

Kommentarer til rapporten fra arbeidsgruppen angående behandlingstilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori

FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold reagerer på en rekke forhold ved denne rapporten, både når det kommer til utvelgelse av arbeidsgruppe, arbeidet som har blitt gjort i gruppa og rapportens innhold.

Rapporten presenterer en virkelighetsbeskrivelse vi ikke kjenner oss igjen i. Det er derfor vanskelig å skulle kommentere og diskutere enkeltelementer i rapporten. Hele grunnlaget for at dette arbeidet er igangsatt er rapporten «Rett til rett kjønn- Helse til alle kjønn» og ekspertgruppen som sto bak den rapporten sine anbefalinger. Deres anbefalinger sammen med denne gruppens mandat må være det som ligger til grunn når denne rapporten skal beskrive og foreslå løsninger på problemene ved helsetilbudet til mennesker som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori.

Vi anser det som problematisk arbeidsgruppa skal foreslå omorganisering av helsetilbudet før vi har konkludert i den pågående faglige debatten og dermed fått på plass faglige retningslinjer. Det er faglig uenighet som er den store konflikten her. Hadde en landsfunksjon fungert godt for pasientene, sikret folk den helsehjelpen de har krav på og samtidig samarbeidet godt med regionene og andre som jobber på dette feltet (interesseorganisasjoner, helsearbeidere og offentlige tjenester) hadde det ikke vært et så skrikende behov for forandring. Små justeringer i arbeidsfordeling og organisering ved NBTS er ikke tilstrekkelig for et helhetlig og godt tilbud til alle i pasientgruppa. Hele tilbudet må reformeres både når det kommer til praksis, organisering og faglig grunnlag.

Denne rapporten bør også ta inn over seg nyere forskning og informasjon som har kommet frem etter at rapporten «Rett til rett kjønn-Helse til alle kjønn» ble lansert i 2015. Etter 2015 har vi fått enda tydeligere signaler på hvordan ICD 11 kommer til å se ut. Stadig flere behandlere rundt om i verden presenterer deres erfaringer med behandling av ungdommer og ikke-binære med informert samtykke som arbeidsmodell fremfor “gatekeeping-modellen”. Det har skjedd store juridiske endringer, både nasjonalt og internasjonalt. I tillegg har kompetansen på kjønn og kjønnsdysfori økt betraktelig i flere deler av helsevesenet og i samfunnet generelt. Dette må tas med i betraktningen når man tolker og besvarer mandatet til arbeidsgruppen.

To av punktene i mandatet lyder:

- Beskrive eksisterende behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori.
- Identifisere områder innenfor behandlingstilbudet hvor det i dag er mangelfull kompetanse.

I rapporten står det: *«I mandatet for dette arbeidet heter det «behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori», men pasientgruppen i gjeldende diagnosemanual (ICD-10) er plassert under overskriften «F64 kjønnsidentitetsforstyrrelser».*

Det er en grunn til at mandatet snakker om helsetilbudet til mennesker med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori. I denne rapporten blandes diagnoser med menneskers faktiske opplevelser. Mennesker opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori helt uavhengig av om ICD10 beskriver dette. Mandater legger dermed tydelige føringer på at alle mennesker som opplever kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori skal inkluderes i denne rapporten, ikke bare de av oss som av helsepersonell ved NBTS beskrives med en F64.0 diagnose. Rapporten presentere tidlig dette premisset og en gjennomgående ide om et reelt skille mellom mennesker med en F64.0 diagnose og andre som også opplever kjønnsdysfori. Det eneste som skiller mennesker med og uten diagnosen F64.0 er om de har fått diagnosen, ikke behovene deres, ikke identiteten deres og heller ikke hvorvidt de kan ha god nytte av kjønnsbekreftende behandling. Det er et fiktivt skille og en forenkling av virkeligheten som i dag resulterer i at svært mange mennesker står uten tilbud om livsnødvendig helsehjelp.

