

Kjønnsinkongruens (HØRINGSUTKAST)

Nasjonal faglig retningslinje

Først publisert: 27. november 2019

Sist faglig oppdatert: 27. november 2019



Innhold

1. Pasientrettigheter og helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens	3
2. Utredning, behandling og oppfølging	15
3. Organisering og funksjonsfordeling av helsehjelpen	21
4. Kunnskapsgrunnlag og kompetanse om kjønnsinkongruens 26	
5. Helse til alle kjønn – endringer i kodeverk	35
6. Om retningslinjen	39

KAPITTEL: 1

Pasientrettigheter og helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens

Krav i lov eller forskrift

Helsepersonell skal sørge for at personer med kjønnsinkongruens får oppfylt sine pasientrettigheter. Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og ivareta respekt og verdighet

Pasienten skal få mulighet til å ta stilling til og medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenestetilbudet.

Helsepersonell skal gi informasjon om valgmuligheter ved kjønnsbekreftende behandling.

Helsepersonell skal omsorgsfullt ivareta pasientens fysiske og psykiske helse uten unødig sykeliggjøring.

Praktisk – slik kan anbefalingen følges

Pasientens helsetjeneste

Helsepersonell bidrar ved sin holdning og dialog til å fremme selvstendighet, trygghet og opplevelse av mestring. Dette oppnås ved å forsterke det positive, fremme håp og konstruktive mestringsstrategier, samt unngå unødig sykeliggjøring. En støttende holdning inviterer til myndiggjøring og aktiv medvirkning i eget liv.

Utgangspunktet i «pasientens helsetjeneste» er pasientens egne verdier og preferanser. I praksis betyr det at helsepersonell tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon og sitt ønske om helsehjelp. Personer med kjønnsinkongruens opplever manglende samsvar mellom sin egen kjønnsidentitet og omverdens forventninger. En konsultasjon uten moralske eller andre forutinntatte holdninger og forventninger om hvordan en person fremstår er et godt utgangspunkt for en dialog om kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

Helsepersonell og pasienten bidrar sammen til å finne ut av hva utfordringene består i og om det foreligger en definert lidelse eller ikke. Forutsetningen for at pasienten tar et informert valg om helsetilbudet, er en grundig informasjon om alternativene. Det er også behov for å avklare hvilken instans eller nivå som er rett for å gi pasienten kompetent helsehjelp. Helsepersonell og pasient kommer sammen fram til hvilket omsorgsnivå som er det rette. Vurderingen er avhengig av pasientens egne ønsker, tilgjengelig kompetanse, prioritering og kapasitet. Pasientens preferanser nedtegnes i journalen.

Praktiske og generelle råd til helsepersonell

- Tolk ved behov: God kommunikasjon via tolk
- Gi informasjon om taushetsplikt og journalføring. Gi pasienten kopi av eventuell henvisning.
- Spør om kjønnsidentitet og hvordan pasienten vil tiltales: navn og pronomen. Dokumenteres og anvendes i henvisninger og journalnotat.

- Spør om hvilke betegnelser vedkommende benytter på enkelte deler av kroppen. Anvendes i samtale med pasienten, noteres i journal og henvisninger.
- Dokumentér dersom pasienten har samtykket til eller motsatt seg nærmere angitt helsehjelp, øvrige reservasjoner, krav eller forutsetninger.
- Unngå å spørre om forhold knyttet til kjønnsinkongruens med mindre det er nødvendig og relevant for helsehjelpen. Eventuelt forklar hvorfor det er nødvendig å be om denne informasjonen.
- Vis varsomhet i forbindelse med kroppsundersøkelser.
- Hvis pasienten skal ha opphold ved sykehus tilrettelegges innleggelse i samråd med pasienten.
- Tilby informasjon om likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner, nettbasert informasjon og hjelpetjenester.

Informasjon om helsehjelp

- Tilby eller henvis til samtalehjelp individuelt og/eller med familie/pårørende/venner: rådgiving, psykososial støtte, utforskning av tanker om kjønn og kjønnsinkongruens for å håndtere psykisk smerte/kjønnsdysfori og stressbelastninger.
- Tilby eller henvis til sexologisk rådgiving ved behov.
- Gi informasjon om kjønnsbekreftende hjelp etter **individuelle behov**:
 - Generelt om utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging.
 - Hjelpemidler og behandlingshjelpemidler:
 - hjelpemidler: parykk, bryst- og penisprotese, kompresjonsvest
 - stemmetrening hos logoped
 - mulighet for hårfjerning
 - Hormonell behandling
 - Kirurgisk behandling
- Tilbud om screeningprogrammer følger juridisk kjønn. Det er viktig å være klar over at kjønnsbekreftende eller kroppsjusterende hormonbehandling kan medføre behov for screeningundersøkelser. Manglende samsvar mellom juridisk kjønn og tildelt kjønn ved fødselen har betydning for valg av undersøkelser og behandling.
- Tilby helsehjelp til pasienter som har startet behandling andre steder (for eksempel i utlandet).
- Tilby helsehjelp til selvmedisinerte personer.

Behandling i utlandet og selvmedisinering

Personer som har oppsøkt helsehjelp i utlandet vil ofte ha behov for oppfølging og helsehjelp i Norge. Enkelte personer med kjønnsinkongruens vil av ulike årsaker søke helsehjelp hos andre enn i den offentlige helsetjenesten, og noen har selv valgt å medisinere seg selv eller søke helsehjelp i utlandet. Disse pasientene har også rett til omsorgsfull og faglig hjelp. Noen ganger er det nødvendig å gi helsehjelp uten et ideelt utgangspunkt eller at ønskede kriterier for utredning er oppfylt. Personer med kjønnsinkongruens som er selvmedisinert kan være en sårbar og utsatt gruppe som vil ha behov for veiledning, omsorg og behandling.

Denne pasientgruppen har krav på samme vurdering, utredning og helsehjelp som øvrige pasienter med kjønnsinkongruens. Pasientene vurderes av fastlegen og henvises eventuelt til regionalt senter for kjønnsinkongruens og følges opp videre hos fastlege eller avtalespesialist.

Lagring av kjønnsceller

For å lagre kjønnsceller før en medisinsk behandling er vilkåret at den aktuelle behandling vil gjøre personen infertil. Personer som skal gjennomgå kjønnsbekreftende behandling har mulighet til få lagret sæd for senere bruk til assistert befruktning. Pasienten får informasjon om at beslutning om lagring av sæd ikke blir tatt på bakgrunn av en vurdering av behovet for kjønnsbekreftende behandling. Lagring av sæd er verken en garanti for gjennomføring av kjønnskorrigerende behandling, eller en garanti for at personen på

et senere tidspunkt vil få tilbud om assistert befruktning. Vilkårene i bioteknologiloven må være oppfylt på det tidspunktet pasienten ønsker assistert befruktning. Viser til bioteknologiloven (lovdata.no) §§ 2-2, 2-3, 2-4 og § 2-6 (lovdata.no).

Assistert befruktning til personer som har endret juridisk kjønn

Det følger av loven om endring av juridisk kjønn at det juridiske kjønn som hovedregel skal legges til grunn ved anvendelsen av lover der kjønn har betydning. Det er ikke foreslått endringer som åpner for unntak fra hovedregelen om at juridisk kjønn skal legges til grunn ved vurdering av tilbud om assistert befruktning. Etter bioteknologiloven § 2-17 (lovdata.no) er det mulig å lagre ubefruktede egg dersom en kvinne skal gjennomgå behandling som kan skade befruktningsdyktigheten. Etter bioteknologiloven § 2-2 (lovdata.no) må assistert befruktning utføres på en kvinne, og etter § 2-18 (lovdata.no) er eggdonasjon forbudt.

Dette innebærer at en juridisk mann (med kvinnelig fødselskjønn) som ønsker barn med sin samboer/ektefelle ikke får tilbud om assistert befruktning som innebærer bruk av sine egne egg. Dersom partneren er en kvinne som er fertil, er det mulig for paret å få tilbud om assistert befruktning av partnerens egg med donor sæd. En juridisk kvinne (med mannlige fødselskjønn) benytter egen lagret sæd til assistert befruktning, forutsatt at egget som blir befruktet stammer fra, og settes inn i, vedkommende sin ektefelle/samboer.

Masseundersøkelser og universelle tilbud

For enkelte masseundersøkelser som mammografiscreening og screening for livmorhalskreft vil tilbudet og innkalling bli sendt til dem som er registrert som juridisk kvinne i folkeregisteret. Dette gjelder også HPV-vaksine til ungdom og fast bidragssats til hormonell prevensjon til jenter 16-22 år. Etter endring av juridisk kjønn og/eller kjønnsbekreftende behandling er det anbefalt å vurdere behov for screeninger individuelt (Slagstad, 2019).

Annen aktuell informasjon

- [Individuell plan og koordinator](#)
- Pårørendeveileder
- [Endring av juridisk kjønn \(helsenorge.no\)](#)
- Kloke valg (legeföreningen.no). "Gjør kloke valg" oppfordrer helsepersonell og pasienter til en samtale om problemene knyttet til overdiagnostikk og overbehandling. Noen av spørsmålene som benyttes i kampanjen er nyttige i samtaler om kjønnsbekreftende behandling. Pasienter inviteres til å stille helsepersonell spørsmål om undersøkelser og behandling.

Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av på grunnlag av gjeldende helserettslige regler og rapporten [Rett til rett kjønn helse til alle kjønn \(regjeringen.no\)](#).

Forsvarlighetsprinsippet er forankret i helsepersonelloven § 4 (lovdata.no), spesialisthelsetjenesteloven §2-2 (lovdata.no) og helse- og omsorgstjenesteloven § 4 (lovdata.no): Både den kommunale- helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at det er mulig for helsepersonell å overholde sine lovpålagte plikter.

Tjenestene som tilbys/ytes skal være faglig forsvarlige, helhetlige og koordinerte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (lovdata.no), og spesialisthelsetjenesteloven §2-2 (lovdata.no).

Helsepersonell skal etter helsepersonelloven § 4 annet ledd (lovdata.no) innrette seg etter sine kvalifikasjoner, og samarbeide med annet kvalifisert personell og henvise pasienter der det er behov. De skal også utføre sitt arbeid i samsvar med de krav som stilles til forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 (lovdata.no) at pasienter og brukere har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. For å fastslå hvilke tjenester pasienten eller brukeren har behov for, må det foretas en individuell vurdering. Behovsvurderingen må bygge på en forsvarlig utredning av pasienten. Videre har det regionale helseforetaket en motsvarende plikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a (lovdata.no) om å "sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon." De kommunale helse- og omsorgstjenestene har i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (lovdata.no) en plikt til "sørge for" nødvendige helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen.

Brukermedvirkning er viktig i arbeidet med personer som har kjønnsinkongruens. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (lovdata.no) bestemmer at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelp, og at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienter og brukere.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (lovdata.no) at pasienten skal ha nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet av helsehjelpen. Det skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger, for eksempel når helsehjelpen omfatter irreversibel helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens.

Videre følger det av § 3-5 (lovdata.no) at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, og gis på en hensynsfull måte. Helse- og omsorgstjenesten må etter bestemmelsen legge til rette for nok tid til å sikre at pasienten har forstått informasjonen, og til å gjøre et informert valg om personen ønsker behandlingen.

I Likestilling og diskrimineringsloven § 6 (lovdata.no) oppstilles det forbud mot diskriminering på grunn av kjønn, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk med mer. Med diskriminering menes direkte eller indirekte forskjellsbehandling som knyttes til ett eller flere diskrimineringsgrunnlag. I forarbeidene til Likestillings- og diskrimineringsloven Prop. 88 L (2012–2013) (regjeringen.no) er det beskrevet hvorfor kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk har et behov for diskrimineringsvern: "Departementet mener at transpersoner har behov for diskrimineringsvern fordi de er særlig utsatt for diskriminering og trakassering. Departementet viser til at transpersoner utfordrer tradisjonelle forstillinger om kjønn, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Transpersoner er særlig sårbare og utsatte for vold, trakassering og forskjellsbehandling som reduserer deres livskvalitet og muligheter til deltakelse i samfunnet. Dette gjelder på alle samfunnsområder, på samme måte som for homofile, lesbiske og bifile" (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).

Referanser

Diskrimineringslovgivning (diskrimineringsloven om seksuell orientering, likestillingsloven, diskrimineringsloven om etnisitet, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). (2013). Prop. 88 L (2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-88-l-20122013/id718741/sec5>

Slagstad, K. (2019). Brystkreftrisiko hos transpersoner. Tidsskrift for den Norske Legeforening, 11.

Helsehjelpen skal være til barnets beste. Helsepersonell skal sørge for at barn/unge med kjønnsinkongruens får oppfylt sine pasientrettigheter

Helsepersonell skal gi omsorgsfull hjelp, informasjon og legge til rette for at barn/ungdom medvirker og tar avgjørelser om egen helse. Informasjon og medvirkning tilpasses alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn.

Pasienter under 18 år med behov for helsehjelp fra ulike tjenestenivåer eller etater bør få tilbud om individuell plan. Det skal legges til rette for gode overganger der pasientens tjenestetilbud endrer seg etter fylte 18 år.

Praktisk – slik kan anbefalingen følges

Forslag til hvordan helsepersonell møter barn og unge er beskrevet i The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) og andre faglige retningslinjer (Socialstyrelsen, 2015; Telfer, Tollit, Pace, & Pang, 2018; WPATH, 2011). Holdningen er at barn må få mulighet til å uttrykke seg fritt og utvikle en trygg identitet uten unødig sykeliggjøring, selv om omgivelsene opplever det «forstyrrende» at barn og unge bryter med normativ kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

Som utgangspunkt er foreldrene de nærmeste til å til å yte ungdommen omsorg og omtanke og til å ta vare på barnet. Dess yngre barnet er dess viktigere er det at omsorgspersonene får god og grundig informasjon om den hjelpen som gis til barnet for å kunne ta vare på, og følge opp barnet på best mulig måte. Der pasienten nekter å gi foreldrene informasjon bør det jobbes for å få aksept for å involvere foreldrene, med mindre det foreligger grunner som skal respekteres.

Barn og ungdom som opplever støtte i sitt nærmiljø og fra familien har bedre psykisk helse og mestrer utfordringene med kjønnsinkongruens bedre. Dette har betydning for psykisk helse på lang sikt (Telfer et al., 2018).

