

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Deres ref:

Vår ref:

2015/2010 - 13035/2015

Saksbehandler:

Ingvill Skogseth 51 96 38 12

Dato:

15.11.2015

## Høring - anbefalinger fra ekspertgruppe om helsetilbudet ved kjønnsdysfori

Det vises til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 25. juni 2015 om anbefalinger fra ekspertgruppe om helsetilbudet ved kjønnsdysfori.

Helse Vest RHF gir her høringsuttalelse til rapporten *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn*. Det foreligger en rapport og flere tilleggsdokumenter. Vi har spesielt sett på:

Punkt 11.1 *Retten til helsehjelp*, Punkt 11.2 *Økt kompetanse om kjønnsdysfori i alle deler av helsetjenesten* og Punkt 11.4.1.2 *Nasjonalt behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus*.

### Punkt 11.1 Retten til helsehjelp

Helse Vest mener at ansvar for forsvarlig helsehjelp til disse gruppene bør være sentralisert. Hvilken rolle regionale foretak skal ha kan diskuteres, men primært bør utredning og igangsetting av behandling skje ved NBTS.

Det påpekes av ekspertgruppen at Nasjonalt behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus ikke ivaretar behovene til alle som har rett til helsehjelp for kjønnsdysfori. De pasientene som får diagnose F 64.8 og F 64.9 har i dag ikke noe formalisert tilbud i Norge. De får ikke et tilbud ved NBTS og bare sporadisk hjelp i spesialisthelsetjenesten.

Helse Vest vil argumentere for en styrket sentralisert tjeneste snarere enn en tjeneste som skal tilbys i alle/flere regioner. Aksept av tilstander og kunnskap om det tilbud som finnes, må man likevel sørge for i hele helsevesenet. Dersom for mange henvises og blir værende ved NBTS, må man også se på kapasiteten der, dessuten på retningslinjer for henvisning.

Mange av de pasientene som henvises til NBTS har allerede gjennomgått en omfattende utredningsprosess i spesialisthelsetjenesten hvor en psykologspesialist eller psykiater allerede har satt diagnosen F 64.0 eller F 64.2. Det at pasienten ytterligere skal bruke 2 år (7-12 konsultasjoner) ved NBTS for å sette diagnosen på nytt, eller forkaste diagnosen fra spesialisthelsetjenesten er uheldig. Det er u hensiktsmessig økonomisk, og i tillegg er det en alvorlig påkjenning for pasienten som i mange tilfeller har levd med kjønnsdysfori i mange år.

Det har vist seg å være vanskelig å få en dekkende beskrivelse av virksomheten ved NBTS. Dette gjelder både henvisningsrutiner og hvilke helsetjenester som gis, og av hvilke fagpersoner. Dette blir påpekt som et problem for behandler som henviser pasienter dit, og som følger opp pasienter underveis i forløpet ved NBTS.

### **Punkt 11.2 Økt kompetanse om kjønnsdysfori i alle deler av helsetjenesten**

Regional og nasjonal kompetansetjeneste for kjønnsdysfori har vært et stort behov lenge, både for fagpersoner i 1. og 2. linjetjenesten, samt for pasientene. Det er av avgjørende betydning at nasjonale faglige retningslinjer for kjønnsdysfori utarbeides. Dette er et fagfelt som må ses i et tverrfaglig perspektiv.

Helse Vest mener at utredning og behandling skal avklares og primært initieres i en sentralisert tjeneste, da dette er meget spesialisert og behandlingen som kan ha store konsekvenser. Det kan likevel være hensiktsmessig å trekke inn lokale aktører som kan støtte og supplere NBTS. Dersom annet helsepersonell eller private aktører skal involveres, må man ha retningslinjer for helsetjenesten slik at det ikke blir lokale eller personlige ulikheter i behandlingen. Kompetansen de ulike aktørene har må kvalitetssikres. Dette gjelder også den helsehjelp som skal tilbys ved våre egne sykehus.

Helse Vest anbefaler ikke at primærhelsetjenesten skal ha ansvar for utredning og/eller behandling, men at denne skal supplere spesialisthelsetjenesten.

