ute uten at dette skal gå på bekostning av tilbudet her i Oslo.

En lang og vanskelig historie preger også nåtiden

Rådet ser at det er en rekke problemer ved at vi ikke setter en stor nok strek mellom vår historiske behandling og dagens behandling av kjønnsinkongruens. Vi har stilt oss selv spørsmålet ved om den historiske rollen til nasjonalt behandlingssenter er forenelig med å skulle fortsette å være premissleverandøren for behandlingstilbudene til personer med kjønnsinkongruens ut fra de mange endringer som er blitt tvunget frem nasjonalt og internasjonalt, men som det ser ut til at nasjonal behandlingstjeneste ikke evner å forholde seg

til. For oss kan det se ut til at den manglende kontakten mellom NBTS og helheten i gruppen som har behov for behandling, i tillegg til de mange forferdelige erfaringene, med blant annet sterilisering, har medført for lav tillit. Vi mener at den manglende tilliten til mange har til NBTS og som har bakgrunn i en rekke saker som og negativ omtale/tiltale av pasienter/feilkjønning /ubehagelige pasientmøter/feilkjønning i offentlige medier/at de stopper fastleger og andre fra å hjelpe sine pasienter ved feilaktig å si at legene kan miste sin lisens/skape vanskelige behandlingsforhold ved en lokal tjeneste (HKS) anser vi også som et stort problem.

En faglig uenighet eller feil organisering og med det en politisk sak

Rådet anerkjenner at det er sterke faglige uenigheter, men rådet kan ikke se at uenighetene i spesielt stor grad viser en gjensidig innsikt i hverandres faglige ståsted. For en som skal gi helsetjenester på et sykehus vil forsvarlighetskriteriene bli vektlagt svært annerledes enn hos en som gir liknende helsetjenester på et lavere nivå med tettere pasientkontakt. Vi er derfor svært usikre på om det som ofte beskrives som en profesjonskamp og faglige diskusjoner kanskje også handler om hvilke rammer helsehjelpen gis i. Dette er også en av de sentrale poengene i utviklingen av LEON-prinsippene. Det er ikke pussig at ansatte ved et universitetssykehus som har en individuell pasientkontakt med færre møter og mindre tid stiller andre krav ved forsvarlighet enn ved en kommunal helsetjeneste som gir tettere oppfølging og som har en større kontaktflate rundt pasienten å spille på.