Praktiske og generelle råd til helsepersonell

- Helsepersonell med omsorgsfull, aksepterende og anerkjennende kommunikasjon støtter foreldre. På denne måten bidrar helsepersonell til at foreldrene lettere aksepterer barnets utvikling. Helsepersonell bidrar også med å hjelpe og støtte til barnets nettverk som venner, barnehage/skole og fritidsaktiviteter med informasjon, kunnskap og positive holdninger til kjønns mangfold.
- Helsepersonell bidrar også til et positivt selvbilde, en god selvfølelse og stolthet hos barnet/ungdommen ved å akseptere barnet/ungdommen slik det uttrykker seg og ønsker å være. Helsepersonell hjelper kjønnskreative barn og ungdom til å utvikle stolthet over kjønnsidentiteten sin, samt støtte beslutningen om å leve ut kjønnsrolle og kjønnsuttrykk. Barn og voksne får informasjon og lærer strategier for adferd og sosialt samspill ved behov.
- Helsepersonell legger til rette for at barnets meninger blir hørt og meningene tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet.

Forslag til informasjon om helsehjelp

Informasjon om helsehjelpen tilpasses barnets alder og modenhet. Aktuell informasjon om somatisk og psykisk helsehjelp er:

- psykososial støtte, samtale og rådgiving for å utforske kjønnsidentitet og redusere psykisk uhelse, sexologisk rådgiving
- psykososial støtte til foreldre og pårørende
- om likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner, støttegrupper og aktiviteter
- informasjon om kjønnsbekreftende hjelpemidler for å lindre kjønnsdysfori
- om kjønnsbekreftende behandling ved behov
- psykososial støtte i utredning, behandling og oppfølging

Psykiske lidelser

Barnets helhetlige livssituasjon vurderes og barn henvises til spesialisthelsetjenesten på grunnlag av forhold som medfører en risiko for å utvikle en psykisk lidelse, ikke bare symptomer hos barnet.

Det er egne pakkeforløp for Psykiske lidelser barn og unge. Barn og unge henvises til psykisk helsevern dersom det er tegn på psykisk lidelse med behov for oppfølging. Kjønnsinkongruens er i seg selv ingen grunn til henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Se også [Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge](#).

Endring av juridisk kjønn

Lov om endring av juridisk kjønn § 4 (lovdata.no) bestemmer: «Barn som har fylt 16 år kan selv søke om endring av juridisk kjønn. Barn mellom 6 og 16 år må søke om endring av juridisk kjønn sammen med den eller de som har foreldreansvar for barnet. Dersom foreldre har felles foreldreansvar, men søknaden fremmes sammen med bare en av dem, endres det juridiske kjønnets dersom dette er til barnets beste.

Søknad om endring av juridisk kjønn for barn under 6 år fremmes av den eller de som har foreldreansvar for barnet. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter om det saken gjelder, skal informeres og gis mulighet til å uttale seg før søknaden fremmes. Det er et vilkår for endring at barnet har en medfødt usikker somatisk kjønnsutvikling. Søker må legge frem dokumentasjon på tilstanden fra helsepersonell."

Klageinstans for saker om endring av juridisk kjønn for barn er Fylkesmannen i Oslo og Viken.

Aktuell informasjon

- [Individuell plan og koordinator](#)
- Barnets beste i lovgivingen (regjeringen.no)
- [Dine rettigheter \(barneombudet.no\)](#)
- Oppfølging av personer med store og sammensatte behov
- [Pårørendeveileder](#)
- Tidlig oppdagelse av barn og utsatte unge [**Lenke kommer - publiseres nov/des.**]

Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av på grunnlag av gjeldende helserettslige regler og Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn (regjeringen.no).

Viser til anbefalingen "Helsepersonell skal sørge for at personer med kjønnsinkongruens får oppfylt sine pasientrettigheter. Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og preget av respekt og verdighet," som peker på helserettslige regler som gjelder både barn, ungdom og voksne.

Barnekonvensjonen (BK)

Barnekonvensjonen er inkorporert i norsk rett, jf. [menneskerettsloven § 2 første ledd nr. 4 \(lovdata.no\)](#)

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn, i vurderingen inngår barnets rett til identitet, privatliv, helse og utvikling (De forente nasjoner, 1990). Denne retten følger også av grunnlovens § 104 (lovdata.no) annet ledd.

Staten har etter artikkel 6 plikt til i størst mulig utstrekning å sikre barnets overlevelse og utvikling. Behandling for kjønnsinkongruens dreier seg om barnets utvikling på flere måter. Behandlingen fremmer den kjønnsidentiteten barnet gir uttrykk for, og kan dermed bidra til å bedre barnets psykologiske utvikling. På den annen side kan pubertetsutsettende legemidler endre barnets utvikling. Disse forholdene må tas i betraktning når behandling vurderes.

Barnet har etter artikkel 8 rett til å bevare sin identitet uten innblanding. Kjønnsidentitet er en del av et barns identitet. Retten til å «bevare» sin identitet innebærer likevel neppe i seg selv en rett til å få gjennomført behandling for å endre kjønnsuttrykk i tråd med kjønnsidentiteten, men kommer inn i den helhetlige vurderingen av om det finnes en rett til behandling.

Etter artikkel 16 har barnet rett til ikke å bli utsatt for vilkårlig eller ulovlig innblanding i sitt privatliv. Den gir en viss grad av selvbestemmelsesrett over forhold som faller inn under privatlivet, økende med barnets alder og modenhet. I ganske stor grad er det likevel i orden at foreldre treffer medisinske avgjørelser for sine barn, inntil barnet selv er i stand til å treffe dem. Evnen til å bestemme selv vil utvikles gradvis og kan avhenge av den rådgivningen barnet får. Retten til privatliv gir ingen klar rett til å bestemme selv fra en bestemt alder, men kan være et argument for å legge stor vekt på barnets egen mening, se nedenfor. Den gir heller ikke i seg selv noen rett til behandling for kjønnsinkongruens.

Artikkel 24 om barnets rett til helse, gir barnet rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Målet for helsetilbudet skal være en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom eller lyte. FNs barnekomité har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons definisjon av helse (World Health Organization, 1946). Artikkelen gir likevel ingen sterk individuell rett til behandling. Etter barnekonvensjonen artikkel 4 stilles det større krav til et land som Norge enn til land med mindre ressurser. Det er ikke klart at Norge etter denne artikkelen har plikt til å tilby kjønnsbekreftende behandling til barn, men når behandlingen først finnes og tilbys til voksne, kan den ikke nektes barn ut fra ressurs-hensyn. Om det enkelte barn skal ha slik behandling, må vurderes individuelt, ut fra faglige indikasjoner og en helhetsvurdering av barnets beste.

Barnets beste-prinsippet har Grunnlovs rang. Rettigheten er formulert slik: "Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn." Bestemmelsen pålegger forvaltning og tjenester en plikt til å foreta en barnets beste-vurdering i forbindelse med alle avgjørelser som kan berøre et konkret barn, en bestemt gruppe barn eller barn generelt. Det som etter en helhetsvurdering er best for barnet, skal tillegges vekt som et grunnleggende hensyn i alle avgjørelser. I et forhold som er av så personlig karakter for barnet og som så sterkt angår dets identitet og utvikling, taler mye for at barnets beste ikke bare må være tungtveiende, men avgjørende.

Barnets mening skal inngå i vurderingen av barnets beste. Barnet har rett til å uttrykke sitt syn i alle forhold som vedrører det og få sin mening vektlagt. Behandling for kjønnsinkongruens vil ikke være aktuelt hvis ikke barnet selv ønsker det. For barn som ønsker behandling, vil det spille en rolle for vurderingen av barnets beste hvor sterkt barnets ønske er, og hvor fast det har vært over tid. Barnets ønske vil normalt få større vekt jo eldre barnet er, særlig i lys av barnets modenhet og evne til å ta inn over seg alvor i en slik beslutning og til å reflektere over de ulike sidene av den. God informasjon er helt avgjørende for at barnet skal kunne gjøre seg opp en mening.

Særskilte bestemmelser for barn

Som utgangspunkt bestemmer pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 (lovdata.no) at barnet selv samtykker til helsehjelpen dersom barnet er over 16 år. Dette gjelder imidlertid ikke dersom det følger av "tiltakets art". Som utgangspunkt kan derfor ikke ungdom mellom 16 og 18 år selv beslutte inngripende og irreversible inngrep. Videre kan barn mellom 16 og 12 år selv samtykke til helsehjelp dersom det foreligger grunner til ikke å informere foreldrene om helsehjelpen som bør respekteres. Selv når foreldrene har den helserettslige samtykkekompetansen skal barnet høres jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 (lovdata.no), som bestemmer at barn skal høres fra det er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om. Foreldrene skal gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp, og det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Videre skal det legges stor vekt på hva barnet mener fra barnet er fylt 12 år. Se [rundskrivet til pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (lovdata.no) bestemmer at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelp. Videre skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienter og brukere. Dette er uavhengig av pasientens alder. For personer med kjønnsinkongruens er det særlig viktig at helse- og omsorgstjenestene sikrer at de får oppfylt sin rett etter bestemmelsen til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenester, undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det er en forutsetning at det blir gitt god informasjon, slik at pasienten skal kunne medvirke.

Pasienter med kjønnsinkongruens er en heterogen pasientgruppe, der pasientens egne preferanser må tillegges stor vekt ved utformingen av tjenestetilbudet. Barn og unge med kjønnsinkongruens vil ofte ha et stort behov for informasjon. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (lovdata.no) at pasienten skal ha nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet av helsehjelpen. Det skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Slik informasjon er særlig viktig når det er tale om inngripende og irreversibel helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. Helse- og omsorgstjenesten må etter bestemmelsen legge til rette for nok tid til å sikre at pasienten har forstått informasjonen, og til å ta et informert valg om man ønsker behandlingen. Bestemmelsen innebærer at når det gjelder informasjon til barn og unge må helsepersonellet sette av mer tid enn når det gjelder informasjon til voksne pasienter, som må antas at tar til seg informasjonen enklere. Videre følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (lovdata.no) at informasjonen skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Helsepersonellet må være bevisst at det foreligger egne regler for informasjon av barn- og unge. For pasienter over 16 år skal foreldrene informeres dersom pasienten samtykker til det eller dersom informasjonen er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 (lovdata.no) første ledd skal foreldre, med barn under 16 år, ha samme informasjon som pasienten. Helsepersonellet skal etter bestemmelsens andre ledd likevel ikke informere foreldrene til pasienter mellom 12 og 16 år, hvis pasienten ønsker det av grunner som bør respekteres. Barn over 12 år og under 16 år som oppsøker helse- og omsorgstjenestene for spørsmål råd og veiledning om kjønnsinkongruens, kan ta kontakt med helse- og omsorgstjenestene i fortrolighet for å få generell informasjon.

Dersom det vurderes oppstart av helsehjelp må det gjøres en grundig vurdering om pasientens foreldre skal informeres når pasienten selv ikke ønsker at informasjonen skal deles. Helsepersonellet må gjøre en vurdering om det foreligger slike grunner uavhengig om barnet ikke ønsker at foreldrene skal informeres eller ikke. Slike grunner kan være motsetningsforhold mellom barn og foreldre, eller der barnet har grunn til

å frykt sterke represalier eller fordømmelse dersom foreldrene blir kjent med at barnet har oppsøkt helsehjelp. I slike tilfeller har barnet også rett til å samtykke til helsehjelpen på egenhånd. I tilfeller der det er aktuelt å unnta informasjon fra foreldrene skal pasienten gis beskjed om muligheten for å ikke informere foreldrene så tidlig som mulig.

Om pasienten er under 12 år kan helsepersonellet etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 tredje ledd (lovdata.no) unnta informasjon for foreldrene. Dette er en snever unntaksregel som kun skal benyttes dersom "tungtveiende hensyn til pasienten taler imot å dele informasjonen." I slike tilfeller må det antas at det er til barnets beste at informasjonen ikke videreformidles og at det er snakk om en alvorlig situasjon, eller en situasjon som oppfattes som alvorlig av barnet.

I forarbeidene er spørsmål om kjønnsidentitet som en situasjon noe som kan tilsi at situasjonen er tilstrekkelig alvorlig. Kommer det fram informasjon om alvorlig omsorgssvikt vil det som regel være klart at informasjonen ikke skal gis videre. I andre tilfeller kan det være vanskeligere å avgjøre om det å unnlate å informere foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, faktisk vil være det beste for barnet. Viktige hensyn vil kunne trekke i hver sin retning, og det må gjøres en avveining for å fastslå hvilke hensyn som skal tillegges avgjørende vekt for å sikre barnets behov på best mulig måte.

Helsepersonell kan allikevel ikke unnlate å informere foreldrene om alvorlige psykiske lidelser. Det må informeres foreldrene ved fare for selvskading, redusert utvikling, omgang med ulovlige rusmidler eller større fysiske skader. For pasienter over 16 år skal foreldrene varsles dersom det er nødvendig for å ivareta foreldreansvaret, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 fjerde ledd (lovdata.no). I tilfeller der det ikke er tilrådelig å informere pasientens foreldre i slike situasjoner, må det vurderes om det foreligger opplysningsplikt til barnevernet. Den som sitter på informasjon om en alvorlig situasjon for et barn kan imidlertid ikke la være å gjøre noe mer i saken. Dersom det foreligger opplysningsplikt til barnevernet skal opplysningene videreformidles, slik at barnevernet kan undersøke saken og sørge for at barnets interesser ivaretas, jf. helsepersonelloven § 3 (lovdata.no). Dersom vilkårene for meldeplikt/opplysningsplikt til barnevernet er oppfylt, har helsepersonell plikt til å videreformidle opplysningen til barneverntjenesten uavhengig om barnet samtykker eller ikke.

Personer med kjønnsinkongruens kan i mange tilfeller ha behov for ulike tjenester fra ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. I mange tilfeller kan det for barn og unge med kjønnsinkongruens være behov for å samarbeide med andre etater enn bare helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgstjenestene må bidra aktivt i slike samarbeid for å gi pasienten et godt tjenestetilbud. Det følger videre av forsvarlighetskravet i både helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (lovdata.no) og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (lovdata.no) at tjenestene skal være helhetlige og koordinerte.

Som utgangspunkt vil denne pasientgruppen ofte tilfredsstille vilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (lovdata.no) om behov for langvarige tjenester for å få individuell plan. Videre er det et krav om at man må ha behov for koordinerte tjenester. Det er på denne bakgrunn at det anbefales at personer med behov for helsehjelp fra ulike nivåer tilbys individuell plan. Dette for å sikre at tjenestetilbudet blir helhetlig og koordinert til tross for at det skal ytes tjenester på ulike nivåer av helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonelloven § 4 (lovdata.no) andre ledd, bestemmer at helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når pasienten har rett til det.

