

(Bilaga följer slutet av dokumentet)

Hörningssvar till Høring- forslag til regulering av konverteringsterapi

Undertecknad (kommenterar som privatperson) är medgrundare av GENID-Skandinavia (numer GENID Sverige och GENID Norge), på "Advisory board" för Society for Evidence Based Gender Medicine (segm.org), medgrundare av genspect.org, den senare en parplyorganisation för "föräldrasupport" organisationer för föräldrar med barn med könsdysfori som är kritiska till ett ovillkorligt bekräftande av könsinkongruens hos barn. Båda dessa organisationer är världsomspännande, men segm.org är begränsad till forskare, psykiatriker, psykologer, endokrinologer, sociologer, många med lång klinisk erfarenhet av utredning och behandling av könsdysfori hos barn, är icke aktivistisk (t ex skriver inte debattartiklar) och är fokuserad på detaljanalyser av det vetenskapliga innehållet i studier kring könsdysfori. Undertecknad har presenterat i seminarium i Svensk Riksdag, till Svenska Socialstyrelsen, i seminarium till Helse og Omsorgskommittèen i Stortinget, i seminarium för Helse-Sør-Vest, har varit med i referensgrupp till Helsedirektoratets framtagande av nya riktlinjer för utredning och behandling av könsdysfori samt är ansvarig för det vetenskapliga innehållet på nätsidan genderchallenge.no. För samtliga organisationer som omnämnts ovan gäller att de inte har någon anknytning till religiös eller annan trosuppfattning eller organisation, är politiskt och kulturellt neutrala, mottar inte ekonomiskt stöd från politiska (konservativa eller andra ideologiska) organisationer. (President för segm.org och en av de två ledarna för genspect.org tillhör LGBT miljöerna i sina länder, som gör även flera av medlemmarna i båda organisationer). Intressekonflikter: Undertecknad har aldrig mottagit ekonomisk ersättning för involveringen i någon aktivitet (ej heller rese ersättning, uppehåll). GENID Skandinavia formades med uttrycklig stöd för Harry Benjamin Resurs Senter och för Rikshospitalets NBTK.

I kommentar till lagförslaget (se också bilaga) kommenterar jag här endast den del som berör handlingar som kan påverka barns uppfattning och beslut om att följa en medicinsk behandling av dess könsidentitet (d v s inte sexualitet / sexuell preferens) och doktrinen att man måste bejaka ett självdiagnostiserat kön som inte stämmer med det egentliga (biologiska) könet.

Höringsförslaget har inte på ett tillräckligt sätt skiljt mellan handlingar som berör press och påverkan för sexuella preferenser (barn eller vuxna) å ena sidan och, å andra sidan, handlingar som kan tolkas som press för att påverka ett barns uppfattning om sitt kön och sin (instabila, i ständig flux) könsidentitet. Det är en internationell konsensus bland såväl forskare, läkare, psykiatriker, psykologer, sexologer att i det första fallet bör interventioner av ideologiska, religiösa, socialkonservativa, kulturella och andra skäl förbjudas, men det är stor, och ökande uppslutning bland forskare och läkare att i det senare fallet så är det, tvärtom, grund till stor försiktighet i att bekräfta ett barns könsdysfori då man i Västvärlden noterat en markant ökning av psykiska problem hos unga det senaste decenniet, parallellt med ökningen i uttryck av könsdysfori.

Det har det senaste decenniet i hela Västvärlden varit en lavinartad ökning av unga som presenterar med könsdysfori (i en del länder med tusentals procent på ett decennium). Det är en bred enighet om att i grunden, även om det är för tidigt för att finna bevis i "peer reviewed" forskningsstudier, ligger en medverkan av sociala mekanismer och i problem med sociala nätverks inverkan på unga, dels genom att ge intryck av att man kan vara född i fel kropp, byta kön, lösa sina problem med transition.