Dette er problematisk og svært mye av debatten rundt hvem som skal få hvilken type helsehjelp dreier seg nettopp om hvordan diagnosen F64.0 og de andre F64 diagnosene ikke evner å beskrive og favne om mennesker som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Diagnoser er ikke hogget i stein, selv om forskningen som er gjort gjøres på gruppa som har en F64.0 diagnose er det ikke gitt at diagnosen gis på bakgrunn av samme kriterier verden over. Det er heller ikke slik at forskning på hvordan kjønnsbekreftende behandling fungerer for mennesker som av en eller annen grunn har endt opp med en F64.0 diagnose ved NBTS sier noe som helst om hvorvidt det er heldig eller uheldig å skulle gi kjønnsbekreftende behandling til andre.

NBTS sitt utrednings- og behandlingsmonopol

Mandatet er tydelig på at arbeidsgruppa skal avdekke manglende kompetanse i hele helsetilbudet. I den foreslåtte rapporten pekes det kun på manglende kompetanse utenfor NBTS, og denne beskrives på en feilaktig måte. Når NBTS sin praksis legges som gullstandard fremsettes det et uriktig bilde av kvaliteten på tjenester som tilbys utenfor NBTS.

Vi i FRI kan ikke stille oss bak en rapport som fremsetter NBTS som en institusjon med høy faglig kompetanse, og som sier at helsepersonell som tilbyr kjønnsbekreftende behandling til

mennesker med kjønnsdysfori skal utsettes for "tilsyn og eventuelle reaksjoner med grunnlag i både forsvarlig behandling og funksjonsfordeling, enten det gjelder private eller offentlig tilknyttet helsepersonell."

Basert på de erfaringene FRI sitter på fra pasientgruppen og fra annet helsepersonell er det nødvendig at det utføres tilsyn av NBTS, som ofte mottar klager fra sine pasienter og som ved flere anledninger har brutt sentrale punkter i pasientloven.

Ekspertgruppen har allerede beskrevet tilbudet, mangler ved det og mulige tiltak for å bedre helsetilbudet, øke kompetansen på kjønnsdysfori og sikre flere tilganger til de helsetjenestene de har rett på.

Ekspertgruppen som begynte sitt arbeid i 2013 ble nedsatt fordi en stor gruppe mennesker opplevde å ikke få tilgang på nødvendig helsehjelp og svært mange fagfolk på feltet stilte spørsmålstegn ved hvem som fikk kjønnsbekreftende behandling på hvilket grunnlag. Ekspertgruppa har beskrevet flere grunnleggende problemer ved NBTS sitt mandat, deres tolkning av mandatet sitt og den helsehjelpen som gis til mennesker som opplever kjønnsdysfori. Da kan ikke denne rapporten konkludere med at NBTS gir den beste helsehjelpen, at helsehjelpen organiseres best ved at NBTS fortetter å ha landsfunksjon og at de innehar den fremste kompetansen på dette feltet.

Det er mange grunner til at monopolet ved NBTS ikke burde videreføres. Noe av grunnen ligger i folks negative erfaringer ved NBTS. Mange vi er i kontakt med opplever å bli møtt på en cisnormativ måte der utredningen fremstår som en test der målet er å overbevise behandlere om hvilket kjønn man er. Men det finnes også andre tungtveiende argumenter for at NBTS ikke skal ha utrednings- og behandlingsmonopol på dette feltet:

- Et stadig økende antall mennesker oppsøker helsevesenet for å få hjelp med sin kjønnsdysfori. NBTS har ikke kapasitet til å ta i mot alle disse henvisningene
- NBTS er selv tydelige på at de kun behandler en meget selektert gruppe mennesker. Resten står uten et helsetilbud og med endringene vi ser i ICD11 og retningslinjene i SOC 7 kan man med trygghet si at det er svært få som *ikke* skal ha noen form for somatisk behandling for sine plager.
- NBTS har hatt stor utskifting av ansatte, de har altså kortere erfaringen enn mange andre fagfolk som jobber på dette feltet. I tillegg har de liten erfaring med å hjelpe hele spekteret av mennesker som opplever kjønnsdysfori.
- Mange som opplever kjønnsdysfori har behov for tett oppfølging, for eksempel når ungdommer nærmer seg puberteten eller om man opplever at det å være transkjønnet medfører mye minoritetsstress og problemer i dagliglivet. Denne tette oppfølgingen hverken kan eller burde gis ved en nasjonal behandlingstjeneste i Oslo som kun har et begrenset tilbud for en begrenset gruppe. I tillegg er det store geografiske utfordringer med å ha en behandlingstjeneste kun et sted i landet.
- Det er svært mange behandlere med erfaring på dette feltet som påpeker at hverken hormonell behandling eller toppkirurgi er spesielt vanskelig eller avansert behandling.

Dermed vil man spare både tid og penger på å tilby denne typen behandling regionalt. Et unntak her er genitalkirurgi og kompliserte endokrinologiske tilfeller der det må finnes en spisskompetanse ett sted i landet, men den kompetansen kan være av rent somatisk karakter og ikke handle om hvordan man forstår kjønn eller kjønnsdysfori. Det bør også vurderes om man ved genitalkirurgi bør samarbeide med andre land for å skape et større fagmiljø.

- Ekspertgruppa er tydelige på at LEON- og MED-prinsippet skal ligge til grunn når man organiserer helsetilbudet til en pasientgruppe. Minste effektive dose og hjelp på laveste effektive nivå i helsesystemet følges på ingen måte når NBTS har landsfunksjon med lang utredningstid, stor avvisningsprosent og en praksis der de tilbyr behandling etter en standardisert modell og ikke pasientenes behov og ønsker.

Ved Karolinska i Sverige hadde de nesten 400 henvisninger i fjor, av de er det fem stykker som ikke mottar noen form for somatisk kjønnsbekreftende behandling. Disse fem er enige i avgjørelsen og tok den i samråd med de ansatte ved Karolinska. Det er en svimlende differanse i mengden mennesker som får helsehjelp. Differansen kan ikke forklares av forskjeller i sosiale forhold og strukturering av helsevesenet, til det er Sverige og Norge for like. Det er meget alvorlig når mennesker med et behov for helsehjelp ikke får helsehjelp. Når Norge tilbyr så mye dårligere helsehjelp enn andre land må årsaken identifiseres og gjøres noe med.

”Etiske vurderinger”

Rapporten inneholder et kapittel som heter etiske vurderinger. Vi i FRI kan ikke se at disse vurderingene er en del av gruppas mandat, problemstillingene som fremsettes har ikke blitt diskutert i arbeidsgruppen og de etiske vurderingene er fremsatt på en måte som i seg selv får det til å se ut som om kjønnsbekreftende behandling er grunnleggende problematisk og at vi som samfunn ikke ønsker at folk skal få kjønnsbekreftende behandling.

Kapittelet bærer preg av motoverføringer, frykt for kjønnsmangfold og en grunnleggende ide om at folk er ciskjønna frem til man eventuelt gir de kjønnsbekreftende behandling og dermed fremsettes det som om det å ikke gi helsehjelp er et nøytralt og godt alternativ til å gi helsehjelp.

Man kan ikke gjøre folk hverken cis eller trans, og man kan ikke måle noens identitet. Dysforien kan i beste fall beskrives, ikke objektiv måles. Fravær av kjønnsdysfori (f.eks. når folk har begynte sosial transisjon og har fått helsehjelp) lar seg også beskrive. Dysforien må ikke nødvendigvis være tilstede her og nå for at helsepersonell skal kunne anbefale videre behandling. Dermed holder ikke argumentasjonen om at det er vanskelig å sette diagnoser om folk har fått kjønnsbekreftende behandling før de kommer til NBTS.