Referanser

FNs konvensjon om barnets rettigheter. (1990). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fns-barnekonvensjon/id88078/>

Socialstyrelsen. (2015). God vård av barn och ungdomar med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet fra

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-4-6.pdf>

Telfer, M. M. Tollit, M. A. Pace, C. C. & Pang, K. C. (2018). Australian Standards of Care and Treatment Guidelines For trans and gender diverse children and adolescents. Melbourne, Australia: The Royal Children's Hospital. Hentet fra <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-tr>

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. New York, fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

WPATH. (2011). Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative (7. utg.). The World Professional Association for Transgender Health. Hentet fra https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Norwegian.pdf

Sterk anbefaling

Pasienter med kjønnsdysfori og behov for kjønnsbekreftende tiltak bør få tilgang til hjelpemidler og/eller behandlingshjelpemidler i sin region

Hjelpemidler og behandlingshjelpemidler bør være tilbud til pasienter med kjønnsdysfori. Hjelpemidler og behandlingshjelpemidler innvilges uten krav om påbegynt eller planlagt hormonell og/eller kirurgisk behandling.

Innvilgelse av hjelpemidler og behandlingshjelpemidler bør være grunnet en medisinsk faglig vurdering av den enkeltes behov, basert på regler for innvilgelse.

Hjelpemidler og behandlingsmidler som er aktuelle: brystprotese, kompresjonsvest, penisprotese, og parykk.

Praktisk – slik kan anbefalingen følges

Behandlingshjelpemidler: Vaginablokker, kompresjonsvest, ikke-erigert penisprotese og hårfjerning dagens ordning.

Behandlingshjelpemidlene er en del av den kjønnsbekreftende behandlingen og ytes av Behandlingshjelpemiddelenhetene ved de regionale helseforetakene. Per dato er behandlingshjelpemidler og hårfjerning forbeholdt pasienter som er til utredning og behandling for transseksualisme, diagnose F64.0, i spesialisthelsetjenesten.

[Behandlingshjelpemidler \(behandlingshjelpemidler.no\)](#): Forutsetning for å få et behandlingshjelpemiddel er henvendelser fra et helseforetak eller fra avtalespesialist.

Hjelpemidler: Parykk, erigert penis og brystprotese dagens ordning

Per dato er betingelsen for å få dekket utgifter til parykk og brystprotese er at det er gitt tilsagn om underlivskirurgi og at hormonbehandling forut for «kjønnskifte» er påbegynt, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk § 5 og § 8. Det er med andre ord et krav eller et vilkår om at pasienten må ha kommet forholdsvis langt i et tenkt behandlingsforløp.

Erigert penisprotese faller inn under ordningen for seksualtekniske hjelpemidler (nav.no).

[Hjelpemidler \(nav.no\)](#) formidles av NAV og er en statlig ordning. Fastleger henviser pasienter til Hjelpemiddelsentralene med rekvisisjon forutsatt betingelsene over.

Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av gjeldende helserettslige regler og Rett til rett kjønn helse til alle kjønn (regjeringen.no). Den er også utarbeidet fra et påvist behovet for et desentralisert og differensiert helsetilbud. I en rapport utarbeidet av Helse Sør-Øst kommer det frem at behandlingshjelpemidler og hjelpemidler hører hjemme i et tidlig behandlingsforløp. Dette fordi det er en hjelp i en følelsesmessig og sosial transisjon (OUS Stab fag, 2018).

Det pågår en gjennomgang for å avklare vilkår, organisering og finansiering av dagens ordning for hjelpemidler og behandlingshjelpemidler. Det er behov for en oppdatering av regelverket i tråd med nytt kunnskapsgrunnlag og endringer i kodeverket ICD fra januar 2020 (Rundskriv til ftrl § 10-7 første ledd bokstav i: Ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk, 1997) (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk, 1997; Meland & Andersen, 2014, 2016).

Sosialstyrelsen i Sverige anbefaler tilbud om hjelpemidler til pasienter som både er under utredning og behandling for kjønnsdysfori, for å gjøre det enklere å leve i den rollen som er i tråd med opplevd kjønnsidentitet. «Real life experience» (RLE) er et begrep i utredningen. RLE er et diagnostisk verktøy for å teste ønsket kjønnsuttrykk med hjelpemidler forut for kjønnsbekreftende behandling med for eksempel hormonell og/eller kirurgisk behandling. Det er ikke funnet klare holdepunkter for en slik praksis, men det oppfordres i Sverige til en fleksibel og individuell tilnærming (Socialstyrelsen, 2015).

Kjønnsdysfori har ulike uttrykk og grader. Ubehag og plager er en subjektiv opplevelse. Noen vil kanskje ha behov for en parykk, eller ønske å fjerne ansiktshår. Noen har behov for brystproteser, hormonbehandling eller både hormoner og kirurgi. Flere har behov for psykososial støtte og veiledning. Det er få pasienter som har et ønske om en endring av samtlige kjønnskarakteristika. For enkelte vil en penisprotese være nok og en erstatning for et kirurgisk inngrep.

Unødig sykeliggjøring – overbehandling

Dagens regelverk forutsetter diagnosen F 64.0 og tilsagn om medisinsk og/eller kirurgisk utredning og/behandling for å få rett til hjelpemidler. Denne forutsetningen for tilståelse av hjelpemiddel eller hårfjerning gir en grunn for unødig sykeliggjøring og unødig bruk av ressurser. Personer ledes mot et pasientforløp med inngrep eller typer behandling som det ikke nødvendigvis er behov for.

Det er grunn til å tro at en bedre tilgjengelighet til symptomlindrende kjønnsbekreftende tiltak fører til bedre pasienttilfredshet og livskvalitet, og redusert sykeliggjøring av personer med kjønnsinkongruens.

For noen personer med kjønnsinkongruens er et hjelpemiddel eller stønad til hårfjerning tilstrekkelig symptomlindring ved kjønnsdysfori.

Hjelpemidler anses ikke som skadelige og fører sannsynligvis ikke til påvisbare bivirkninger. Pasienten vurderer selv effekten og avslutter bruken dersom tiltaket ikke fører til ønsket virkning.

Referanser

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk. (1997). FOR-1997-04-18-336. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-18-336>

Dekning av utgifter til behandlingshjelpemidler og hårfjerning for personer som behandles for transseksualisme/kjønnsdysfori - Presisering av helseforetakenes ansvar. (2016).

Rundskriv til ftrl § 10-7 første ledd bokstav i: Ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk. (1997). R10-071. Hentet fra <https://lovdata.no/nav/rundskriv/r10-071?qrundskriv%20h%C3%A5r>

Helseforetakenes ansvar for dekning av utgifter til behandlingshjelpemidler og behandling av hårvekst for personer med kjønnsdysfori. (2014).

OUS Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling. (2018). Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori: rapport fra arbeidsgruppen (Vol. 2.0). Oslo: Oslo Universitetssykehus. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/seksjon/nyheter/Documents/Kj%C3%B8nnsdysfori%20Rapport%20utkast%20til>

Socialstyrelsen. (2015). God vård av vuxna med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-4-7.pdf>

KAPITTEL: 2

Utredning, behandling og oppfølging

Sterk anbefaling

Prinsipper for forsvarlig utredning og behandling ved kjønnsdysfori bør følges

Som førstevalg bør det alltid vurderes minst mulig inngripende kjønnsbekreftende behandlinger for å dempe eller fjerne kjønnsdysfori.

Områder som ivaretas ved utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kjønnsdysfori:

- Pasientens individuelle behov og ønsker for kjønnsbekreftende behandling
- Vektlegging av pasientens livskvalitet og livsmestring
- Avklare behovet/indikasjon for kjønnsbekreftende behandling, risikofaktorer og kontraindikasjoner, både somatiske og psykiske lidelser ved tverrfaglig samarbeid
- Vurdering av behandlingsnivå
- Transparent beslutning innenfor etisk og medisinsk forsvarlige rammer
- Informert samtykke
- Tilrettelagt individuell oppfølging av helsepersonell

Hos pasienter med kjønnsdysfori hvor det vurderes mer inngripende behandling bør det legges ekstra vekt på en tverrfaglig vurdering.

Praktisk – slik kan anbefalingen følges

Kjønnsinkongruens er en diagnose, men det betyr ikke at tilstanden skal forstås som en sykdom. Personer med kjønnsinkongruens har noen ganger somatiske og psykiske helseplager, og har samme rettighet til helsehjelp for slike plager som alle andre. Det er ulike tilstander hos personer med kjønnsinkongruens som oppfyller diagnosekriteriene som i spesialisthelsetjenesten gir rett til nødvendig helsehjelp.

Før lege iverksetter behandling foreligger det generelt i all behandling en medisinsk vurdering med en begrunnelse og indikasjon for behandling. Det kan eventuelt foreligge en avklaring av forbehold eller kontraindikasjoner som fører til en fraråding av behandling. Disse vurderingene nedtegnes i journalen.

Ved utredning av kjønnsinkongruens med kjønnsdysfori er det i mange tilfeller behov for en tverrfaglig tilnærming. Det samme gjelder dersom kjønnsbekreftende behandling skal gis. Det er ulik tilnærming til barn, ungdom og voksne.

Momenter før oppstart av hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling hos voksne med kjønnsdysfori

- Pasienten har vedvarende kjønnsdysfori med ønske om kjønnsbekreftende behandling.
- Pasienten er informert og forstår informasjon om psykososiale forhold og konsekvenser av potensielt irreversible forandringer. Pasienten forstår informasjon om forventet resultat og mulige skadevirkninger, inkludert påvirkning av reproduksjon.

- Det er avklart somatiske og psykiske kontraindikasjoner.
- Det er avklart ønsker om og muligheter for reproduksjon.
- Individuelt tilrettelagt oppfølgingsprogram – justering av behandlingen, relevante diagnostiske/kliniske undersøkelser og støttende samtaler.

Et tverrfaglig team med bred sexologisk kompetanse vurderer aktuelle/relevante opplysninger fra andre instanser og ferdigstiller utredningen. Aktuelle spesialister i teamet er blant annet gynekolog, indremedisiner, endokrinolog, plastikkirurg, urolog, psykiater/psykolog og sosionom. Sammensetningen av et tverrfaglig team tilpasses individuelle pasientbehov og lokale/regionale forhold. Teamet har nødvendig kompetanse og erfaring om kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori.

Hormonell behandling - voksne

Oppstart av hormonell behandling utføres i hovedsak i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med pasientens fastlege. Det er mulig for fastlege, avtalespesialist eller privat aktør med spesialkompetanse på feltet, å starte behandlingen. Det skjer i et samarbeid/faglig nettverk med regionale sentre i spesialisthelsetjenesten. Praksis utøves i tråd med føringer i denne retningslinjen.

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

Hormonell behandling vil være aktuelt uten at alle kriterier for diagnostisering anses for oppfylt. Dette gjelder for eksempel når pasienter har fått oppstart av medisiner i utlandet eller ved selvmedisinering. Regionalt senter og/eller nasjonale behandlingstjeneste vurderer behov for og omfanget av utredning og oppfølging.

Kirurgisk behandling – voksne

Aktuelle kirurgiske behandlinger for pasientgruppen:

- brystforstørrelse hos transkvinner
- feminiserende ansiktskirurgi for transkvinner (tilbys per i dag ikke i Norge)
- fjerning av kjønnsorganer
- konstruksjon av neovagina og neopenis
- fjerning av bryst hos transmenn

Avhengig av pasientens behov suppleres utredningen der det er relevant. Det er undersøkelse av bryst og kjønnsorganer, samtale om psykososiale forhold og forventinger til seksualitet og seksuelliv, og eventuelt fremtidig reproduktive ønsker.

Irreversible kirurgiske inngrep på friske organer medfører både positive og negative, fysiske og psykiske forandringer. Kjønnsbekreftende inngrep på bryst utføres av plastikkirurger. Inngrep på kjønnsorganer utføres av plastikkirurger med involvering av gynekologer og urologer, samt relevante spesialister.

Konstruktiv kirurgi av neovagina eller neopenis er inngrep som utføres på bakgrunn av en binær kjønnsforståelse. Historisk har hensikten med kirurgi vært å skape enten mannlige eller kvinnelige kjønnskarakteristika. I dag er den ønskede tilnærmingen å gi kjønnsbekreftende helsehjelp til både binære og ikke-binære pasienter med kjønnsdysfori. Rækkefølgen og kombinasjon av inngrep avveies med hensyn til den enkeltes preferanse, god faglig praksis og internasjonale standarder.

All medisinsk behandling er forbundet med risiko. Kjønnsbekreftende kirurgisk behandling er også forbundet med risiko for alvorlige og varige skadevirkninger. Derfor stilles det særlige forsiktighetsregler til

medisinskfaglige indikasjoner og kontraindikasjoner. Varigheten og karakteren av kjønnsdysforien og resultatene av tidligere kjønnsbekreftende behandling vurderes nøye. Det vurderes sammen med eventuelle somatiske, psykiske lidelser og andre risikofaktorer som er kontraindikasjon til kirurgi.

Forny et medisinsk vurdering

En forny et medisinsk vurdering av rett til kjønnsbekreftende behandling i Norge er vanskelig å etablere etter dagens tjenestemodell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Ulik helsehjelp ved kjønnsinkongruens, som ikke nødvendigvis omfatter et høyspesialisert sentralisert tilbud, gir i større grad rom for ordning med forny et vurdering. Dette gitt at tilbud etableres ved to eller flere steder. En ny vurdering kan gjøres ved tilsvarende behandlingstjenester i utlandet, fortrinnsvis i Norden. Ved eventuell inngåelse av avtale om forny et vurdering av rett til kjønnsbekreftende, høyspesialisert behandling i utlandet, vil dette stille samme krav til faglig innhold som ved en nasjonal behandlingstjeneste i Norge. En avtale må også være i tråd med tilsvarende avtaler med utenlandsk behandlingstjeneste for andre diagnosegrupper.

Stemmetrening med logoped

Før behandlingen starter må det foreligge erklæring fra spesialist eller fra spesialavdeling i sykehus.

Behandlingen rekvireres av lege. Behandlingen må være av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne. På rekvisisjonen må legen oppgi diagnose. Helfo kan gi stønad til behandling hos logoped når vilkårene er oppfylt (helfo.no).

Hårfjerning

Dekkes av helseforetak. Det er ulike tilbud i helseregionene. Behandling forutsetter diagnosen F 64.0 i tråd med dagens kodeverk. Her vil det komme endringer jf. endringer i kodeverket fra 1.1. 2020.

Momenter før oppstart av kjønnsbekreftende behandling hos barn samt unge under 18 år med kjønnsdysfori

Helsetilbudet til barn og ungdom forutsetter en individuell tilnærming og omsorg for hele familien. Tiltakene er primært rådgivende og støttende samtaler, grupper og likepersonarbeid. Hoveddelen av dette helsetilbudet gis i kommunen. Henvisning til spesialisthelsetjenesten er ved behov.