Organisationen "Medscape" i USA är ansvarig för vidareutbildning och upprätthållande av medicinsk kompetens hos redan licensierade läkare och det är märkbart att i flera nyliga artiklar i Medscape så är, storleksordning 98%, av läkares kommentarer entydigt kritiska till den bekräftande ("affirmative") vården av barn (se t ex https://www.medscape.com/viewarticle/960390?src=soc_tw_share eller <https://www.medscape.com/viewarticle/958742>), d v s pediatriker, psykiatriker, psykologer och endokrinologer stöttar inte en bekräftande tillnärmning av könsdysfori hos barn. Den inställningen hos en bred kår av psykologer och psykiatriker (se t ex bilaga Australien och Nya Zeelands Psykiatriska förening) står i ett motsatsförhållande till den naturliga tolkningen av lagförslaget.

De sociala nätverkens påverkan på ångest, depression, självskada, suicidalitet har varit ett ökande problem sedan 10-15 år och även *Facebook* har nu bekräftat de problem de sociala nätverken har fört med sig för barns mentala hälsa. Samma oro har noterats av Svenska experter (t ex Karolinska Barnsjukhuset, och även Prof Mikael Landén, Prof Christoffer Gillberg, båda Göteborg) och de ledande forskarna/ klinikerna i den internationellt ledande kliniken för behandling av könsdysfori i Amsterdam (se bilaga). Nyligen har även kommande President i WPATH ("President elect") Marcy Bowers och styremedlem Erica Andersen, båda själva transkvinnor, med lång klinisk erfarenhet av att behandla barn som lider av könsdysfori, uttryckt oro för bristen i psykiatrisk utredning och vård som följd av avsaknad av reglering och för snabb prioritering av bekräftande av barns könsdysfori (<https://bariweiss.substack.com/p/top-trans-doctors-blow-the-whistle>).

Ett märkbart problem med lagförslaget är att den riskerar att avsevärt försvaga den första linjen i värnande om barn, insatserna av de med störst intresse och ansvar att informera och påverka barnets utveckling och motverka desinformation de blir utsatta för, är föräldrar, barnehagepersonal, lärare, och skolsköterskor (utanför rollen som behandlare). Minderåriga utsätts för falska föreställningar om biologiskt kön (t ex att en transidentitet är fast och fastställs i fosterstadiet), många falska vetenskapliga fakta om kön, men också videor och bilder med osanningar från nya företeelser i barnens värld som "Tic-Toc", "Youtube for Kids" - även där pornografiska uttryck som kan ge upphov till könsdysfori, "Groomers" på internet som manipulerar barn. Lagförslaget kan tolkas som att det är olagligt att ge motbilder eller alternativ information till barn som kan motsäga desinformation som sprids (även t ex av kommunala HKS, sektioner inom BufDir, organisationerna PKI, Rosa Kompetanse. Så sent som i sommar 2021 har dessa presenterat direkt felaktig och riskabel information om könsdysfori som "streamades" på internet). Lagförslaget ger inte erkännande och undantag till den informationsplikt och ansvarsplikt som vårdgivare har om den informationen kan leda till att ett barn tvekar i sin självdiagnos av att t ex "vara född i fel kropp" (en premis man ofta hrt användas i Norge. I UK är det sedan ett år förbjudet att lära ut i skolor en förståelse av att man kan ha en hjärna som inte passar kroppen). Detta har ingenting med könsinkongruent beteende eller tolerans för barnets sexuella preferenser att göra. Tolerans för feminina pojkar och "guttejenter", "tomboys", är självskriven och inte föremål för diskussion här.

Det relevanta som inte diskuterats nog i höringsförslag eller notat är riskerna med en lagstiftning som inte beaktar problemen med ungas utsatthet för manipulation, missförstånd, osäkerhet, desinformation och påverkan, riskerna med effekterna av irreversibel psykologisk och medicinsk intervention, deras okunnighet om vad som väntar på sikt, och den insikt i att (se bilaga) identitetsproblemen kan relateras

till mentala problem som föregår könsdysfori. Problem som vårdnadshavare, lärare och andra närstående normalt har en plikt att motverka.

I höringsförslagets sektion 3 problematiseras barnens rätt till hög hälsestandard.