Behovet for at fagmiljøene gjennomgår en kompetanseheving som omfatter kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori er avgjørende. Fagmiljøet påpeker at en konsekvens av lav faglig kompetanse på fagfeltet, er at pasienter kan bli gående uhensiktsmessig lenge før behandlere identifiserer at det er snakk om kjønnsdysfori. Dette kan medføre at det utvikler seg til en alvorlig psykopatologi. Alvorlig psykopatologi er en kontraindikasjon for eventuelt å komme til behandling ved NBTS.

Det er forholdsvis få pasienter som får diagnosene F 64.0 eller F 64.2. Det burde ha vært et tilbud som var forankret på nordisk nivå når det gjelder de delene av denne behandlingen som involverer 3. linjetjenesten. Kanskje burde arbeidsgruppene bestått av representanter fra alle de nordiske landene. På den måten ville kompetansen blitt mindre sårbar for egeninteresser og mer til nytte for de pasientene det gjelder.

### **Punkt 11.4.1.2 Nasjonal behandlingstjeneste for transeksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus**

Helse Vest mener at det er behov for opprustning av kunnskap i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, sammen med nasjonale retningslinjer for behandling av kjønnsdysfori. I tillegg bør det være regional og nasjonal kompetansetjenester som har et overordnet faglig ansvar for kompetansesikringen. Flertallet i ekspertgruppen understreker at dette må være på plass før det gjøres endringer med NBTS strukturen.

Ekspertgruppen anbefaler at NBTS tar ansvar for den hormonelle og-/eller kirurgiske behandlingen. Dette støttes.

Kvinneklinikken i Bergen (KKB) ser at noen kirurgiske prosedyrer kan utføres regionalt, som for eksempel hysterektomi og oophorektomi (fjerning av livmor og/eller eggstokker). Dette er vanlige prosedyrer ved de fleste gynekologiske avdelinger, også ved KKB. Men vurderingen av om inngrepet skal gjøres, bør gjøres av en sentralisert gruppe. Genitalkirurgi bør absolutt være sentralisert, fordi antall inngrep vil være relativt få og kirurgien er utfordrende.

Vi kan ikke se at det finnes kompetanse i norske fagmiljø regionalt som kan tilby endokrinologiske behandling. Vår klare anbefaling er at vurdering av om man skal behandle med hormoner bør gjøres av en ekspertgruppe og at selve behandlingen også iverksettes og følges opp i en sentralisert tjeneste. Det er ikke slik at den endokrinologiske behandlingen er enkel og oppskriftsmessig, den må tilpasses individuelt og til dette kreves erfaring. En slik erfaring vil det sannsynligvis ikke være mulig å tilegne seg i hver region. Dette gjelder særlig barn og unge.

Til en viss grad kan hormonell behandling følges opp i samarbeid med spesialist i regionene, men man bør ikke basere seg på at regionene skal ta ansvar for behandlingen alene. Det er ikke tilrådelig at det gis ulik behandling i ulike regioner. Som tidligere beskrevet, trengs nasjonale faglige retningslinjer. Ved KKB finnes per i dag kompetanse på gynekologisk endokrinologi og kjønnshormoner, men ingen formell eller uformell kompetanse på kjønnsdysfori eller behandling av dette. Enkelte pasienter følges opp ved KKB etter kirurgi i utlandet. Et sterkt sentralisert fagmiljø for veiledning og avansert behandling anses som nødvendig, da erfaringen uansett vil være begrenset med denne pasientgruppen.

KKB understreker behovet for kunnskap om graviditet under eller etter hormonbehandling med testosteron. Det er kjent og godt dokumentert at tilstander med betydelig lavere testosteronverdier enn hos personer som gjennomgår kjønnstransisjon, som den vanlige diagnosen PCOS eller mer sjelden CAH, gir betydelig økt risiko for komplikasjoner i fosterlivet. Dessuten vil en slik hormonpåvirkning kunne ha effekter på barnets og individets helse resten av livet. En studie som refereres, (Light et al), har kartlagt forhold i 41 svangerskap. Dette er ikke tilstrekkelig for å se på slike mulige påvirkninger, og man har i rapporten ikke tatt med den kjente kunnskapen om testosteron og svangerskap. Her må retningslinjer utarbeides i en tverrfaglig gruppe som inkluderer fostermedisiner og obstetrikere.

Med vennlig hilsen

  
Hans K. Stenby  
plansjef

  
Ingvill Skogseth  
seniorrådgjevar