Helsehjelpen tilrettelegges i tråd med omforent etablert faglig praksis, nasjonale og internasjonale retningslinjer/anbefalinger (Hembree et al., 2017; Sosialstyrelsen, 2015; Telfer et al., 2018; WPATH, 2011). Der det er manglende erfaringer og dokumentasjon på behandling av barn og unge, stiller det særskilte krav til informasjon og samtykke.

Helsetjenesten har ansvar for å gi hvert barn, ungdom og familie et tilbud som passer til den problemstillingen de har. Det er vesentlig, at det sikres et sammenhengende og helhetlig forløp som tilpasses barnet eller den unges alder og utvikling.

Barn, samt ungdom under 18 år, som ønsker overgang til ønsket kjønnsuttrykk forberedes fysisk og psykisk til en transisjon i den grad de ønsker det og i den grad det foreligger en medisinsk indikasjon ut fra alder, fysisk og psykisk modenhet og en tverrfaglig vurdering. Basert på informasjon om fordeler/virkninger og ulemper/bivirkninger av kjønnsbekreftende behandling på en forståelig måte, vil barn og ungdom få mulighet til å foreta valg.

Der det er tvil om grunnlag for behandling er tilstede, enten fra pasienten og/eller foresatte eller etter en tverrfaglig vurdering eller i en kombinasjon, gis god støtte til barnet og ungdommen. Usikkerhet og uavklarte

situasjoner er utfordrende. Helsepersonell og foreldre opplever usikkerhet og uro for om barn og ungdom fatter valg som de senere angres på. Behandlingstilbud overveies i et utviklingsmessig perspektiv. Behandlingstilbud overveies trinnvis, fra reversible til irreversible, og ved trinnskifte sikre at pasient og foreldre har forstått effekter av behandlingen.

Ansvar for utredningen forankres i et tverrfaglig team som inkluderer:

- barnelege med erfaring og kompetanse i pediatrik endokrinologi, vekst, reproduksjon og kjønnsidentitetsforhold
- barnepsykiater med erfaring og kompetanse innen kjønnsidentitetsforhold
- andre spesialister og faggrupper tas med i relevant omfang som sosionom, psykolog, urolog, sexolog og gynekolog
- plastikkirurg med relevant erfaring og kompetanse deltar i teamet ved behov for informasjon og planlegging av eventuelt senere kjønnsbekreftende kirurgisk behandling

Utredningen omfatter:

- grunner/indikasjoner som taler for behandling og eventuelle forsiktighetsregler/kontraindikasjoner
- en bred vurdering av barnet eller den unges utvikling, psykososiale situasjon, seksualitet og familieforhold
- vurdering av om det foreligger somatisk sykdom og/eller psykisk lidelse som krever vurdering og behandling før den kjønnsbekreftende behandlingen starter, eller er kontraindisert
- tilbud som tilpasses familien og barnet/den unges behov og ønsker

Hormonell kjønnsbekreftende behandling av barn og unge under 18 år

Behandling av barn og unge under 18 år omfatter reversible behandlinger, som pubertetsutsettende hormoner og potensielt irreversible hormonbehandlinger med østrogen eller androgener. Retningslinjer stiller strenge kriterier for oppstart av hormonbehandling til barn og unge (Hembree et al., 2017; Sosialstyrelsen, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018; Telfer et al., 2018; WPATH, 2011). Lovgivning gir ulik praksis i ulike land, i Norge er den helserettslige alder 16 år.

Faglige prinsipper:

- Oppstart av behandling med pubertetsutsettende hormoner og potensielt irreversible hormonbehandlinger gis fortrinnsvis ved nasjonal behandlingstjeneste. Det foreslås også at hormonerapi tilbys ved regionale senter etter visse kriterier. Kriterier fastsettes av regionale helseforetak i samarbeid med nasjonal behandlingstjeneste og fagpersoner som har erfaring med utredning og behandling av barn.
- Skjerpet faglig oppmerksomhet utøves desto tidligere behandlingen tilbys.
- Oppstart med pubertetsutsettende hormoner tidligst ved utviklingsstadiet Tanner 2 og skjer etter en individuell vurdering og tverrfaglig utredning.
- Kjønnsbekreftende medisinsk behandling med østrogen eller androgener tilbys tidligst ved når barnet er 16 år gammel. Tidligere oppstart forutsetter en individuell vurdering som tar hensyn til den enkeltes behov, ønsker og fysisk og psykisk modning.

Kontroller og oppfølging hos fastlege, helsestasjon og/eller lokalsykehus skjer i samarbeid med regionalt senter og/eller nasjonal behandlingstjeneste.

Kirurgisk kjønnsbekreftende behandling av unge under 18 år

Det er sjelden at det tilbys kirurgisk behandling av barn under 18 år. Men i særskilte tilfeller er det aktuelt med irreversibel brystkirurgi. Dersom brystkirurgi vurderes før fylte 18 år, er det på bakgrunn av en

tverrfaglig og individuell vurdering. Ved fylte 18 år vurderes genital konstruksjon når det er et ønske hos pasienten.

Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av gjeldende helserettslige regler, faglige forsvarlige tjenester skal bygge på oppdatert faglig kunnskap: helsepersonelloven § 4 (lovdata.no), spesialisthelsetjenesteloven §2-2 (lovdata.no) og helse- og omsorgstjenesteloven § 4 (lovdata.no).

Anbefalingen er også utarbeidet på bakgrunn av [Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn \(regjeringen.no\)](http://rett.til.rett.kjonn-regjeringen.no) og rapport fra Helse Sør-Øst (OUS Stab fag, 2018).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 (lovdata.no) bestemmer at pasienter etter henvisning fra allmennlege har rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder kun én gang for samme tilstand.

Somatisk og/eller psykisk lidelse er ikke en absolutt kontraindikasjon for kjønnsbekreftende hormonbehandling. Avhengig av type og alvorlighetsgrad vurderes det om det er behov for behandling av lidelsen før eller samtidig med hormonbehandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Det hevdes at det sjelden foreligger absolutte kontraindikasjoner ved kjønnsbekreftende medisinsk behandling (Hembree et al., 2017; Sundhedsstyrelsen, 2018). Eksempler på forsiktighetsregler og somatiske kontraindikasjoner med østrogener er blant annet tromboembolisk risiko, cerebrovaskulære sykdommer inkludert migrene, leversykdom og brystkreft. Ved behandling med androgener er det blant annet graviditet, ustabil hjerte-karsykdom, hormonfølsomme tumorer. Psykiske lidelser er i enkelte tilfeller kontraindisert og fører til forsiktighetsforhold ved både hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling. For eksempel ved visse psykotiske tilstander eller autisme av relevans for behandlingen (Hembree et al., 2017).

Folkehelseinstituttets rapport om psykisk helse anslår en forekomst av psykiske lidelser blant voksne i løpet av 12 måneder på om lag 16-22 prosent (Reneflot et al., 2018). Vanligst blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser. Konsultasjonsgrunn hos lege er depressive lidelser etterfulgt av angstlidelser.

Forekomsten av psykiske lidelser i barne- og ungdomsbefolkningen er også nokså stabil, om lag 20 prosent har behov for psykisk helsehjelp. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) tar imot omlag 5 prosent av barn og unge som har belastninger som gir grunnlag for diagnose. Folkehelseinstituttets rapport antyder at gruppen barn og unge går mot 7 prosent (Reneflot et al., 2018).

Støttende kjønnsbekreftende omsorg under barndom og ungdomstid gir betydelig bedring av mental helse og velvære (Telfer, Tollit, Pace, & Pang, 2018). Helsestasjon og skolehelsetjenesten har konkrete oppgaver knyttet til kjønnsidentitet og generell utvikling hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2017). Denne støttende omsorgen legges opp til å være et tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette understreker at ikke alle barn og unge trenger psykisk helsehjelp. Samtidig er det behov for å differensiere utrednings- og behandlingstilbudet for barn og unge som har behov for psykisk helsehjelp.

Bydeler og kommuner har fått insentiver til å utvikle hjelpetilbud både som støtte- og behandlingstilbud for milde og moderate psykiske lidelser. Flere pasienter med kjønnsdysfori vil få dekket sine behov for helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

En tverrfaglig tilnærming gjelder både for barn, ungdom og voksne. Samarbeid mellom helsepersonell, kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten og pasientene er avgjørende for kvaliteten

og pasienttilfredsheten. Utredning, behandling og oppfølging av pasienter med behov for kjønnsbekreftende helsehjelp er et satsningsområde hvor det forventes handling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Utvikling av tjenestetilbudet med en omforent faglig praksis er en tverrfaglig oppgave og vil involvere mange ulike profesjoner. Det er behov for en større konsensus om hva tilbudet skal omfatte. Brukernes innsikt og opplevelser er en viktig del av hvordan omfanget og innholdet skal beskrives og defineres.

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Representantforslag fra stortingsrepresentantene Sheida Sangtarash, Freddy André Øvstegård, Solveig Skaugvoll Foss og Solfrid Lerbrekk om å sikre alternative behandlingstilbud for transpersoner (Dokument 8:167 S (2018–2019)).

Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.

Hembree, W. C, Cohen-Kettenis, P, Gooren, L, Hannema, S. E, Meyer, W. J, Murad, M. H, . . . T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869-3903.

OUS Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling. (2018). Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori: rapport fra arbeidsgruppen (Vol. 2.0). Oslo: Oslo Universitetssykehus. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/seksjon/nyheter/Documents/Kj%C3%B8nnsdysfori%20Rapport%20utkast%20til>

Reneflot, A, Aarø, L. E, Aase, H. T. R.-K, Tambs, K, & Øverland, S. (2018). Psykisk helse i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf

Socialstyrelsen. (2015). God vård av barn och ungdomar med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-4-6.pdf>

Sundhedsstyrelsen. (2018). Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold. København, Danmark. Hentet fra [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/K%C3%B8nsidentitetsforhold/Vejledning-om-sundhedsfaglig-hj%](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/K%C3%B8nsidentitetsforhold/Vejledning-om-sundhedsfaglig-hj%20)

Telfer, M, Tollit, M, Pace, C. C, & Pang, K. C. (2018). Australian Standards of Care and Treatment Guidelines For trans and gender diverse children and adolescents. Melbourne, Australia: The Royal Children's Hospital. Hentet fra <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-tr>

WPATH. (2011). Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative (7. utg.). The World Professional Association for Transgender Health. Hentet fra https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Norwegian.pdf

KAPITTEL: 3

Organisering og funksjonsfordeling av helsehjelpen

Sterk anbefaling

Helsehjelpen til pasienter med kjønnsdysfori bør være differensierte, desentraliserte og helhetlige

Kjønnsbekreftende helsehjelp til pasienter med kjønnsdysfori bør differensieres mellom nivåene:

- kommunale helse- og omsorgstjenester
- lokale sykehus
- regionale sentre
- nasjonal behandlingstjeneste

Helsehjelp bør tilbys på det laveste nivå med nødvendig kompetanse for utredning og/eller behandling og oppfølging.

Regionalt senter for kjønnsinkongruens bør opprettes i hver helseregion og tilby utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kjønnsdysfori.

Spesifisert oppgave- og funksjonsfordeling og samarbeidsrutiner mellom nivåene bør utarbeides av regionale helseforetak i samarbeid med den kommunale helse – og omsorgstjeneste.

Praktisk – slik kan anbefalingen følges

Organisering og funksjonsfordeling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ofte det første møtet med helsetjenesten for personer som utforsker sin kjønnsidentitet. I en avklarings-/utredningsfase er fastlege, familievernkontor, helsestasjons- og skolehelsetjenesten/helsestasjon for ungdom opp til 23/24 år, psykolog eller psykisk helsetjeneste i kommunen gode samtalepartnere og støttepersoner for personer som opplever kjønnsinkongruens.

Mange har vært gjennom en lang prosess knyttet til kjønnsidentitet før de snakker med helsepersonell. Enkelte trenger tid til å sette seg inn i hvilke konsekvenser kjønnsbekreftende behandling har for dem. Det vil ofte være en rekke faktorer som påvirker hva slags type helsehjelp den enkelte ønsker eller har behov for og når den skal gis. Forslag til hvordan den kommunale helse og omsorgstjenesten tilrettelegger helsehjelpen:

Individuelle samtale- eller støttegrupper, likepersonarbeid

Kommuner arrangerer samtale- eller støttegrupper eller henviser til bruker-, interesse og likepersonorganisasjoner for personer som er ikke-kjønnsnormative. Det er mulig for instansene å samarbeide om grupper. I samtaler får voksne, barn og ungdom med deres foreldrehjelp til livsmestring, selvinnsikt og myndiggjøring. Eksempel på forslag til samtaletemaer: [sex og samfunn \(sexogsamfunn.no\)](https://www.sexogsamfunn.no)

Kompetansemiljøer i offentlig og privat regi er nyttige medhjelpere som: Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS Oslo), brukerorganisasjoner, Stiftelsen Stensveen, Sex og samfunn med flere.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom

Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom har anbefalinger som også gjelder for barn og unge med kjønnsinkongruens og/eller kjønnsidentitetsspørsmål:

- om seksuell utvikling
- om bruk av et kjønns- og legningsnøytralt språk i all formidling og kommunikasjon
- skolehelsetjenesten som tilbyr hjelp og oppfølging til barn og ungdom med sosiale tilpasningsvansker eller psykiske plager og lidelser
- om hjemmebesøk til barn og ungdom med særlige behov og ha oversikt over elevenes helsetilstand
- helsestasjonen har et systematisk samarbeid med barnehager i kommunen.

Oslo kommune tilbyr helsehjelp ved Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS) til personer i alderen 0-30 år. HKS er et lavterskeltilbud med tverrfaglig kompetanse, som samarbeider med brukerorganisasjonene og organiserer undervisning og kompetanseheving av helsepersonell. Tilbudet ved HKS samordnes med tilbudene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. HKS er et kommunalt tilbud og som samarbeider med spesialisthelsetjenester og pasientens fastlege.

Nettverk/interkommunalt samarbeid

Der det er hensiktsmessig for et bedre helsetilbud, foreslås det at kommuner inngår i et nettverk eller et interkommunalt samarbeid til pasientgruppen. Tverrfaglige interkommunale nettverk gir grunnlag for å utvide og styrke kompetansen hos helsepersonell og bedrer muligheten for gjensidig veiledning og rådgiving.

Fastlegetjenesten og fastlegens rolle

- psykososial støtte
- bistand fra aktuelle instanser kommunen
- informasjon om helsetilbudet
- hjelpemidler ved medisinsk behov
- henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov

Fastlegen har en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeider med andre relevante tjenesteytere, blant annet om individuell plan og koordinator i kommunen.