3. RETTEN TIL DEN HØYEST OPPNÅELIGE HELSESTANDARD

3.1 Innledning

Spørsmålet er her om retten til den «høyest oppnåelige helsestandard», som er uttrykt i flere konvensjoner, kan tenkes å gi statene en plikt til i gitte situasjoner å forby «konverteringsterapi».

Den rett till hög hälsestandard som diskuteras är således endast huruvida en **avsaknad** av förbud innebär en risk för barnets hälsa. (Frågan är igen om det är huvudsakligen sexuell preferens utredare haft i åtanke). Underlag och utredning saknar diskussion och intresse för om (vilket är min mening) lagförslaget **introducerar** stora risker för hälsan hos barn med identitetsproblem. (Det diskuteras också om lagförslaget är i strid med andra rättigheter som yttrandefrihet, privatlivet, familjelivets rättigheter etc, men inte ur **barnens rätt till "safeguarding" och hög hälsestandard vad gäller felaktig behandling och påverkan** från vårdgivaren).

Ca 85% av alla barn som presenterar med könsdysfori (s k "child onset") växer bort från den (se bilaga), men om man bekräftar barnets självdiagnostiserade avvikande könsidentitet så är risken stor (se bilaga) att barnet fastnar i en felaktig verklighetsförståelse, speciellt vid medicinering med pubertetsblockare eller könskonträra hormoner, då 100% fastnar i könsdysfori. Det har framförts ovetenskapliga argument (utan belägg i någon studie) att äldre barn (efter "Tanner stadium II") med bestående könsdysfori är "genuint" transsexuella. Det är gripet ur luften. Tanner II är typiskt vid runt 11 år (flickor ,största gruppen idag) och vi ser idag en typisk ålder för "desisters" vid 17-19 års ålder och för "detransitioners" 22-24 år. Enligt både Holländska och Svenska data så är typisk ångertid ca 10 år, majoriteten som ångrar kommer inte tillbaka till vården (storleksordning 35-60% bortfall i studier, studier har bara registrerat de som kommit tillbaka). **Se vidare bilagan för detaljerad information).**

Bilaga: Huvudpunkter – med utfyllnad nedanför.

1. **Det saknas explicit omnämnande av undantag för explorativ psykoterapi vilket kontrasterar det Norska förslaget mot lagstiftning i andra länder. Närståendes plikt och rätt att skydda barn från falsk påverkan och missförstånd problematiseras inte.**
2. **Det är en systematisk sammanblandning, avsaknad av differentiering, av "sexuella preferenser" och "könsidentitet" i underlaget.**
3. **Barnets rätt till säker evidensbaserad vård har inte utretts eller presenterats och rätten skyddas inte av lagförslaget.**
4. **Höringsnotatet missar helt samtliga de senaste årens viktiga omsvängningar i internationell konsensus om behovet av psykiatrisk intervention som första linje i behandling; interventioner**

som diskrediteras genom utelämnande i det vaga Norska lagförslagets underlag och oprecisa utformning.

5. Den mycket vanliga samsjukligheten med mentala hälsoproblem vid presentation av könsdysfori innebär självklart att anhöriga skall uppmuntras försöka få psykiatrisk vård för unga som, utan dokumenterad prepubertal historia av könsinkongruens, anger att de har annan könsidentitet än sitt kön. Det är en konsensus för den problematiken (inte att sammanblandas med sjukliggörelse av transidentitet i sig) och de höga suicidriskerna som är förknippad med de mentala hälsoproblemen. Detta måste på ett tydligare sätt inverka på lagförslagets utformning för minderåriga och även vuxna där anhöriga misstänker mentala hälsoproblem.
 6. Grundläggande presentation av svårigheten av att förutsäga barns identitetsutveckling saknas i underlaget och vad detta skall innebära för vårdens skyldighet att INTE acceptera ett barns självdiagnostiserade könsidentitet. Det är en självklar vårdgivares skyldighet som står i motsatsförhållande till lagförslaget.
 7. Höringsnotatets vetenskapliga faktaunderlag är undermåligt med många referenser till studier som helt underkänts av statliga expertutredningar. Underlaget bör kvalitetssäkras av internationellt erkända forskare och kliniker (lämpligen de Finska och Svenska utredarna för riktlinjer och litteraturstudier). Det skall noteras att Helsedirektoratet INTE följt lagens föreskrift om skyldigheten att själva ta fram, kvalitetssäkra och följa upp det vetenskapliga underlaget för utredning och behandling i specialhälsetjänsten.
1. Det saknas explicit omnämnande av undantag för explorativ psykoterapi vilket kontrasterar det Norska förslaget mot lagstiftning i andra länder. Närståendes plikt och rätt att skydda barn från falsk påverkan och missförstånd problematiseras inte.