Det diskuteres kun hva som skjer om man gir kjønnsbekreftende behandling til noen som senere kan finne på å ”angre” på denne behandlingen. Skal man diskutere dette må man også se på hva det betyr å ikke tilby noen nødvendig helsehjelp. Det er på ingen måte en nøytral handling å ikke gi folk med kjønnsdysfori kjønnsbekreftende behandling. Selv om det å gi

kjønnsbekreftende behandling kan ha uheldige bivirkninger og konsekvenser, må dette veies opp mot skaden man volder ved å ikke gi behandling. Da holder det heller ikke mål å fremstille det som om kjønnsbekreftende behandling er å skade friske kropp og organer. Det er en snever måte og forstår helse på, stikk i strid med WHO sin definisjon av helse. Det er i tillegg ikke sant at hormonbehandling faktisk fører til betraktelig forverret somatisk helse. Når det å fjerne brystvev omtales som å "skade friske organer" fremstiller man det som om pupper er et organ som faktisk utfører en viktig funksjon i kroppen, det stemmer faktisk ikke, det samme kan faktisk sies om reproduksjonsorganer som ikke er nødvendige for en kropp funksjon.

Om såkalt angring skal diskuteres må man gå nærmere inn på årsakene til angringen. Det er svært få tilfeller det mennesker faktisk har tatt feil av hvilket kjønn de er. Det finnes derimot noen få (i de fleste studier estimert til å være under 2%) som angrer på at de har fått mer behandling enn de ønsket seg eller hadde behov for. Noen finner også ut at de ikke fikk den kroppen og det livet de hadde sett for seg. Dette handler i all hovedsak om forståelse av behandlingsutfall, holdninger i samfunnet generelt og sist, men ikke minst normativ press fra behandlere om å gjennomføre mye behandling.

Dette belyses ikke i kapittelet, og psykiatriens rolle fremsettes som så sentral at det ser ut som om de fleste transkjønna mennesker har såkalt underliggende psykiatriske lidelser som kan forklare deres kjønnsidentitet. Dette er en klassisk cisnormativ måte å forstå dette fagfeltet på. Det er ikke en psykisk lidelse å ha en kjønnsidentitet og selv om relativt mange transpersoner opplever psykisk uheld er det ikke slik at det å være transkjønnet fører til at man blir psykisk syk og det er heller ikke slik at psykisk sykdom fører til at man blir transkjønnet.

Barn og unge

Når det gjelder tilbudet til barn og unge fremsettes det en påstand om at det er viktig å skille mellom kjønnsidentitet og andre typer identitet som er i utvikling i ungdomstiden. Dette argumentet fremsettes på en sånn måte at det ser ut som om det er vanlig "å tro at man er transkjønnet". Det finnes ikke noe forskningsmessig hold for å påstå dette. De studiene som viser at mange barn som bryter kjønnsnormer som barn ikke får kjønnsbekreftende som voksne har av flere fagfolk blitt utfordret. Det handler både om seleksjonene av barn som bryter kjønnsnormer og utvalget av de som ender med å få kjønnsbekreftende behandling. Mye tyder på at for mange barn er inkludert (altså da barn som ikke har sagt noe spesifikt om egen identitet, som ikke har ytret et ønske om sosial transisjon eller fremtidig behandling) og at voksegruppen er estimert ut i fra hvem som har endt opp med å få kjønnsbekreftende behandling. Altså er barnegruppe ikke bestående av bare barn som opplever kjønnsdysfori og voksegruppen har ekskludert mange som opplever kjønnsdysfori. Dermed får man stor differanse som kan brukes til å underbygge argumentet om at barn og unge ikke skal motta helsehjelp. Til og med om prosenten stemmer er det i seg selv ikke et argument for at barn ikke skal få leve ut identiteten sin eller får pubertetsutsettende hormoner i en periode.

Det finnes god forskning på barn og unge som tydelig viser at det å la barn leve ut kjønnsidentiteten sin har meget positive effekter og at barn og unge som over tid forteller

sine omgivelser at de er et annet kjønn enn det man første trodde fortsetter å ha denne identitet også etter puberteten.