I samarbeid med spesialisthelsetjenesten vil en del pasienter følges opp av fastlegen etter kjønnsbekreftende behandling og behov for sykemelding blir vurdert. Fastlegen bidrar også med å tilstå hjelpemidler. Henvisning fra fastlege til spesialisthelsetjenesten er aktuelt når det er behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Oppstart av hormonell behandling vil som regel skje ved et regionalt senter eller nasjonal behandlingstjeneste. I noen tilfeller foretar fastlegen oppstart av hormonell behandling av voksne. Det forutsetter at fastlegen har nødvendig kompetanse og at behandlingen skjer i etablert samarbeid eller nettverk med det tverrfaglige teamet ved regionalt senter og/eller nasjonal behandlingstjeneste.

Spesialisthelsetjenesten

Lokale sykehus

Somatisk spesialisthelsetilbud ved lokale sykehus varierer innen hver fagspesialitet og i tverrfaglig bredde. Medlemmer i et regionalt tverrfaglig team er gjerne spesialister ved lokale sykehus. Personer med kjønnsinkongruens har ulike behov for kjønnsbekreftende helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Pasientens behov for spesialisthelsehjelp vurderes første omgang om det dekkes ved å benytte tilbud i lokale sykehus. Det forutsetter at spesialister ved lokale sykehus som utreder pasienter og/eller gir helsetilbud har tilstrekkelig kompetanse innen fagfeltet og er i nettverket med regionale senter/nasjonale behandlingstjeneste.

Distriktpsikiatrisk senter (DPS)

Henvisningsgrunn til DPS er ved spørsmål om eller tegn på psykiske lidelser. Psykisk/psikiatrisk utredning er ikke en betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling.

Det er foreslått å samle DPS-tilbudet for pasienter med kjønnsdysfori geografisk i hver region. Dette for å ha en bedre forutsetning for å bygge og vedlikeholde tverrfaglig spisskompetanse om kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori (OUS Stab fag, 2018). Flere DPS-avdelinger danner egne nettverk og samarbeider med faglige ressurser i regionale senter.

Barne- og ungdomspsikiatrisk poliklinikk (BUP)

Henvisningsgrunn til BUP er ved spørsmål om eller tegn på psykiske lidelser. Psykisk/psikiatrisk utredning er ikke en betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling.

Det vurderes om BUP-tilbudet for pasienter med kjønnsdysfori samles ved ett eller noen få steder i hver region. Dette for å ha en bedre forutsetning for å bygge og vedlikeholde tverrfaglig spisskompetanse om kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Flere BUP-avdelinger danner egne nettverk og samarbeider med faglige ressurser i regionale senter.

Regionalt senter for kjønnsinkongruens

Regionale senter organiseres i tråd med prinsippene som legges til grunn i denne retningslinjen; individualisert tilnærming, forhindre unødig sykeliggjøring og overforbruk av helsetjenester, desentralisert og differensiert helsehjelp og en tverrfaglig tilnærming

Regionalt senter vil ha et bredt tilbud for utredning, behandling og oppfølging. Senteret samarbeider med alle tjenestenivåer. Helsehjelpen gis av et tverrfaglig team med bred kompetanse på kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori, f. eks spesialister innen:

- endokrinologi
- gynekologi
- urologi
- plastikkirurgi
- indremedisin
- logopedi
- psykiatri
- psykologi
- sexologi
- sosialfaglig kompetanse

Ved utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med kjønnsdysfori er det nødvendig med pediatrik kompetanse i de ulike spesialiteter.

En nærmere beskrivelse av funksjons- og oppgavefordeling er en del av de regionale helseforetakenes ansvar.

Kjønnsbekreftende behandling i et regionalt senter inkluderer hjelpemidler, hormonbehandling og kirurgi. Konstruksjon av kjønnsorgan er sentralisert og utføres ved nasjonal behandlingstjeneste, eller i samarbeid med et nordisk senter.

Koordineringsansvar er ved regionalt senter for de pasientene som får helsehjelp ved senteret. Koordinerende instans sørger for kontinuitet i behandlingen, oppfølgingen og kommunikasjonen med fastlege og andre.

Regionalt senter er ressurser i veiledning og rådgiving av helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal behandlingstjeneste

Nasjonal behandlingstjeneste tilbyr høyspesialiserte helsetjenester innen definerte områder og bidrar med kompetansedeling, forskning og veiledning til helsetjenesten på alle nivåer. Pasienter henvises i tråd med henvisningskriterier. Oppgavene er fastsatt i [Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten \(lovdata.no\)](#) og Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten (regjeringen.no).

Oppgavene ved Nasjonal behandlingstjeneste vil bli endret i henhold til føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet, retningslinjen og endringer i ICD-10. Endring i oppgavene utarbeides av RHF og i samarbeid med Nasjonale behandlingstjeneste. Helsedirektoratet godkjenner endringer av oppgaver.

Den nasjonale behandlingstjenesten har i dagens ordning ansvar for høyspesialiserte helsetjenester som krever/nødvendigjør helsetilbud samlet til ett sted i landet.

Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av gjeldende helserettslige regler i helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 (lovdata.no) og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (lovdata.no), og [Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn \(regjeringen.no\)](#) og rapport fra Helse Sør-Øst (OUS Stab fag, 2018).

Et desentralisert og differensiert helsetilbud støttes av The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) og andre internasjonale faglige anbefalinger (Socialstyrelsen, 2015a, 2015b; Sundhedsstyrelsen, 2018; Telfer, Tollit, Pace, & Pang, 2018; WPATH, 2011).

Anbefalingen er også begrunnet i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene om å desentralisere og differensiere helsetilbudet for å øke kapasiteten.

En avlastning av høyspesialiserte tjenester med helsetilbud på lavere nivå bidrar til å gi flere helsehjelp, forebygge sykkeliggjøring, redusere risiko for overdiagnostikk og overbehandling. «Laveste effektive omsorgsnivå /LEON-prinsippet» fører til riktigere og bedre prioritering, slik at først og fremst de pasientene som har behov høyspesialisert helsehjelp henvises til høyspesialiserte tjenester.

Retningslinjen viser også til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (lovdata.no) og [veileder til forskriften](#). Hensikten med internkontroll er å sikre at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovgivningens krav.

I samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak beskrives det hvordan det legges til rette for helhetlige, koordinerte forløp. Avtalene sikrer nødvendig samhandling og avtaler som fører til gode løsninger for pasientene: Samhandlingsavtaler.

Referanser

OUS Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling. (2018). Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori: rapport fra arbeidsgruppen (Vol. 2.0). Oslo: Oslo Universitetssykehus. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/seksjon/nyheter/Documents/Kj%C3%B8nnsdysfori%20Rapport%20utkast%20til>

Socialstyrelsen. (2015a). God vård av barn och ungdomar med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-4-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2015b). God vård av vuxna med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-4-7.pdf>

Sundhedsstyrelsen. (2018). Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold. København, Danmark. Hentet fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/K%C3%B8nsidentitetsforhold/Vejledning-om-sundhedsfaglig-hj>

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian Standards of Care and Treatment Guidelines For trans and gender diverse children and adolescents. Melbourne, Australia: The Royal Children's Hospital. Hentet fra <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-tr>

WPATH. (2011). Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative (7. utg.). The World Professional Association for Transgender Health. Hentet fra https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Norwegian.pdf

KAPITTEL: 4

Kunnskapsgrunnlag og kompetanse om kjønnsinkongruens

Sterk anbefaling

Kunnskapsgrunnlaget for helsetilbudene til pasienter med kjønnsdysfori bør oppdateres

Helsetjenesten bør sørge for å:

- utarbeide kunnskapsoppsummeringer/oppdatere kunnskapsgrunnlaget for behandling av kjønnsdysfori
- øke forskningsaktiviteten
- vurdere behovet for faglige retningslinjer
- vurdere behov for et medisinsk kvalitetsregister med kvalitetsindikatorer

Praktisk – slik kan anbefalingen følges

Et oppsummert kunnskapsgrunnlag basert på nasjonal og internasjonal forskning av god kvalitet legger et grunnlag for en større konsensus blant fagpersoner om hvilken og hvordan helsehjelp tilbys. En konsensus om kunnskapsgrunnlaget vil også gjøre det enklere å gi pasienter konsistent informasjon fra helsepersonell. Etter mange år med behandling av personer med kjønnsdysfori i et binært perspektiv og i tråd med diagnosekoden F 64.0 «Transseksualisme» er det behov for et oppdatert kunnskapsgrunnlag.

Det finnes ulike metoder for å finne og utvikle kunnskap, valg av metode/verktøy er avhengig av problemstillinger som reises og spørsmål som ønskes besvart:

- **Systematisk oversikt** har klare kriterier for søk etter relevant litteratur og for inklusjon, kvalitetsvurdering og sammenfatning og gradering av dokumentasjon.
- **Hurtigoversikt** er en raskere metode for å sammenfatte forskningsbasert kunnskap. Mindre omfattende søkestrategi, ingen gradering av studiekvalitet, ikke fagfellevurdert blant annet.
- **Systematisk litteratursøk med sortering** er resultatet av å søke etter relevant litteratur om en problemstilling og sortere relevante treff i grupper presentert med referanser og vanligvis et sammendrag. Søkestrategien er en eksplisitt sammenstilling av termer for å finne relevant litteratur i oppgitte kilder og definerte tidsrom. Kvaliteten på litteraturen blir ikke vurdert i et systematisk litteratursøk.
- **Metodevurdering (HTA-rapport)** er gjennomgang av ulike tiltak i helsetjenesten, både legemiddel, sammensatte kliniske tiltak og organisatoriske endringer. (Health Technology Assessment publication HTA).

Folkehelseinstituttet har mer om ulike typer kunnskapsoppsummeringer, se [Forskningsoversikter \(fhi.no\)](https://www.fhi.no) og metoder: «Slik oppsummerer vi forskning» ([fhi.no](https://www.fhi.no)).

[Nyemetoder.no](https://www.nyemetoder.no) er en ordning som Regionale helseforetak, Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Helsedirektoratet og Sykehusinnkjøp HF samarbeider om

nasjonale metodevurderinger der det kommer forslag på bruk av nye metoder. Metodevurdering (HTA-rapport) inngår i vurderingen (se over). "Nye metoder" vurderer også metoder som er i bruk.

Ønske om en «Mini/hurtig-metodevurdering» kan initieres av ansatte i spesialisthelsetjenesten. Metodevurderingen gjennomføres av et kompetansesenter i et helseforetak.

Nasjonal faglig retningslinje

I utarbeidelsen av denne retningslinjen er det avdekket en mangel på faglig begrunnede og transparente retningslinjer for hvem som får og hvem som ikke får helsehjelp for kjønnsdysfori i Norge, likeså hva slags helsehjelp som gis til hvem og hvor den gis. Det er behov for mer klinisk rettede anbefalinger. Særlig på bakgrunn av ny forståelse av tilstanden kjønnsinkongruens og helsehjelp til personer med kjønnsdysfori.

Det er funnet retningslinjer fra andre land som er gode grunnlag for arbeidet med en mer spesifikk faglig normering for helsehjelpen i Norge. Områder hvor det er identifisert behov for anbefalinger er blant annet:

- inklusjons- og eksklusjonskriterier for kjønnsbekreftende helsehjelp
- kjønnsbekreftende helsehjelp til personer som regner seg som ikke-binære
- kjønnsbekreftende helsehjelp til ungdom med kjønnsinkongruens og sammensatte lidelser
- metoder for vurdering av psykisk helsetilstand hos personer som søker kjønnsbekreftende behandling
- kjønnsbekreftende behandling til barn og unge

På områder der det ikke utarbeides nasjonale faglige retningslinjer, oppfordres fagmiljøer innen og/eller på tvers av tjenestesteder, helseregioner og kommuner til økt samarbeid om utarbeidelse av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Slike retningslinjer godkjennes av ledelsen på hvert tjenestested før de tas i bruk (Helsedirektoratet, 2012).

Styrking av kunnskapsgrunnlaget – forskning og utvikling

- **Registerdata – medisinske kvalitetsregistre**

Opprettelse av et medisinsk kvalitetsregister for kjønnsinkongruens bidrar til bedre kvalitet for pasienten, og minske uønsket variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. Resultater fra registeret benyttes til kvalitetsforbedring, og dersom det etableres vil det være en kilde til kvalitetssikring og forskning.

Et register inneholder strukturert informasjon fra hele behandlingsforløpet: diagnostikk, behandling og oppfølging, samt resultat av behandling. Dette gir kunnskap om uberettiget variasjon og kvalitet i helsetjenesten.

- **Kvalitetsindikatorer**

Ved etablering av et medisinsk kvalitetsregister defineres og avgrenses den aktuelle pasientgruppen, og det avklares hvilke kvalitetsutfordringer man ønsker mer kunnskap om. Basert på dette defineres faglig relevante kvalitetsindikatorer som registreres for hver pasient.

- **Måling av pasienttilfredshet og brukermedvirkning**

I tillegg til medisinske kvalitetsregistre er det aktuelt å inkludere pasientrapporterte data. Dette er registreringer fra pasienten selv og er viktige mål på hvordan pasienten opplever sin helse og livskvalitet etter behandling, samt erfaringer fra behandlingsforløpet. Folkehelseinstituttet gjennomfører nasjonale brukererfaringsundersøkelser på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (fhi.no).

- **Langtidsstudier – pasientforløp**

Eksempler på endepunkter:

- sikkerhet og effekt ved hormonell behandling i alle aldersgrupper
- sikkerhet og effekt av kirurgisk behandling
- effekten av å ikke tilby behandling til personer som ønsker kjønnsbekreftende behandling
- livskvalitet og pasienttilfredshet

Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av på grunnlag av gjeldende helserettslige regler: faglige forsvarlige tjenester skal bygge på oppdatert faglig kunnskap helsepersonelloven § 4 (lovdata.no), spesialisthelsetjenesteloven §2-2 (lovdata.no) og helse- og omsorgstjenesteloven § 4 (lovdata.no) i helse- og omsorgstjenesten.

Anbefalingen er også utarbeidet på bakgrunn av [Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no).

Historisk perspektiv

Medisinsk behandling av personer med kjønnsinkongruens startet i Norge på slutten av 1950-tallet uten dokumentert erfarings- eller kunnskapsgrunnlag. Internasjonalt var det lite forskning. Et offentlig utvalg nedsatt i 1955 skulle kartlegge transvestisme og behandlingmuligheter for tre pasienter som helsemyndighetene antok kunne ha nytte av kirurgi (Sandal, 2017). Behandling med hormoner, kirurgi og psykoterapi ble vurdert sammen med juridiske problemstillinger som ble reist. Datidens debatt har mye til felles med dagens diskusjoner.