Lagförslaget, till skillnad från lagar i andra länder, saknar precisering av att explorativ psykologisk konsultation, utredning och rådgivning inte skall anses vara konverteringsterapi.

Det Norska lagförslaget står i skarp kontrast till andra länders försiktighet när det gäller handlingar som berör problematiken kring ungas könsdysfori. I *sektion 6 i höringsnotatet* anges t ex länder som antagit beslut om förbud mot konverteringsterapi: **Tyskland, Malta, Kanada, Spanien, USA, Australien**. Generellt har behovet av psykologisk rådgivning vid ungas könsdysfori explicit undantagits i dessa länders lagstiftning (*se t ex citaten i sektion 6*). Det är anmärkningsvärt att det inte finns en liknande "safeguarding" av unga i det Norska lagförslaget.

2. Det är en systematisk sammanblandning, avsaknad av differentiering, av "sexuella preferenser" och "könsidentitet" i underlaget.

Genomgående i höringsnotatet är att problematik och rättigheter för sexuell preferens jämföras med könsidentitet. Det enda som är gemensamt för problemet "konverteringsterapi" för de två är namnet. Det är en felaktig hopblandning av behov för lagstiftning. Sexuell preferens är inte problematiserat som medicinsk diagnos någonstans i Norsk eller västerländsk hälseväsen och finns

inte heller som kategori i ***Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders*** (DSM-5. Könsdysfori/ könsinkongruens är, i kontrast till sexualitet, en kliniska diagnos enligt såväl DSM-5, ICD-10 och ICD-11.

(Den sammanblandningen är inte tillfällig. Enligt en strategi utarbetat av den globalt största advokatbyrån Dentons¹, betald av Thomson Reuters aktivist fond, är det en uttalad målsättning i Transaktivisters intresse att försöka smyga in tveksam lagstiftning under täckmantel av behovet för bättre rättsligt skydd för homosexuella och transpersoner).

FN är mer försiktiga i att inte blanda dessa begrepp i sina rekommendationer. I sektion 3.1 i höringsnotatet kan man t ex läsa att FN's barnkommission tydligt ger en uppmaning till förbud mot diskriminering och trakassering av både homosexuella och transpersoner, men **nämner endast homosexuella i förbud mot s k konverteringsterapi**. Höringsnotatet underrapporterar att Barnkommissionen är uppenbart försiktig i sina formuleringar. Det inte är självklart vad som skall anses vara förbjudet när gäller handlingar som involverar vårdnadshavare och barn och det inte klart vad som är i barnets intresse.

I sektion 3.2 «**Anbefalinger fra nasjonale og internasjonale helseorganisasjoner**» så anges endast anbefallningar gällande förbud mot konverteringsterapi av homosexualitet, *inget exempel eller citat berör problematiken kring barns identitet. Återigen ser man hör flera exempel på att höringsnotatet underrapporterar skillnader mellan begreppen och problemen.*

Underlaget till lagförslaget är undermåligt och problematiserar inte riskerna för barn som kan komma av denna hopblandning av sexualitet och könsidentitet.