Pubertetsutsettende behandling er reversibelt og gir ungdommer bedre tid til å ta gode veloverveide avgjørelser for eget liv. I tillegg vil det være kostnadseffektivt og ikke minst vil det gi folk muligheten til å selv velge om de forteller omverdenen at de er trans.

Når svært mange transpersoner utsettes for diskriminering, trakassering og i mange tilfeller vold, er det opplagt at det å ikke bli lest som "trans" av omverdenene vil redusere minoritetsstress og andre faktorer som kan føre til psykisk uhelse.

Man skal heller ikke undervurdere hvilket traume det er å gjennomgå en pubertet som ikke stemmer med ens identitet.

Vi nøler ikke med å gi cisgutter brystkirurgi om de er så uheldig å utvikle bryster i puberteten.

Vi nøler heller ikke med å gi hormonell og kirurgisk "behandling" til intersex barn uten å ha innhentet samtykke eller har noen informasjon om hva deres identitet er.

Hvorfor forholder vi oss så annerledes til barn og unge i denne gruppen? Vår erfaring er at det handler om holdninger og normer i samfunnet.

Når rapporten bruker begreper som å "vokse av seg" en identitet og omtaler sosial transisjon som det å innta en "annen" kjønnsrolle så skinner det tydelig igjennom at man anser transfolk sin identitet som vesensforskjellig og mindre ønskelig enn cisfolk sin identitet.

Det er heller ikke, som rapporten sier, noen faglig uskikkethet rundt hvorvidt det å støtte barn i deres kjønnsidentitetsforskning har gode langtidseffekter. Vi vet veldig godt hva som skjer når folk får sin kjønnsidentitet motarbeidet, da får de den psykiske helsen som voksne transpersoner har, og den helsen er betydelig dårligere enn i den ciskjønna delene av befolkningen. Det ville aldri falt helsepersonell inn å rådgi foreldrene til ciskjønna barn om å ikke la de leve i tråd med sin identitet.

Ikke-binære

Det fremsettes gjennomgående en ide om at ikke-binære er en gruppe som har helt andre behov og der man har lite faglig hold for å si hva slags hjelp som kan fungere.

Nå må det nevnes at samme hva slags identitet man har er kjønnsdysforien lik, selvfølgelig med varierende styrke, men den dysforien er uavhengig av identiteten i seg selv. Det handler om ubehag og plager ved å ha en kropp som ikke føles rett. Det er ingenting som skulle tilsi at behandlingen som tilbyd skal være noe Annelise for ikke-binære enn for de av oss som identifiserer seg som enten kvinner eller mann.

Rapporten er også uklart når det kommer til definisjon av gruppen ikke-binære. Noen steder er det forstått som mennesker som ikke har identitet som enten kvinne eller mann, andre steder fremsettes det som en gruppe som ikke ønsker alle den kjønnsbekreftende behandlingen som finnes.

Legger man behov og ønsker for behandling til grunn for tilhørigheten som ikke-binær ser man raskt at NBTS behandler svært mange ikke-binære da alle mennesker som ikke har utført all tilgjengelig kirurgisk behandling vil kunne forstås inn i denne gruppen.

NBTS utfører 2-4 genitale operasjoner i året. Dette er langt færre enn antallet mennesker de gir hormoner og brystkirurgi til. NBTS er også åpne på at de ikke vet hvor mange ikke-binære

de har gitt behandling til all den tid folk selvrappporterer på identitet og alle vet at NBTS ikke gir helsehjelp til ikke-binære. Det er stor grunn til å tro at NBTS har liten oversikt over identiteten og behovene til både de de behandler og de de avviser. Ikke minst har de manglende oversikt over identiteten og behovene til de menneskene som aldri søker seg til NBTS.