Før 1975 var det få fagfelleverderte artikler som ble publisert om endokrinologisk forskning. Siden er det publisert mange studier i vitenskapelige tidsskrift om ulike aspekter ved kjønnsinkongruens. The Endocrine Society, en internasjonal faglig sammenslutning, utarbeider faglige anbefalinger for hormonbehandling (Hembree et al., 2017). Retningslinjen er implementert i mange land og er en del av helsehjelpen til personer med behov for kjønnsbekreftende hormonell behandling. Retningslinjen presiserer behovet for et tverrfaglig samarbeid og utredning av pasientene.

Det er fortsatt et behov for en kritisk gjennomgang av effekten og tryggheten/sikkerheten ved kirurgisk og endokrinologisk behandling i alle aldersgrupper.

I 1979 ble Standard of Care utarbeidet (WPATH, 2011). Standarden oppdateres jevnlig og er et internasjonalt referansedokument for kjønnsbekreftende behandling. Den legges til grunn av fagmiljøer og støttes av interesse- og brukerorganisasjoner. Standarden legger opp til nasjonale tilpasninger og bygger på eksisterende tilgjengelig kunnskapsgrunnlag. Den er blant annet lagt til grunn for Sosialstyrelsens retningslinjer i Sverige (2015a, 2015b).

Kunnskapsgrunnlag, forståelse og tilnærming til pasientgruppen er preget av hvordan kjønn forstås og forventningene til kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i ulike samfunn og kulturer. Behandling av personer med kjønnsinkongruens startet i en tid hvor to-kjønnsmodellen var rådende. Dette synet var også underliggende i ICD-10: "Sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn."

Dette er endret. På samme måte som Verdens helseorganisasjon fjernet homofili som en psykiatrisk diagnose fra ICDs klassifisering av psykiske diagnoser i 1992, er diagnosekoden F. 64.0 «Transseksualisme» slettet og erstattet av Z76.80 «Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder i 2019.

«Kjønnsidentitetsforstyrrelse» er samtidig flyttet fra kapitlet «Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser» i ICD-10 til kapitlet «Tilstander relatert til seksuell helse» i ICD-11.

Endringene får konsekvenser for forskningen og kunnskapsbasert praksis fordi kjønnsinkongruens regnes ikke lenger som en psykisk forstyrrelse og den inkluderer både ikke-binære, transpersoner, ikke-kjønnsnormative og de som definerer seg som enten mann eller kvinne/gutt eller jente. Dette er i tråd med "Standard of Care" som oppfordrer til en individuell tilnærming i utredning, behandling og oppfølging av de som ønsker og søker helsehjelp.

Referanser

Helsedirektoratet (2012). Utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer, nasjonal veileder. Oslo, Helsedirektoratet.

Hembree, W. C, et al. (2017). "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline." *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 102(11): 3869-3903.

Sandal, S. (2017). "En særlig trang til å ville forandre sitt kjønn" Kjønnsskiftebehandling i Norge 1952 - 1982. Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap. Det humanistiske fakultet. Bergen Univeristetet i Bergen. Masteravhandling i historie

Socialstyrelsen (2015). God vård av barn och ungdomar med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015). God vård av vuxna med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm, Socialstyrelsen.

WPATH (2011). Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative, The World Professional Association for Transgender Health.

Sterk anbefaling

Kompetansen til helsepersonell som yter helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens bør styrkes

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør sørge for

- kompetanseheving om kjønnsmangfold, kjønnsbekreftende helsehjelp og minoritetsstress
- kjennskap til oppgave- og funksjonsfordeling for personer med kjønnsdysfori
- kompetanse om støttende helsehjelp til barn, unge og voksne med kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori

Spesialisthelsetjenesten bør sørge for

- tverrfaglig spesialistkompetanse på fagområdet i lokale sykehus, regionale sentre og nasjonal behandlingstjeneste i tråd med oppgave- og funksjonsfordeling for utredning, behandling og oppfølging
- kompetanseheving

- kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene

Nasjonal behandlingstjeneste bør sørge for høyspesialisert kompetanse jf. definerte oppgaver i forskrift

- utredning, behandling, oppfølging
- kunnskapsformidling
- forskning

Praktisk – slik kan anbefalingen følges

Differensiert og desentralisert helsehjelp forutsetter ulike kompetansenivå. Kvaliteten på helsehjelpen og kunnskapen hos helsepersonell har betydning for levekår og livskvalitet hos pasienter med kjønnsdysfori. Flere retningslinjer understreker nødvendigheten av kompetanse hos helsepersonell Sundhedsfaglig hjelp ved kønsidentitetsforhold 2018); (Sundhedsstyrelsen, 2018; Telfer, Tollit, Pace, & Pang, 2018; WPATH, 2011). Det er nødvendig at helsepersonell som foretar utredning og diagnostikk har oppdatert kompetanse om kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnsbekreftende behandling. Det er også foreslått i nevnte retningslinjer at personell deltar i systematisk veiledning hos personer med erfaring, faglige nettverk og kompetansehevende tiltak som konferanser nasjonalt og internasjonalt. Det er også foreslått at personell deltar i kvalitetsutvikling og forskning. Helsepersonell skal videre ha en dialog med brukerrepresentanter for å få en bredere forståelse og delta i den generelle samfunnsdebatt.

Behov for kompetanse øker med kompleksitet og hvor omfattende den kjønnsbekreftende helsehjelpen vil være, kravene til beslutningskompetanse vil være større desto mer alvorlige/komplisert inngrep det gjelder.

Eksempler på arenaer for utvikling av kompetanse

- fagnettverk internt og på tvers av tjenestenivåene med faste møter og samlinger
- oppbygging av tverrfaglige team/nettverk i regionene
- utarbeide oversikt over oppgave- og funksjonsfordeling - hvem gjør hva med hvilken kompetanse
- beskrivelse av henvisningskriterier
- veiledning av helsepersonell i tverrfaglige behandlingsmiljø/team
- kollegaveiledning
- utarbeide informasjon til helsepersonell og publikum om helsetilbudet
- læringsnettverk med faste samlinger for erfaringsutveksling og kompetanseheving

Forslag til områder med behov for styrket kompetanse hos helsepersonell

- psykososial støtte, omsorg og veiledning til barn, ungdom og voksne
- oppfølging før, under og etter behandling
- diagnostisering og utredning
 - reversibel og irreversibel behandling
 - avklare kontraindikasjoner
 - fordeler og ulemper med behandling
- kjønnsbekreftende behandling
 - hjelpemidler
 - hormoner
 - kirurgi
- pasientrettigheter
- oppfølging av personer som har fått behandling i utlandet
- håndtering av pasienter som er selvmedisinert
- fornyet medisinsk vurdering
- juridiske forhold

Grunnleggende bevisstgjøring og kompetanse

I sin yrkesutøvelse bidrar helsepersonell med å spre kunnskap og positive holdninger til kjønns mangfold i samfunnet og hjelpe kjønnskreative voksne, barn og ungdom til å utvikle identitets stolthet. Det avgjørende er at helsepersonell som skal hjelpe har tilstrekkelig kompetanse på kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønns mangfold, og at hjelpen finnes i nærheten av hjem og skole. Noen temaer er allmennkunnskap:

- **Kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk** som skiller seg fra forventninger i omgivelsene fører hos noen til utfordringer og belastninger og negative reaksjoner fra omgivelsene. Alle mennesker påvirkes av reaksjoner fra omgivelsene. Negative holdninger blir en byrde. Det er kjent at å bryte med omgivelsenes forventninger til kjønn skaper et grunnlag for minoritetsstress hos enkelte.
- **Minoritetsstress** omfatter indre og ytre stressfaktorer. Ytre stressfaktorer er forskjellsbehandling, avvising og vold, eller å bli feilkjønn eller ikke forstått av omgivelsene. Indre stressfaktorer er hemmelighold, skam og negative forventninger om å bli avvist eller ikke forstått. Minoritetsstress påvirker både psykisk og fysisk helse, og eksempelvis leder til psykiske plager som nedstemthet og engstelse. Minoritetsstress regnes som normalpsykologiske reaksjoner på en utfordrende livssituasjon der omgivelsene lar seg forstyrre av det uvanlige og uventede (Meyer, 2003).

Kunnskap om minoritetsstress hjelper helsepersonell til å vurdere om symptomene skyldes depresjon og angstlidelse eller en normal reaksjon på en vanskelig situasjon. I noen tilfeller forsterker andre/helsepersonell opplevelsen av at det er en selv og ikke omgivelsene som er problemet, og på denne måten øker minoritetsstresset.

Minoritetsstress er i seg selv ingen grunn til henvisning til psykisk helsehjelp og utredning. Det er aktuelt dersom det er tegn på en psykisk lidelse eller det er mistanke om at de psykiske vanskene er primært uavhengig av kjønnsinkongruens og minoritetsstress. Likeverdige tjenester innebærer at helsepersonell som utfører psykologisk/psykiatrisk utredning har kompetanse på kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk og minoritetsstress, og er i stand til å skille psykopatologi fra normalpsykologiske reaksjoner på minoritetsstress.

- **Kjønnsbekreftende helsehjelp** forutsetter helsepersonell som lytter, forstår og skaffer innsikt i hva pasienten opplever som problemer/utfordringer. Dette er avgjørende for å anerkjenne pasientens opplevelse og erfaring og gir grunnlag for å gi riktig og god helsehjelp. Helsepersonell trenger ikke spesialkompetanse for å vise omsorg, respekt og forståelse.

Om kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste

Det foreslås at kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider om utvikling og utveksling av kompetanse om kjønnsinkongruens. Flere pasienter vil ha forløp med behov for tjenester fra begge nivåer. Kompetanseutvikling og oppgavefordeling er sammenfallende: Hva skal være felles og overlappende kompetanse og hva skal være komplementær kompetanse? I [lovpålagte samarbeidsavtaler \(lovdata.no\)](http://lovdata.no) er det mulig å inngå avtaler om hvem som gjør hva og med hvilken kompetanse.

Om regionale senter for kjønnsinkongruens

Det legges opp til at regionale senter i spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse og kapasitet til å dekke behovet for spesialisthelsetjeneste til majoriteten av pasientene i regionen. For å bygge tilstrekkelig kompetanse forutsettes forutsigbar organisering med faste team-medlemmer, en definert ledelse og faste møteplasser, samt klare roller og funksjoner for team-medlemmene.

Ulike behandlingsbehov hos pasienter med kjønnsdysfori vil føre til ulike kompetansebehov i det enkelte behandlingsforløp. Barn og ungdom under 18 år vil kreve en annen tilnærming enn voksne over 18 år. I vurdering av personer under 18 år er det påkrevet med spesifikk pediatrik kompetanse innen flere spesialiteter og psykososial familiesentrert tilnærming.

Pasientforløp med flere spesialiteter/spesialister har behov for en koordinator med god kunnskap om det helhetlige tilbudet til barn og voksne med kjønnsinkongruens. Tjenestetilbudet forutsetter en fleksibel organisering.

Om Nasjonal behandlingstjeneste

Hovedoppgaven for en nasjonal behandlingstjeneste er høyspesialisert pasientbehandling innen definerte oppgaver og veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten og andre tjenesteytere og brukere. Videre skal den overvåke og formidle behandlingsresultater gjennom undervisning, forskning og publisering. Behandlingstjenesten er en viktig ressurs for å bygge kompetanse i alle helsetjenestenivåer. Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (oslo.universitetssykehus.no).

Eksisterende fagmiljø og institusjoner med kompetanse

Universitet og høyskoler

Brukerne og helse- og velferdstjenestene får økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene i nytt styringssystem for helse- og sosialfagutdanning på universitets- og høyskolenivå. Systemet innebærer at utdanningene skal styres av krav til kandidatens sluttkompetanse. Det utarbeides nasjonale forskriftsfestede retningslinjer for alle utdanningene Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (lovdata.no); I alt 12 læringsutbytter er definert, viser til nr. 2: «Har kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder, slik at kandidaten bidrar til å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet.»

Det finnes poenggivende programmer ved flere universitet, bl. a Universitetet i Agder, Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og ved Oslo MET.

Helsestasjon for kjønn og seksualitet, Oslo kommune

Helsestasjonen er et lavterskeltilbud i Oslo kommune med tverrfaglig sexologisk kompetanse, helsesykepleier, psykolog og allmennlege. Målgruppen er personer i alderen 0 - 30 år som har spørsmål om kjønn, identitetsutvikling, seksualitet, kjønnsinkongruens og minoritetsstress. Helsestasjonen tilbyr undervisning av helsepersonell.

Helsestasjonen driver en [nasjonal chattetjeneste for ungdom \(ichatten.no\)](http://ichatten.no).

Det er planer om å etablere lignende tilbud i andre store norske kommuner som Bergen og Trondheim.

Sexologi

De fleste helseutdanninger gir begrenset kompetanse om sexologi. Både psykologer, fastleger, familierapeuter har tilegnet seg sexologisk utdanning. Sexologi er en tverrfaglig disiplin som omfatter seksuell helse. Sexologisk rådgivning er et studiepoenggivende videreutdanningstilbud for helsepersonell. Områdene i utdanningen omfatter kompetanse om blant annet kjønnsidentitet, kjønnsinkongruens og seksuell identitet.

PLISSIT – modellen eMetodebok (sexogsamfunn.no)

Modellen er en tilnærming i sexologisk rådgivning. Tilnærmingen er nyttig som utgangspunkt i samtale med personer med usikker kjønnsidentitet eller kjønnsinkongruens. Modellen vektlegger hva slags opplæring terapeuten må ha for å kunne intervensere på de ulike nivåene. Dersom behandleren ser at pasientens

behov krever henvisning til ekspertise på et høyere nivå i PLISSIT-modellen, skal en ikke gå for dypt inn i pasientens problemer og historie. Forslaget er å gi pasienten støtte og tilby hjelp til henvisning videre.

World professional association for transgender health (WPATH)

WPATH har utarbeidet internasjonale standarder for helsehjelp til personer som opplever kjønnsinkongruens og/eller kjønnsdysfori: [Standards of care for the Health and Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People \(SOC\) \(wpath.org\)](https://www.wpath.org/). WPATH's standard er oversatt til norsk: Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative (bufdir.no). Likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner og helsepersonell som utreder og behandler pasienter med kjønnsdysfori i Norge bruker standarden som et referansedokument.

Organisasjonen har ansvar for [Global Education Initiative GEI \(wpath.org\)](https://www.wpath.org/) som tilbyr kurs med sertifisering. Det er kurs for flere profesjoner innen medisinsk behandling, psykisk helse og kirurgi. Kursene er basert på tverrfaglig tilnærming (legge ved lenke)

Frivillige organisasjoner

Likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner tilbyr kompetanseheving og bidrar med å spre kunnskap om kjønnsidentitet, kjønns mangfold både til helsepersonell, elever, studenter og personell ved skoler og barnehager og i arbeidslivet. Undervisningen tar utgangspunkt i ulike temaer som likestilling, kjønn, seksualitet og kjønnsidentitet og mangfold.