1 https://www.iglyo.com/wp-content/uploads/2019/11/IGLYO_v3-1.pdf

3. **Barnets rätt till säker evidensbaserad vård har inte utretts eller presenterats och rätten skyddas inte av lagförslaget.**

Höringsförslaget (bilagan till Höringsnotatet) diskuterar endast av Norge ratificerade konventioner och Norsk lag kring barns rättigheter vad gäller *rätt till självbestämmande, rätt till bekräftande vård, rätt att inte utsättas för pseudovetenskaplig konverteringsterapi*.

Höringsförslaget utreder inte barnets rätt till evidensbasrad medicinsk vård, rätten till psykosocialt stöd och rätten till skydd mot riskerna vid felaktig och tveksam "off-label" medicinering och vård (tex än idag icke godkänd användning av pubertetsblockare, vare sig av Amerikanska eller Europeiska motsvarigheten till FDA), rätt till explorativ psykoterapi, rätt till korrekt och fullständig information för att kunna vara delaktig i beslut.

Flera delar av dessa barnens rättigheter enligt barnkonventionen står i motsatsförhållande til det vaga lagförslaget om handlingar som syftar till att ändra en persons könsidentitet, då det inte är utrett vilka råd och diskussioner, vilken information som föräldrar och behandlare kan delge barnet och vilka inte.

4. **Höringsnotatet missar helt samtliga de senaste årens viktiga omsvängningar i internationell konsensus om behovet av psykiatrisk intervention som första linje i behandling; interventioner som diskrediteras genom utelämnande i det vaga Norska lagförslagets underlag och oprecisa utformning.**
- a) Finska internationella experten på könsdysfori hos barn, Rittakertu Kaltiala, Nordens främste expert på forskning och behandling av könsdysfori/inkongruens hos barn och Finlands regering har nya guidelines² som entydigt sätter **psykiatrisk intervention i första linjen** för behandling av könsdysfori (både hos barn och vuxna).
 - b) Annelou de Vries, pionjär och grundare av det protokoll, "The Dutch Protocol" som WPATH, Endocrinological Society, American Psychiatric Association, Sveriges Socialstyrelse, Norge och de flesta västländer har som grund för sina protokoll för behandling av barn, skriver i Amerikanska Barnläkares egen tidskrift³, *Pediatrics*, sept 2020, att **den bekräftande tillnärmningen är fel** för de tonåringar och unga som presenterar med könsdysfori idag, att **psykiatrisk intervention skall vara första linje i behandling**.

2 Kopia med översättning, referenser och diskussion på Engelska (med tillstånd från Finska Hälseministeriet kan läsas här:
https://segm.org/Finland_deviates_from_WPATH_prioritizing_psychotherapy_no_surgery_for_minors

3 [file:///C:/Users/avi/Downloads/peds.2020-010611.full%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/avi/Downloads/peds.2020-010611.full%20(1).pdf)

- c) Svenska Socialstyrelsens nya riktlinjer⁴ (April 2021) poängterar att psykiatrisk utvärdering, rådgivning, skall vara del av, och i vissa fall, **i första linjen i medicinsk utredning**.
- d) National Health Service ("NICE"⁵ report, UK, februari 2021) underkänner evidensen för medicinsk behandling av minderåriga och öppnar för psykiatrisk intervention och rådgivning. NHS och Regering ger i 2020 direktiv att **man inte får undervisa eller använda läromedel som får barn att tro att man kan vara född i fel kropp**. Detta kontrasterar också mot lagförslagets avsaknad av problematiseringen av barns könsdysfori och vårdnadshavares ansvar gentemot barns uppfattning av sin identitet.
- e) Australien och Nya Zeland's Psykiatriska förening (RANZCP, alla licensierade Psykiatriker är anslutna) underkänner evidens för medicinsk behandling av minderåriga som presenterar med könsdysfori och **förordar att det i första hand skall betraktas som mentala hälsoproblem som kräver psykologisk intervention och behandling**⁶.