Selektiv bruk av forskning

Det er mye forskning som ikke er tatt med i rapporten, vi oppfatter seleksjonen som bias der målet er å argumentere for at færreste mulig skal få tilgang til helsehjelp. Et eksempel er måten effektene av kjønnsbekreftende behandling fremstilles. I rapporten står det: *“Videre er det tankevekkende at «prevalence rates of suicidality among trans people showed an increase of suicide ideation, suicide attempts and suicide rates, even after transition and sex reassignment surgery when compared to the cisgender population».*

Når man skal vurdere om kjønnsbekreftende behandling har en positiv effekt for mennesker som opplever kjønnsdysfori finnes det to logiske måter å evaluere dette på. Den ene er å spørre folk om de opplever det som positivt å ha fått kjønnsbekreftende behandling. Den andre måten er å sammenligne en gruppe med mennesker med kjønnsdysfori som har fått helsehjelp med en gruppe med kjønnsdysfori som ikke har fått helsehjelp.

Det er tilnærmet meningsløst å bruke cisfolk som kontrollgruppe for å evaluere om kjønnsbekreftende behandling har effekt. Man må ta inn over seg at transpersoner er en minoritet i samfunnet som opplever en vesentlig mengde diskriminering. Kjønnsbekreftende behandling alene eliminerer ikke den diskrimineringen, feilkjønneingen og stigmaet som transfolk kan oppleve og som kan føre til psykisk uhelse.

Mange oppsøker også helsevesenet etter å ha levd med sin identitet skult i mange år, noe som har vært en stor belastning. I tillegg tar det meget lang tid å få den hjelpen man har krav på. NBTS selv rapporterer om pasientforløp som stekker seg over flerfoldige år.

Det er rett og slett spekulativt å argumentere for at man ikke sal gi en minoritet helsehjelp fordi de rapporterte dårligere levekår og psykisk helse enn majoritetsbefolkningen.

Dette er bare et av mange eksempler der rapporten setter nøye utvalgt forskning i merkelige sammenhenger samtidig som den overser annen forskning fullstendig

Rett til rett kjønn – Helse til alle kjønn

Rapporten ”rett til rett kjønn- Helse til alle kjønn” ble lagt til grunn når loven om endring av juridisk kjønn ble utarbeidet. Det er det samme flertallet og de samme ekspertene som har kommet med anbefalingene på helsetilbudet. Da er det merkelig at disse ikke blir hørt og at denne arbeidsgruppen har en sammensetning som sentrere seg rundt de to aktørene som tok ut dissenser i ”rett til rett kjønn- helse til alle kjønn”. Var ekspertgruppas faglige vurderingen gode nok til å utarbeide en ny lov er de også gode nok til å utarbeide et nytt helsetilbud. I denne rapporten fremsettes påstanden om at ekspertgruppen var delt i sine anbefalinger, et flertall på 16 mot to (der de to heller ikke er internt enige) er ikke en delt gruppe. Det er et

overveldende flertall som står samlet i sine anbefalinger. Det er i tillegg er tankekors at de som tok ut dissenser er de som i dag får et helsetilbud de er fornøyd med og de som i dag gir den helsehjelpen. Det er de som står uten et helsetilbud som trenger forandringer på dette feltet, da kan ikke dette mindretallet få legge premissene for det videre arbeidet med organisering av helsetilbudet.

Rapporten fremsetter en rekke sitater fra rapporten rett til rett kjønn som er tatt ut av sin kontekst. F.eks. står det følgende :

”Når helsemyndigheter vurderer godkjenning av en nasjonal behandlingstjeneste, er det lagt til grunn at sentralisering av tjenesten vil gi en helsemessig gevinst gjennom prognose eller livskvalitet for pasienten, men også bedre kvalitet på tilbudet ved samling og nasjonal oppbygging av kompetanse sammenlignet med et desentralisert tilbud. Videre forventes en mer likeverdig tilgang til pasientbehandling av høy kvalitet, og bedre kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng (HOD 2017).”

