



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

vår ref.: 15/3319

Dato: 11.11.2015

## **Høring - anbefalinger fra ekspertgruppe om helsetilbudet ved kjønnsdysfori**

Vi viser til e-post av 25.06.2015 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Legeforeningen støtter mange av de overordnede tiltakene som utvalget foreslår. Vi har imidlertid noen kommentarer til enkelte av anbefalingene.

### **Primærhelsetjenestens ansvar**

Legeforeningen mener det er viktig at man presiserer hvilken kunnskap primærhelsetjenesten skal ha innen dette feltet, og hvordan helsepersonell skal oppnå denne kompetansen. I dag mangler fastleger både tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag og retningslinjer for å iverksette og følge opp behandling instituert av spesialister på området, også for voksne pasienter. I tillegg til primærlegene, vil helsesøstre, helsestasjoner og skolehelsetjenesten ha en viktig funksjon i dette.

Primærhelsetjenesten som helhet må opprustes til å kunne ta et økt ansvar for å fange opp og starte utredning av disse tilstandene. Kunnskap som gir anerkjennelse av tilstander, samt klare retningslinjer for hvordan man henviser videre, vil være til nytte. Før dette er på plass, er det viktig at spesialistmiljøene som har erfaring med denne type behandling tar ansvar for og følger opp for eksempel omfattende hormonbehandling.

### **Barn og unge**

Barn og unge som faller utenfor samfunnets normalitetsbegrep - f.eks. pga. seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk - er en særlig utsatt og sårbar gruppe som det er viktig å møte på en inkluderendemåte. Legeforeningen anerkjenner at spørsmål om opplevd kjønnsidentitet kan være et reelt tema allerede tidlig i barneårene. På den annen side er «opplevd kjønn» i utgangspunktet en lite presis kategori, som bestemmes og defineres både av medisinske (biologiske), sosiale og individuelle faktorer. Mange små barn kan i løpet av barndommen fremvise tegn på det som kan defineres å være innenfor kjønnsdysfori-begrepet - mens antallet reduseres til et mindretall i ungdomsår og voksen alder.

Forskning på kjønnsdysfori som fenomen (årsaker/forståelse) og potensiell effekt av helsehjelp er fragmentert og sparsom.

Flere primærleger melder også om erfaringer med foreldre som synes å kreve behandling for sine barn basert på egne ideer om kjønnsidentitet. Dette er et utfordrende klinisk landskap å bevege seg i, hvor det er lite kunnskapsbaserte fakta å støtte seg på. Desto yngre barn det er

snakk om, desto større er den potensielle skadevirkningen av evt. tiltak som iverksettes.. Legeforeningen er opptatt av å beskytte mot prosesser som kan gi økt medikalisering i samfunnet, f. eks. gjennom uheldig medisinske inngripen. Det er ikke uten grunn at et av de fremste medisinske bud er *å ikke gjøre skade*. Vi er derfor opptatt av en føre-var tilnærming til de yngste barna som fremviser tegn på usikker kjønnsidentitet, og mener at man her må kunne tillate seg å avvente og observere utviklingen over tid uten å ty til kategorisering/ diagnostisering av barn, og iverksette medisinske tiltak. Vi mener dette ikke står i motsetning til samtidig å jobbe for en mer aksepterende og inkluderende holdning overfor grupper som bryter med normalitetsbegrepet i samfunnet (mer konkret f.eks. å gi råd til familien, barnehagen og skolen).

### **Desentralisert behandlingstilbud for barn og unge**

Legeforeningen registrer at ekspertgruppen er delt i sin innstilling særlig når det gjelder hvor behandling av barn og unge med kjønnsdysfori bør foregå.

Legeforeningen vil argumentere for en styrket sentralisert tjeneste snarere enn en tjeneste som skal tilbys i flere regioner. Vi mener det her vil være hensiktsmessig å sammenligne eksisterende helsetilbud for andre pasientgrupper av lignende volum – vurdert med behovet for særskilt kompetanse. På bakgrunn av begrenset pasientvolum og kompetanse i dagens helsetjeneste mener vi at et helsetilbud til barn med kjønnsdysfori bør være på tredje-linjenivå, og vi støtter derved ekspertgruppen mindretall som ønsker å beholde og styrke tilbudet ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) fremfor desentralisering.

Dersom for mange henvises og blir værende ved NBTS må man imidlertid også se på kapasitet og prioriteringer der. Man må også se på retningslinjer for henvisning. En nylig gjennomført Nordisk konferanse innen transseksuell helse i Oslo oktober 2015 viste at de andre nordiske land har organisert egne barneteam for utredning og behandling av kjønnsdysfori hos barn og unge. I lys av dette mener Legeforeningen man også kan vurdere en styrking av sentralisert behandlingstilbud ved å etablere eget barneteam.

Vi mener utredning og behandling skal avklares og primært initieres i en sentralisert tjeneste da dette er meget spesialisert, og behandlingen kan ha store konsekvenser. 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.

### **Aldersgrense**

Ekspertgruppen anbefaler at aldersgrensen for endring av juridisk kjønn settes til 18 år, mens departementet foreslår 16 år under henvisning til at man ved 16 år anses moden nok til å bestemme over egen helse. Legeforeningen er ikke enig i departementets vurdering av sammenligningen mellom det å endre kjønn og det å avstå fra helsehjelp. Vi vil innvende at kompleksiteten av det å endre kjønn ofte vil være vesentlig større enn det å ta beslutninger knyttet til egen helse. Vi tenker her på de juridiske aspektene knyttet til kjønnskifte, men også innvirkningen det vil ha på helse og sosialt liv. Vi registrerer at departementet i vurderingen av aldersgrense legger en viss vekt på at man har muligheten til å endre tilbake igjen senere. Legeforeningen vil innvende at man her ser ut til å undervurdere effekten av å skifte kjønn og vi vil understreke at det ikke er en beslutning vi ser for oss at noen bør gjøre med letthet fordi man kan skifte tilbake senere. Legeforeningen støtter ekspertutvalgets forslag om at barn mellom 16 og 18 år kan begjære endring av juridisk kjønn, men at foreldrene normalt sett skal informeres kan motsette seg dette.

### **Mangel på tilbud om kjønnsbekreftende helsehjelp for personer som ikke får et tilbud ved NBTS**

Dette må defineres nærmere, hva skal et slikt tilbud evt. være og hvor skal man ha denne typen helsehjelp. Man kan bruke den regionale eller lokale helsetjeneste, NBTS kan fungere som rådgivende instans i tilfeller der videre behandlingsløp ved NBTS avslås. Det kan være en høyspesialisert oppgave også å avslå behandling og begrunne dette. Dokumentasjon av denne vurderingen og videre råd må formidles til lokal/regional helsetjeneste.

### **Diagnosebruk**

Legeforeningen støtter ekspertutvalget på at det følger ønsker fra flere brukerorganisasjoner, samt Amnesty International, om å ta kjønnsdysfori ut av ICD kapittelet om mentale lidelser, men holder fast ved at tilstanden kan utløse mentale lidelser.

### **Utarbeidelse av veileder/retningslinjer**

Legeforeningen er enig i at slike bør utarbeides og at retningslinjene må være tilgjengelige, både som informasjon og grunnlag for faglig diskusjon.

Den norske legeforenings sentralstyre,  
etter fullmakt



Geir Riise  
generalsekretær



Bjarne Riis Strøm  
fagdirektør



Anne Ormshammer  
Saksbehandler