5. Den mycket vanliga samsjukligheten med mentala hälsoproblem vid presentation av könsdysfori innebär självklart att **anhöriga skall uppmuntras försöka få psykiatrisk vård för unga som, utan dokumenterad prepubertal historia av könsinkongruens, anger att de har annan könsidentitet än sitt kön. Det är en konsensus för den problematiken (inte att sammanblandas med sjukliggörelse av transidentitet i sig) och de höga suicidriskerna som är förknippad med de mentala hälsoproblemen. Detta måste på ett tydligare sätt inverka på lagförslagets utformning för minderåriga och även vuxna där anhöriga misstänker mentala hälsoproblem.**

Det finns en internationell konsensus för den mycket höga samsjukligheten (Kaltiala⁷ 75%, Kozlovskas⁸ 88%) i den nya grupp unga som uppvisar könsinkongruens. De problemen föregår uttryck för könsinkongruens och är då inte konsekvens av s k "minoritets stress". Alla identifierade mentala problem har förhöjd självmordsrisk hos transpersoner om de förblir obehandlade. Självmordsrisken för transpersoner som inte uppvisar mentala hälsoproblem är mycket lägre⁹. **Det onyanserade**

4 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2021-3-7302.pdf>

5 <https://www.evidence.nhs.uk/document?id=2334888&returnUrl=search%3fq%3dtransgender%26s%3dDate>

6 <https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/gender-dysphoria#.YUPy8TFORfs.twitter>

7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25873995/>

8 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33510668/>

9 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6600.pdf>

lagförslaget försvårar för vårdgivare och föräldrar att diskutera psykiatrisk vård för minderåriga som plötsligt presenterar med könsdysfori .

6. **Grundläggande presentation av svårigheten av att förutsäga barns identitetsutveckling saknas i underlaget och vad detta skall innebära för vårdens skyldighet att INTE acceptera ett barns självdiagnostiserade könsidentitet. Det är en självklar vårdgivares skyldighet som står i motsatsförhållande till lagförslaget.**

Behovet av att avvakta och **inte bekräfta minderårigas självbestämda könsinkongruens** är uppenbar i vetenskapliga studier av ungas flytande (fluid) och instabila identiteter, före under, och en lång tid efter puberteten.

- a) Det är internationell konsensus för att antalet som ångrar medicinska irreversibla tilltag (detransitioners) är snabbt ökande¹⁰. Dr Marcy Bowers (blivande President för WPATH), och Dr Erica Andersen (Styrelseledamot WPATH), **båda kliniskt aktiva och själva transkvinnor**, varnar för detta och trenden att könskorrigera barn utan **”safeguarding”**¹¹
- b) T o m barn som sedan tidig ålder utvecklat könsinkongruens kommer, i snitt 85% av fallen¹², att växa ifrån sin könsdysfori under puberteten Om man bekräftar deras könsinkongruens som en icke biologisk könsidentitet kommer det att befästa könsdysforin. Upprepade studier från Holland och IK visar att pubertetsblockare leder, till 100%, till ”transition”. Den främsta kliniken i världen idag **varnar för att bekräftande med ”social transition” av barn riskerar befästa könsdysfori.**¹³
- c) Endocrinological Society Guidelines 2017 anger explicit att det inte är möjligt att förutsäga ett barns identitetsutveckling d v s att identifiera vilka de (15% se ovan) av barn som kommer att fortsätta vara könsinkongruenta även i vuxen ålder. Det är då oansvarigt att ”spela med” ett barns självdiagnostiserade könsidentitet i strid mot barnets kön.¹⁴ *(Det är inte relevant i denna skrivelse att i remissvar till ett lagförslag problematisera de alternativa behandlingarna och den respekt som självklart ett barn har rätt att kräva av jämnåriga, lärare, vårdnadshavare och vårdgivare).*

10 https://segm.org/first_large_study_of_detransitioners

11 <https://bariweiss.substack.com/p/top-trans-doctors-blow-the-whistle>

12 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26754056/>

13 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22455322/>

14 <https://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>

7. Höringsnotatets vetenskapliga faktaunderlag är undermåligt med många referenser till studier som helt underkänts av statliga expertutredningar. Underlaget bör kvalitetssäkras av internationellt erkända forskare och kliniker (lämpligen de Finska och Svenska utredarna för riktlinjer och litteraturstudier). Det skall noteras att Helsedirektoratet INTE följt lagens föreskrift om skyldigheten att själva ta fram, kvalitetssäkra och följa upp det vetenskapliga underlaget för utredning och behandling i specialhälsetjänsten.