Det stemmer at dette er det som legges til grunn når man godkjenner en nasjonal behandlingstjeneste. Men det står ikke noe i ”Rett til rett kjønn- Helse til alle kjønn” om at dette faktisk er gjort når man har opprettet NBTS, det er heller ikke fortatt en nyvurdering av om disse vilkårene er oppfylt. NBTS kan ikke vise til forskning som understøtter en påstand om at organiseringen i en landsfunksjon gir bedre kvalitet på tilbudet, er kostnadseffektivt og gir pasientgruppen økt livskvalitet. Ekspertgruppens beskrivelse av tilbudet går faktisk langt i å tilbakevise disse påstandene og bare det faktum at et sted mellom 50% og 80% av de som søker avvises er i seg selv et godt argument for at folk ikke får den hjelpen de har behov for.

Det er mange flere punkter i rapporten vi kunne kommentert, men det fremstår som lite hensiktsmessig da premisset for rapporten ikke er i tråd med oppdraget fra helsedirektoratet. Vi har her omtalt noen få eksempler der vi mener rapporten ikke besvarer mandatet, overstyrer konklusjonene i ”rett til rett kjønn- Helse til alle kjønn” og ellers har som tydelig og uttalt mål at NBTS skal fortsette å ha landsfunksjon og at de menneskene som i dag er misfornøyd med hjelpen de får/ikke får heller ikke i fremtiden skal få noe mer enn et vennlig klapp på skulderen.

Kommentarer til forslagene om omstrukturering av tilbudet.

Vi er enige i at det trengt et kompetanseløft. Vi er meget opptatt av at kompetansen ved NBTS ikke er høy nok til at de kan stå for spredning av informasjon og behandlingspraksis på dette feltet. NBTS har få fagfolk med lang erfaring på dette feltet, de har ingen ansatte med sexologisk kompetanse eller relevant etterutdanning. De har derimot masse psykologer og andre som ikke har kjønnsdysfori som sitt fagfelt. Det finnes mange kompetente fagfolk utenfor NBTS som har jobbet lenge på dette feltet, vi kan også hente inn kompetanse fra Karolinska i Sverige.

Vi kan ikke se at det har noen verdi å omstrukturere tilbudet nå for så å revurderer denne omstruktureringen når ICD11 kommer. Vi vet godt hva ICD11 vil si og vi har internasjonale retningslinjer på dette feltet. Det er mulig å gjøre et godt arbeid nå som bedre helsetilbudet

og som vil fungere godt i mange år fremover. Det er også god grunn til å tro at behandlingsetterlepet for denne gruppen er enormt stort. Når ICD11 kommer vil alle som i dag har en psykiatrisk diagnose og alle som noensinne har blitt avvist av NBTS søke om ny diagnose og helsehjelp. Det er greit å forberede norsk helsevesen på dette så raskt som overhode mulig. Det er også grunn til å tro at de som har forvaltet F64.0 diagnostiseringen ved NBTS ikke uten videre ønsker eller har kompetanse til å bruke ICD11 og å umiddelbart tilby helsehjelp til de som har krav på det. Her må det en betydelig ressursøkning og omfattende kompetanseheving til.

Vi er ikke umiddelbart villige til å anerkjenne følgende punkt:

Hormonbehandling på indikasjon F 64.0 er allerede organisert med sentral oppstart og videreføring lokalt enten på sykehus eller hos fastlege. Denne ordningen bør utvides til en standard for å spare både pasient og helsetjeneste for unødige kostnader. Likevel bør det sikres god monitorering og rapportering tilbake, både av hensyn til kvalitetsoppfølging og ev forskning.

Som vist tidligere er ikke F64.0 en objektiv målbar størrelse eller en diagnose vi i dag ser at settes på et godt faglig grunnlag. Om noen skal få ansvar for å se hvordan det går med mennesker som får kjønnsbekreftende behandling må dette gjøres av andre enn de som har satt diagnosen F64.0 ved NBTS. Pasienter kan vegre seg for å være åpne ovenfor helsepersonell som har makt og mulighet til å nekte vider tilgang til behandling. Vi har flere eksempler på mennesker som blir fratatt tilgangen til hormoner de allerede har tatt i flere år og mennesker som ikke får videre behandling fordi NBTS plutselig ikke lenger mener at de "oppfyller kriteriene". Det er skremmende for denne gruppen at "kriteriene" på ingen måte er redegjort for og konsekvent benyttet. Mange opplever en konstant frykt for at helsehjelpen skal bli tatt fra dem.