- Sex og samfunn (sexogsamfunn.no) driver klinisk-, undervisnings- og formidlingsarbeid.
- [Pasientorganisasjonen for Kjønnsinkongruens PKI \(kjonnssinkongruens.no\)](https://www.kjonnssinkongruens.no/) er en pasientorganisasjon for personer med kjønnsinkongruens og deres familie og nære i Norge.
- Forbundet for transpersoner FTPN (ftpn.no) definerer sin målgruppe som alle mennesker som har et transtalent, og som i dag samlet sett gjerne kalles transpersoner.
- [Foreningen FRI \(foreningenfri.no\)](https://www.foreningenfri.no/) arbeider for likestilling og mot diskriminering av personer som bryter med normer for kjønn og seksualitet i Norge og i resten av verden.
- Rosa kompetanse (foreningenfri.no) er et undervisningsopplegg i regi av FRI som tilbyr opplæring og kompetanseøkning for ansatte i skole-, helse- og justissektoren.
- [Harry Benjamin ressurscenter HBRS \(hbrs.no\)](https://www.hbrs.no/) er landsdekkende pasientorganisasjon for personer som opplever kjønnsdysfori, kjønnsinkongruens og kjønnsidentitetsutfordringer og deres pårørende.
- Skeiv Ungdom - RESTART (skeivungdom.no) er en satsing for en trygg og inkluderende skole der alle uttrykker seg selv som personer selv vil.
- [Skeiv Verden \(skeivverden.no\)](https://www.skeivverden.no/) tilbyr kompetanseheving som primært retter seg mot fagpersoner, studenter og organisasjoner som ønsker økt kompetanse om mangfold.
- Stensveen ressurscenter (stenssveen.no) tilbyr kurs om trans og kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Kursene tilpasses målgruppe, tid og innhold, og passer for alle sammenhenger og virksomheter-private foretak, offentlig sektor, organisasjoner med store homogene grupper, videregående skoler, osv.
- [KUN - Senter for kunnskap og likestilling \(kun.no\)](https://www.kun.no/) er organisert som en stiftelse, og jobber med likestillingsspørsmål i bred forstand i med hensyn til alle diskrimineringsgrunnlagene i lovverket.
- Senter for likestilling (senterforlikestilling.no) skal samle og styrke forskning og kompetanse på kjønn og likestilling i Agder, styrke utdanning og formidling om kjønn og likestilling og være en drivkraft for økt likestilling i regionen.
- [Likestillingssenteret på Hamar \(likestillingssenteret.no\)](https://www.likestillingssenteret.no/) arbeider for å fremme likestilling mellom kjønnene.

Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på grunnlag av gjeldende helserettslige regler og Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn (regjeringen.no) og rapport om Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori (OUS Stab fag, 2018).

Det følger av forskrift om ledelse og kvalitetskontroll § 6 bokstav f (lovdata.no) at virksomheten skal ha "ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring." Videre skal virksomheten etter forskriftens § 7 bokstav b "sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet".

Retningslinjen viser til [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 (lovdata.no): Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Kommunene kan etterspørre veiledning og kompetanseoverføring.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 (lovdata.no): Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har tilsvarende veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

[Lovpålagte samarbeidsavtaler \(lovdata.no\)](#): Kommunene og spesialisthelsetjenesten kan samarbeide om utvikling og utveksling av kompetanse om kjønnsinkongruens.

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (lovdata.no): § 2 inkluderer krav om læringsutbytter om blant annet kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet.

Referanser

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin - Academy of Medicine of New Jersey*, 129(5), 674 -697.

OUS Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling. (2018). *Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori: rapport fra arbeidsgruppen (Vol. 2.0)*. Oslo: Oslo Universitetssykehus. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/seksjon/nyheter/Documents/Kj%C3%B8nnsdysfori%20Rapport%20utkast%20til>

Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold. (2018). (2.0 utg.). København: Sundhedsstyrelsen. Hentet fra https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/~/_media/DB10EF540F1F4A0D9B4EFCA713DE5BB5.ashx

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136.

WPATH. (2011). *Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative (7. utg.)*. The World Professional Association for Transgender Health. Hentet fra https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Norwegian.pdf

KAPITTEL: 5

Helse til alle kjønn – endringer i kodeverk

Sterk anbefaling

Spesialisthelsetjenesten bør følge klassifikasjonssystemet ICD-11 for diagnosekoding av personer med kjønnsinkongruens

Koden Z76.80 gjelder følgende pasienter: "Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder gjelder personer med en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn og tildelte kjønn. Koden omfatter både personer som opplever seg som enten kvinne/mann og de som opplever å være noe annet enn kvinne/mann.

Koden skal gjelde for personer som oppsøker helsehjelp med et ønske om å leve og bli akseptert som en person av det opplevde kjønn, gjennom hormonbehandling, kirurgi eller annen helsehjelp for å få kroppen til å samsvare, så mye som ønskelig og i den utstrekning det er mulig, med det opplevde kjønn.

Diagnosen kan ikke stilles før starten av puberteten eller på bakgrunn av oppførsel eller preferanser utenfor normen for det tildelte kjønn alene."

Koden Z76.81 gjelder følgende pasienter: "Kjønnsinkongruens i barndom gjelder barn med en markert inkongruens mellom et individs opplevde/uttrykte kjønn og det tildelte kjønn hos barn før puberteten. Koden omfatter barn med et sterkt ønske om å være av et annet kjønn enn det tildelte; en sterk motvilje hos barnet mot sine kjønnsorganer eller forventede sekundære kjønnskarakteristika og/eller et sterkt ønske om de primære og/eller sekundære kjønnskarakteristika som stemmer overens med det opplevde kjønn; og late som-lek, rollelek, leketøy, spill eller aktiviteter og lekekamerater som er typiske for det opplevde kjønn i stedet for det tildelte kjønn.

Inkongruensen må ha vedvart i cirka 2 år. Diagnosen kan ikke stilles på bakgrunn av oppførsel eller preferanser utenfor normen for det tildelte kjønn alene."

Praktisk – slik kan anbefalingen følges

Midlertidig overgang til nye diagnosekoder

I påvente av en nasjonal implementering av ICD-11 har Direktoratet for e-helse valgt å oppdatere klassifikasjon av kjønnsinkongruens i ICD-10. Koden F-64 «Kjønnsidentitetsforstyrrelser» inaktiveres sammen med følgende koder: F64.0 «Transseksualisme», F64.2 «Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen», F64.8 «Andre spesifiserte kjønnsidentitetsforstyrrelser» og F64.9 «Uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse».

Undertekster til nye 5-tegns-koder for kjønnsinkongruens i ICD-10

Direktoratet for e-helse har fastsatt ordlyden i oversettelsen av WHO's undertekster til de nye norske 5-tegns-kodene for kjønnsinkongruens. Informasjon om endringer og oppdatert kodeverk publiseres på [Kodeverket ICD-10 \(og 11\) \(e-helse.no\)](http://kodeverket.icd-10.no). I pasientadministrativt system vil brukerne av kodeverkene kun se kodetegn og kodetekst.

Tabell 1: Endring i koder og kodetekst for kjønnsinkongruens før og etter 1.1.2020

Kapittel "Psykisk lidelse og adferdsforstyrrelse", tilstandsbeskrivelse "Kjønnsidentitetsforstyrrelser" erstattes av nytt kapittel "Seksuell helse" og tilhørende tilstandsbeskrivelse "Kjønnsinkongruens". Oversettelse av kodetekst fra engelsk til norsk ved Direktoratet for e-helse.

ICD-10 før 1.1.2020	Oppdatering i ICD-10 etter 1.1.2020
<p>F64.2 Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen</p> <p>F64.8 Annen spesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse</p> <p>F64.9 Uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse</p>	<p>Z76.80 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder</p> <p>Z76.81 Kjønnsinkongruens i barndom</p> <p>Z76.89 Uspesifisert kjønnsinkongruens</p>
<p>F64.0 Transseksualisme</p> <p>Sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn.</p> <p>Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen.</p> <p>Ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å gjøre kroppen i mest mulig samsvar med det foretrukne kjønn, er vanlig.</p>	<p>Z76.80 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder</p> <p>Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder karakteriseres av en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn og tildelte kjønn, som ofte leder til et ønske om et "skifte", for å leve og bli akseptert som en person av det opplevde kjønn, ved hjelp av hormonbehandling, kirurgi eller annen helsehjelp for å få kroppen til å samsvare, så mye som ønskelig og i den utstrekning det er mulig, med det opplevde kjønn.</p> <p>Diagnosen kan ikke stilles før starten av puberteten.</p> <p>Diagnosen kan ikke stilles på bakgrunn av oppførsel eller preferanser utenfor normen for det tildelte kjønn alene.</p> <p>(Tilsvarende kode HA60 i ICD-11)</p>
<p>F64.2 Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen</p> <p>Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen er en lidelse som inntreffer i tidlig barndom (og alltid i god tid før puberteten), kjennetegnet ved et vedvarende og intenst ubehag ved eget kjønn, sammen med et ønske om (eller insistering på) å tilhøre det annet kjønn.</p>	<p>Z76.81 Kjønnsinkongruens i barndom</p> <p>Kjønnsinkongruens i barndom karakteriseres av en markert inkongruens mellom et individs opplevde/uttrykte kjønn og det tildelte kjønn hos barn før puberteten.</p> <p>Det inkluderer et sterkt ønske om å være av et annet kjønn enn det tildelte; en sterk motvilje hos barnet mot sine kjønnsorganer eller forventede sekundære kjønnskarakteristika og/eller et sterkt ønske om de</p>

<p>Det foreligger vedvarende opptatthet av klærne og aktivitetene til det annet kjønn, samt avsky for individets eget kjønn.</p> <p>Diagnosen krever en dyptgående forstyrrelse av den normale kjønnsidentiteten.</p> <p>Denne koden skal ikke brukes ved bare "gutteaktig" atferd hos jenter og "jenteaktig" atferd hos gutter.</p>	<p>primære og/eller sekundære kjønnskarakteristika som stemmer overens med det opplevde kjønn; og late som-lek, rollelek, leketøy, spill eller aktiviteter og lekekamerater som er typiske for det opplevde kjønn i stedet for det tildelte kjønn.</p> <p>Inkongruensen må ha vedvart i cirka 2 år.</p> <p>Diagnosen kan ikke stilles på bakgrunn av oppførsel eller preferanser utenfor normen for det tildelte kjønn alene.</p> <p>(Tilsvarende kode HA60 i ICD-11)</p>
<p>F64.8 Annen spesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse</p> <p>F64.9 Uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse</p>	<p>Z76.89 Uspesifisert kjønnsinkongruens</p>

Kilde: Direktoratet for e-helse

Hovedprinsipp ved koding

Behandler legger vekt på å finne den koden som gir den mest presise beskrivelsen av tilstanden (sykdommen/symptomet) eller prosedyren (undersøkelsen/behandlingen) som kodes. Det er bare det som er relevant for den aktuelle episoden som kodes. I veiledningen til hvert kodeverk er det også regler for hva som kodes og ikke kodes: [Kodeverk \(ehelse.no\)](http://kodeverk.ehelse.no).

Kodeverket ICPC-2E i primærhelsetjenesten

Kodeverket omfatter **dokumentasjon av kontaktårsaker, helseproblemer og diagnoser**. Kodeverket har grove kategorier. Det er ikke planlagt å lage egne koder for kjønnsinkongruens i ICPC-2. Henvendelser angående kjønnsinkongruens kodes med P09: Seksuell legning, bekymret for.

Ønske om endringer meldes inn til Direktoratet for e-helse, direktoratet forankrer eventuelle endringer i ICPC-2 i en referansegruppe før publisering.

Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på

Sammendrag

I 2010 oppfordret The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (wpath.org) verdensledende Non-Governmental Organization (NGO) på transhelse, til en holdningsendring: å være ikke-kjønnsnormativ handler om mangfold og ikke om psykopatologi eller avvik. Det er ingen holdepunkter for at kjønnsinkongruens er en psykisk lidelse eller adferdsforstyrrelse.

[Verdens helseorganisasjon \(who.org\)](http://verdenshelseorganisasjon.who.org) har fulgt internasjonal konsensus og flyttet kjønnsidentitetsforstyrrelse fra kapitlet «Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser» i ICD-10 til kapitlet «Tilstander relatert til seksuell

helse» i ICD-11. Selv om flere har tatt til orde for at diagnosen «kjønnsinkongruens» burde fjernes fullstendig fra diagnosesystemet, har WHO valgt å beholde en diagnose, også fordi helsehjelp er knyttet til diagnoser (Reed et al., 2016; Reed et al., 2019)

Navnet på tilstanden er endret fra «Kjønnsidentitetsforstyrrelse» i ICD-10 til «Kjønnsinkongruens» i ICD-11. Med det anerkjennes et skifte fra å se på kjønnsidentitet som «forstyrret» til å akseptere et mangfold av ulike kjønnsidentiteter og uttrykk som normal variasjon av menneskelig natur. Hele ICD-11 vil implementeres i Norge i løpet av noen år. Det er unntak for «Kjønnsinkongruens» som innføres fra 2020 og enkelte andre tilstander.

Referanser

Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., ... Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205-221.

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 3-19.

KAPITTEL: 6

Om retningslinjen

Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens er et resultat av et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget var å "Utarbeide normerende dokument/faglige anbefalinger om behandling av kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens jf. tiltak 27" i "Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2017–2020)" (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Retningslinjen er også et resultat av et uttrykt ønske i fag-, bruker- og interessemiljøer, om en stadfesting av helsetilbudet til personer som opplever kjønnsinkongruens.

Bakgrunn

Helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori var tema for arbeidet til en offentlig nedsatt ekspertgruppe i 2013. Gruppen skrev rapporten: «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» (regjeringen.no) (Helsedirektoratet, 2015). En av anbefalingene var å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje. Rapporten utredet også vilkår for endring av juridisk kjønn, som resulterte i Lov om endring av juridisk kjønn (*Lov om endring av juridisk kjønn*, 2016).

Den offentlige debatten om helsehjelp for transpersoner har allmenn interesse. Helsemyndighetene har mottatt bekymringer om manglende helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens fra likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner, fagpersoner og offentlige institusjoner. Henvendelser understreker behovet for en nasjonal faglig retningslinje.

Rapporten "Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn" og «Rapport fra arbeidsgruppen Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori» (OUS Stab fag, 2018) viser at det var enighet om en betydelig desentralisering og differensiering av helsetilbudet. Det kom også frem behov for kompetanseløft på alle nivåer i helsetjenesten, og utfordringer med nye koder og plassering av tilstanden kjønnsinkongruens i ICD-11. Det er behov for undervisning om kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori i helse- og sosialfagutdanningene, forskningsprosjekter og sentralisering av konstruksjon av kjønnsorgan og komplisert endokrinologisk behandling

I rapportene var det uenighet om ansvar og rolle for Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) og hvilke deler av behandlingstilbudet som kan desentraliseres regionalt og lokalt.