Det är uppenbara brister i höringsnotatets faktabaserade underlag för beredning av lagförslaget. Konsekvensen av de bristerna är att lagförslaget fått ett uttryck som, till skillnad från andra länder, gör att den blir svårtolkad när det gäller handlingar som relaterar till barns könsdysfori. Den kontrasterar mot internationell praxis och vetenskaplig konsensus. ***Osäkerheten berör inte de delar av lagförslaget som täcker behovet av ett förbud mot olika former av "press" som konversionsterapi av homosexuella innebär, men är relevant för problematiseringen kring vad som skall tillåtas och förbjudas av handling, behandling, utredning, råd, konsultation och information till minderåriga.***

Den information som borde ha delgivits de jurister som formulerat lagförslaget, information och lagförslag som sen skall bedömas av Stortinget och av Domstolar behöver koncist summera den internationella kunskapen och konsensus kring problematiken av att utreda och informera barn. Utan den informationen i höringsnotat är det risk att lagförslaget, som det presenterats idag eller även om det ändras marginellt, kommer att försvåra eller förhindra en nödvändig "safeguarding" av barn, med ödesdigra livslånga konsekvenser. ***Denna försiktighetsprincip i bemötande av barn och deras vård är del av barnkonventionen och all medicinsk praxis men saknas helt i höringsbrevet och i höringsnotatet.***

- a) I UK beslutade högsta domstolen för England och Wales (2020)¹⁵ att minderåriga, speciellt under 16 år, inte kan anses kunna ge "informed consent" till medicinsk behandling av könsdysfori / könsinkongruens. Domstolsbeslutet har i år upphävts efter överklagande och har sedan vidare överklagats till "The Supreme Court" UK. Emellertid, grunden för reverseringen av den första domen omfattar endast ett prejudikat att läkare (i England) har allena rätt att bestämma adekvat behandling i liknande fall (abort), och domskälens grunder, baserade på omfattande vittnesmål från internationella experter, har inte ifrågasatts. Bland dessa är de mest centrala att **barn inte kan anses förstå konsekvenserna av behandlingarna** och därför inte kunna ge "informed consent" för en livslång medicinering och irreversibla ingrepp.

Det är uppenbart därför, att både i den ursprungliga domen och i reverseringen, så är utgångspunkten behovet av **att barn måste få adekvat information**, och frågan är endast om en läkare skall ha rätt bedöma om en minderårig kan tillgodogöra sig informationen eller om man

15 https://segm.org/UK_HighCourt_Rules_PubertyBlockers_Experimental

har möjlighet att lagstifta att ett barn inte skall anses kunna tillgodogöra sig informationen med konsekvenser för resten av sitt liv.

Det Norska höringsnotates underlag ger inget erkännande till denna centrala fråga om behovet av att barn skall kunna få information och att psykologer och även föräldrar skall kunna problematisera barnets förståelse av sin identitet, sina kontakter med kamrater och dess utveckling och mognad. ***Lagförslaget står i skarp kontrast till den bedömning Engelsk domstol gjort för att säkra behovet av att barnet får så fullständig förståelse av vad ett "korrigerat" kön kan komma att innebära.***