NBTS burde på ingen måte få ansvar for å forske på ikke-binære og mennesker de ikke har gitt behandling til. Det ville vært meget etisk problematisk.

Ellers er vi enige i at profesjonsutdanningene burde inneholde grunnleggende kunnskap om kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori.

Vi er ikke enige i at NBTS skal ha ansvar for alle oppfølging og behandling av barn og unge slik det fremsettes i rapporten.

Uenighetene

Måten uenighetene i gruppa er fremsatt på bias og bærer tydelig preg av det samme grunnleggende premisset som er gjennomgående i rapporten; nemlig at det er ønskelig å gi minst mulig kjønnsbekreftende behandling og en ide om at det å oppleve å være et annet kjønn enn det man ble registret som ved fødsel er en psykiatrisk lidelse i seg selv.

Vi er ikke enige i at NBTS skal videreutvikles som kompetansemiljø og ei heller at de kal tilbud veiledning og opplæring av andre.

Ekspertgruppen var entydig enige om at fler skal få helsehjelp. Det kan ikke fremsettes som om det er en faglig uenighet om hvorvidt fler mennesker har krav på hormonell og kirurgisk behandling. Hele dette arbeidet er igangsatt nettopp fordi mange mennesker står uten tilbudt om kjønnsbekreftende behandling. Det blir feil å fremsette dette faktumet som en "uenighet" i gruppa. Det er et mindretall av fagfolk som synes det er hensiktsmessig å gi helsehjelp til så få som det de gjør i dag. NBTS sier også selv at de ikke har kompetanse til å vurdere såkalte ikke-binære så dette må overlates til noen som har positive holdninger til ikke-binære og erfaringen med å behandle dem.

Vår konklusjon

Dette arbeidet holder rett og slett ikke mål og rapporten gjengir ikke helsetilbudet og de faglige uenighetene på feltet på en god måte. Rapporten bygger ikke på tidligere arbeidet, den besvarer ikke mandatet og den har et gjennomgående transnegativt premiss. Om rapporten ikke endres drastisk må det gis rom for å ta ut dissenser ellers så må vi gis tid til å lage en skyggerapport. Slik rapporten nå foreligger er virkelighetsbeskrivelsen som ligger til grunn for konklusjonen så langt fra vår forståelse av feltet at det til og med blir vanskelig å ta ut dissenser.

Om rapporten i sin helhet skal stemmes over av medlemmene i arbeidsgruppa kan ikke NBTS sitte med 4 stemmer. Det er NBTS sitt behandlingstilbud som her skal evalueres og endre på, etter massiv kritikk fra fagfolk og pasienter. Da kan de ikke bli gitt makt til å evaluere seg selv og komme til den konklusjonen at de gjør en god jobb.

Vi foreslår at det blir satt fortgang i arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer og at dette arbeidet tar med fagfolk som har relevant utdanning, lang klinisk erfaring og mennesker som opplever kjønnsdysfori selv. Arbeidet må bygge videre på rapporten "Rett til rett kjønn- helse til alle kjønn."

Frem til dette arbeidet er ferdigstilt anbefaler vi rett og slett at de aktørene som i dag yter den helsehjelpen som NBTS skulle ytt styrkes i sitt arbeid.

Vi anbefaler også at en uavhengig aktør får i oppdrag å finne de menneskene som har blitt nektet helsehjelp ved NBTS de siste 30 årene for å se hvilke effekter det har å ikke gi for kjønnsbekreftende behandling.

På vegne av FRI – Foreningen for kjønns og seksualitetsmangfold

Luca Dalen Espseth
Rådgiver, Kjønnsmangfold