- b) **Höringsnotates innehåller många citat med referenser till forskning som är undermåliga** och är av mycket låg kvalitet (enligt internationella GRADE systemet). Det finns en konsensus för (se nedan) att flera citerade arbeten i **höringsnotatet inte håller nödvändig minimal kvalitet** och de skulle därför inte ingå som underlag för lagförslaget. De felaktiga studier som refereras till är forskning som lyfts fram av aktivist- och intresseorganisationerna **FRI, PKI och Rosa Kompetanse** (på deras web-sidor och i Norska debattartiklar de publicerat) men som inte har internationellt erkännande. De underkändes av Amerikanska Regeringens expertkommission, US GOV CMS Review 2016¹⁶, Svenska regeringens tillsatta utredning (SBU rapport, december 2019 med systematisk review)¹⁷, Finska regeringens systematiska review (juni 2020)¹⁸, Engelska NHS review ("NICE" rapporten, februari 2021) (se ovan). Den information som framförs i flera referenser i höringsnotatet underkändes även av Folkhelseinstituttets experter (FHI, höringsvar till Helsedirektoratet 2019)¹⁹.
- I. Som exempel på problemet med denna desinformation höringsnotatet innehåller och därmed felinformerat underlag till lagförslaget kan märkas att Endocrinological Society i sina guidelines (se referens ovan) 2017 markerat så gott som samtliga av sina egna referenser till evidens för behandling som antingen "Low Quality" eller "Very Low Quality" enligt det internationella "GRADE" systemet. Stortingets ledamöter blir felinformerade om kunskapsläget inför det lagförslag som skall bedömas.
- II. Höringsnotatet, i linje med PKI, Rosa Kompetanse, framhäver en "convenience survey" från USA, "US Transgeners Survey 2015", med 27000 svar och flera resultat som tagits

16 <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/ncd.aspx?NCDId=368>

17 <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/ny-konsdysfori-hos-barn-och-unga/>

18 SEGM g'har tagit del av den systematiska litteraturstudien I alla dess detaljer, men Finska hälsomyndigheten (som bereder guidelines) är inte beredda låta SEGM dela den. Kan erhållas från PALKO.

19 Tillgänglig från Helsedirektoratet eller från FHI

fram från denna survey. Men internationell konsensus är att de resultaten är underkända och opålitliga²⁰ p g a de metodfel och den bias som ligger i undersökningen. Av 35000 svar var man tvungen att kassera mer än 25% p g a uppenbara falska svar, (icke över huvud taget transpersoner), man lottade ut priser til de som svarade och det fanns ingen kontroll av hur många gånger personer svarade (huvudsakligen medelklass college studenter) eller vem som svarade.

Det som är relevant för höringsnotates underlag anges, i höringsnotatet, för att förminska värdet av "safeguarding" av mycket unga (före puberteten!) är t ex citat av värdet av tidig medicinering med pubertetsblockare (d v s det avser att stärka tron på att ett snabbt avgörande att medicinera är nödvändigt). Men av dessa 27000 svar (som framhävs i höringsnotatet) användes endast totalt 89 svar på frågor gällande pubertetsblockare. Majoriteten av de som svarat att de nu (vid svarstillfället) var medicinerade med pubertetsblockare (!) var college studenter, d v s även av de 27000 var många svar uppenbara lögnar eller missförstånd.

- III. Ett ytterligare exempel på höringsnotatets undermåliga underlag är referens till en sammanställning som ger sig ut för att vara en litteraturstudie av 51 artiklar ("Cornell", "What we know project") som skal visa att "Transition förbättrar livskvalitet och mental hälsa".²¹ Detta är inte en godkänd studie enligt akademiska kriterier. Det är en web-sida, har inte genomgått "peer review", är inte publicerad i tidskrift, har inte specificerade författare, anger inte "conflicts of interest", anger inte sammanställningens sök-kriterier eller kvalitetskriterier. Den uppfyller inte ett enda av tjugotalet internationella krav (PRISMA) för en systematisk review / litteratur studie. Flertalet artiklar som ingår i denna pseudovetenskapliga sammanställning har underkänts av de Amerikanska, Engelska, Finska, Svenska pålitliga reviews som nämndes under första paragraf (b) ovan.

Många citat och referenser i höringsnotatet skulle över huvud taget inte ingått i underlaget för ett lagförslag och de har inte kvalitetssäkrats av erkända forskare och kliniker i fältet.

20 Publicerad kritik av USTS och de deriverade resultat som höringsnotatet framhäver och visats vara felaktiga. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33089441/> ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32495241/> ; <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/2/e20191725/tab-e-letters#re-pubertal-suppression-for-transgender-youth-and-risk-of-suicidal-ideation>;

21 <https://whatweknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people/>