I utarbeidelsen av retningslinjen har Helsedirektoratet lyttet til brukere av helsetjenestene og til fagpersoner. Helsedirektoratet arrangerte i 2017 et rådslag for å få innsikt i utfordringer og problemstillinger. I 2019 gjennomførte direktoratet to heldagsmøter med en bredt sammensatt referansegruppe, som ga innspill til prosessen og bidro til god dialog.

Kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori

Kjønnsinkongruens beskrives som et manglende samsvar mellom det juridiske og sosiale kjønn eller kjønnskategori en person ble tildelt ved fødsel, og personens opplevelse av egen kjønnsidentitet. Mange lever gode liv med sin kjønnsinkongruens.

Andre utvikler en kjønnsdysfori med symptomer som sterk psykisk smerte, dypt ubehag eller plager som en følge av manglende samsvar mellom egen kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk og det kjønn som de fikk tildelt ved fødsel. Målsettingen med kjønnsbekreftende behandling er å dempe eller å fjerne dysforien.

Personer som opplever kjønnsdysfori er ingen ensartet gruppe. Personene har beskrevet seg og blitt beskrevet som blant annet transpersoner, transvestitter, transkjønnede, binære, ikke-binære eller som personer som får diagnosen transseksualisme.

I 2019 fjernet Verdens helseorganisasjon diagnosen transseksualisme, som siden 1990 har vært klassifisert som kjønnsidentitetsforstyrrelse i kapittelet om «Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser» i ICD-10.

Mange har opplevd klassifikasjonen og de diagnostiske kriteriene for transseksualisme som stigmatiserende og som en unødig sykeliggjøring av ulike kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk.

I ICD-11 blir kjønnsinkongruens klassifisert som en faktor som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten. Dermed er det ikke klassifisert som en psykisk lidelse hos den enkelte. Endringene tas inn i ICD-10 i januar 2020.

Rettslige rammer

Helsedirektoratets anbefalinger i retningslinjen gis innenfor det gjeldende regelverket på området. De menneskerettslige reglene som legger føringer for retningslinjearbeidet følger dels av Grunnloven, menneskerettsloven og de aktuelle menneskerettskonvensjonene.

Nasjonale helserettslover som er aktuelle for personer med kjønnsinkongruens og/eller kjønnsdysfori, er særlig pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Personer med kjønnsinkongruens har de samme rettighetene og prioriteringskriteriene som andre: Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig, tilgjengelig, av god kvalitet, og helhetlige pasientforløp.

Retningslinjens anbefalinger må forstås på bakgrunn av de helserettslige grunnprinsippene om blant annet:

- forsvarlig tjenesteyting
- brukervedvirkning
- taushetsplikt og vern av personsensitive opplysninger
- samtykke
- informasjon tilpasset mottakerens forutsetninger som f.eks. alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn

Barnets vern etter Grunnloven og Barnekonvensjonen

Det følger av grunnlovens §104 andre ledd at «Ved handlingar og i avgjerder som vedkjem born, skal kva som er best for barnet, vere eit grunnleggjande omsyn. Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.» Det som etter en helhetsvurdering er best for barnet, skal tillegges vekt som et grunnleggende hensyn i alle avgjørelser. I vurderingen inngår barnets rett til identitet, helse og utvikling.

Retningslinjens omfang og avgrensning

Retningslinjen beskriver organisering, oppgave- og funksjonsfordeling av et desentralisert og differensiert helsetilbud. Retningslinjen viser til ansvaret til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Retningslinjen er overordnet når oppgaver og funksjonsfordeling omtales.

Retningslinjen omfatter ikke detaljerte anbefalinger om den kliniske tilnærmingen i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging av medisinske og/eller kirurgiske intervensjoner eller tiltak. Retningslinjen gir ikke anbefalinger om hvordan, for eksempel hvilke teknikker, dosering eller metoder som kan anvendes. I en faglig

retningslinje med kliniske spørsmål er det nødvendig med andre metodiske tilnærminger og krav til kunnskapsgrunnlag for anbefalingene.

I 2019 har Verdens helseorganisasjon vedtatt ICD-11 og den gamle kodemanualen vil fases ut. Kodene i ICD-11 legges til grunn for anbefalingene i Helsedirektoratets retningslinje.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Sør-Øst oppdrag om å opprette differensierte og desentraliserte tilbud om helsehjelp. Dette kommer i tillegg til den høyspesialiserte tjenesten ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Et forslag om å innføre flere offisielle, kjønnskategorier enn to, er utenfor denne retningslinjens oppdrag.

Målgrupper for retningslinjen

Retningslinjens målgruppe er ledelse og helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre som tilbyr tjenester til personer med kjønnsinkongruens og/eller kjønnsdysfori. Retningslinjen gjelder også private tilbydere

Andre målgrupper er:

- likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner
- utdanningsinstitusjoner
- barnevern
- frisklivssentraler
- barnehager og skoler

Pasientmålgruppe er personer med kjønnsinkongruens med eller uten kjønnsdysfori, deres familier og pårørende.

Arbeidsprosess

Arbeidet har vært prosjektorganisert med styringsgruppe og prosjektgruppe i Helsedirektoratet. Prosjektgruppen har hatt redaksjonelt ansvar for innholdet. Utkast er forelagt en ekstern referansegruppe. Referansegruppen har hatt en bred representasjon fra helsetjenesten og likeperson-, bruker- og interesseorganisasjoner.

Kunnskapsgrunnlag

Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens er utarbeidet med vekt på brukermedvirkning, tverrfaglighet, tilgjengelig dokumentasjon og erfaring fra praksis. Kunnskapsgrunnlaget er basert på arbeidet med «Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn» 2015, innspill i forbindelse med Rådslag i Helsedirektoratet 2017 og møter med referansegruppen i januar og juni 2019.

Kunnskapsgrunnlaget for et desentralisert og differensiert helsetilbud til personer med kjønnsinkongruens støttes i flere nasjonale retningslinjer, standarder og veiledere. Anbefalingene er utarbeidet på bakgrunn av "Standarder for behandling og helseomsorg for transseksuelle, transpersoner og personer som ikke er kjønnsnormative" (WPATH, 2011) og faglige anbefalinger fra andre land (Hembree et al., 2017; Socialstyrelsen, 2015a, 2015b; Sundhedsstyrelsen, 2018; Telfer, Tollit, Pace, & Pang, 2018).

Kunnskapsgrunnlaget for behandling av kjønnsdysfori er av varierende kvalitet. Det er behov for studier med flere deltagere, med tilfredsstillende redegjørelse for seleksjon av deltagerne og studiedesign. Det er ikke funnet randomiserte, kontrollerte studier om behandling av barn, ungdom og voksne som handler om kjønnsinkongruens eller kjønnsdysfori. Det er sannsynligvis ikke mulig å gjennomføre studier med

randomisering som kan vurdere effekter av behandling av personer med kjønnsdysfori. Forskning med andre studiedesign har en lav eller svært lav kvalitet. Det er behov for effektstudier som følger pasienter for både virkning, bivirkning og som får eller har fått behandling.

Der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap eller overføringsverdien fra studier er lav, blir det lagt større vekt på klinisk kunnskap og brukerkunnskap.

Forekomst

Forekomst av kjønnsinkongruens med kjønnsdysfori er usikker og det mangler studier av god kvalitet. Flere behandlingssteder i Skandinavia opplever større pågang. Om det er på grunn av økende forekomst eller fordi det oppleves enklere "å komme ut" og få helsehjelp er ikke dokumentert. Et estimat er en dobling av pasienter som oppsøker helsehjelp hvert femte eller sjette år (WPATH, 2011). I den voksne befolkningen er det et usikkert estimat. Blant barn og unge er tallet noe høyere, fordi flere har usikker kjønnsidentitet i barne- og ungdomsårene. En gruppe pasienter som er rapportert økende, er barn og unge under 18 år.

Oversikt over medlemmer av styrings-, prosjekt- og referansegruppe

Referansegruppe - habilitet til deltagerne har ikke vært vurdert

- Aleksander Sørli, Nestleder, Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI)
- Anders Cameron, Seniorrådgiver, Barneombudet
- Anne Wæhre, Overlege, pediater, leder NBTS – barn, Helse Sør-Øst RHF v/Oslo universitetssykehus (OUS)
- Are Dahl Michaelsen, Psykologspesialist, NBTS – voksen, Helse Sør-Øst v/Oslo universitetssykehus (OUS)
- Ask Aleksi Berglund, Politisk nestleder, Skeiv ungdom
- Asle Offerdal, Psykologspesialist, Privat praksis, Oslo
- Avi Ring, Forsker nevrofysiologi og biofysikk, Gender Identity Challenge - Scandinavia GENID
- Benjamin Solvang, Styreleder, Harry Benjamin ressurscenter (HBRS)
- Dag Holte, Psykologspesialist, Stavanger, privat praksis med driftsavtale
- Elin Corneliusen, Styremedlem, Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI)
- Elisabeth Swensen, Fastlege, kommuneoverlege Seljord, Den norske legeförening v/Norsk forening for allmenntmedisin (NFA)
- Erling Bjordal, Medlem i referansegruppen til NBTS, Universitetssykehuset i Nord Norge, HF
- Esben Esther Pirelli Benestad, Professor i sexologi, Universitet i Agder (UIA), Grimstad
- Eva Henriksen, Representant, Norges Handikapforbunds Ungdom
- Finn Christian Lindeløf, Leder, Forbundet for transpersoner i Norge (FTPN)
- Giedre Grigelioniene, Overlege i klinisk genetik, pediater, Gender Identity Challenge - Scandinavia GENID
- Haakon Aars, Psykiater, samfunnsmedisiner og klinisk sexolog (NACS), Institutt For Klinisk Sexologi og Terapi AS
- Halfdan Vier Simensen, Plastikk kirurg, generell kirurg, Aviva Helse AS, Oslo
- Helle Holst Langseth, Seniorrådgiver, Likestilling og diskrimineringsombudet
- Hilde Johanne Bjørndalen, Fagenhetsleder barneendokrinologi og diabetes, Helse Sør-Øst v/Oslo universitetssykehus (OUS)
- Ingun Wik, Avdelingsleder, helsesykepleier, sexolog, Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS), Oslo kommune
- Irmeli Rehell Øistad, Fagsjef, Regionalt fagråd, Psykisk helsevern, Helse Sør- Øst (HSØ)
- Janecke Thesen, Allmenntmedisiner, samfunnsmedisiner, Den norske legeförening v/Norsk forening for allmenntmedisin (NFA)

- Karin Svens, Phd. Toksikologi, Gender Identity Challenge - Scandinavia GENID
- Kim Tønseth, Klinikkssjef, leder NBTS – voksen, Helse Sør-Øst RHF v/Oslo universitetssykehus (OUS)
- Kjell Vidar Husnes, Plastikk kirurg, Helse Sør-Øst RHF v/Oslo universitetssykehus (OUS)
- Knut Skolleborg, Plastikk kirurg, Den norske legeforening v/Norsk Plastikkirurgisk Forening
- Lene Kjelkenes Bjørnsen, Sykepleier, plastikkirurgisk avdeling, Norsk sykepleierforbund (NSF)
- Luca Dalen Espseth, Rådgiver på kjønns mangfold, FRI foreningen for kjønns- og seksualitets mangfold
- Maret Krannich, Fastlege, kommuneoverlege, Askvoll kommune, Sogn og Fjordane
- Mari Bjørkman, Fastlege, Rosenhoff Legegruppe, Oslo, Den norske legeforening v/Faggruppe for lesbisk- homofil-, bifil- og transhelse
- Mari Ymjør Hagen, Psykologspesialist, Helse-Midt RHF v/ St Olav - BUP Poliklinikk Saupstad
- Marit Rønstad, Adjunkt, Gender Identity Challenge - Scandinavia GENID
- Marius Oliver Rønning, Sentralstyremedlem og medlem av minoritetsutvalget, Mental Helse Ungdom
- Mathilde Decaen, Daglig leder, Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI)
- Mikael Bjerkeli, Seniorrådgiver, Harry Benjamin ressurscenter (HBRS)
- Ragnar Nesvåg, Spesialrådgiver, lege, Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling
- Robin Leander Wullum, Nestleder, Skeiv ungdom
- Ronny K Solvang Aaserud, Psykologspesialist, Vestre Viken DPS, Bærum
- Rose Solomonsen, Psykologspesialist, Helse Nord RHF v/Salten DPS, Nordlandssykehuset HF
- Silje-Håvard Bolstad, Psykologspesialist, Psykologforeningen v/Psykologfaglig nettverk for seksualitets- og kjønns mangfold
- Siri Gunn Simonsen, Styremedlem Stiftelsen Stensveen, Stensveen ressurscenter
- Sofie Brune, Styremedlem, Forbundet for transpersoner i Norge (FTPN)
- Sonja Nilsen, Leder foreldreforening, Foreldre og familieforeningen v/Harry Benjamin ressurscenter, (HBRS)
- Thomas M. Tønseth, Fastlege, sexolog, Brynsenglegene, Oslo
- Thomas Schreiner, Endokrinolog, NBTS-voksen, Helse Sør-Øst RHF v/Oslo universitetssykehus (OUS)
- Tone Bjørnson Aanderaa, Helsesykepleier, Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS), Oslo, Norsk sykepleierforbund (NSF) v/Landsgruppen av helsesykepleiere
- Tone Maria Hansen, Daglig leder, Harry Benjamin ressurscenter (HBRS)
- Trond F. Aarre, Avdelingssjef, psykiater, Helse Vest RHF v/Nordfjord psykiatrisenter, Helse Førde HF
- Trude Slettvoll Lien, Nestleder, psykiatrisk sykepleier, sexolog, Norsk forening for klinisk sexologi (NFKS)

Styringsgruppe

- Leder, divisjonsdirektør Geir Stene Larsen, Divisjon Kvalitet og forløp til 20.8. 2019
- Leder, divisjonsdirektør Johan Georg Røstad Torgersen fra 20.8 2019
- Avdelingsdirektør Torunn Janbu, Avdeling for spesialisthelsetjeneste
- Avdelingsdirektør Ellen Margrethe Carlsen. Avdeling barne- og ungdomshelse
- Avdelingsdirektør Helga Katharina Haug, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Avdelingsdirektør Morten Græsli, Avdeling retningslinje og fagutvikling

Prosjektgruppe

- Prosjektleder, seniorrådgiver Brit Roland
- Seniorrådgiver Edel Camilla Holene
- Seniorrådgiver Arild Johan Myrberg
- Seniorrådgiver Toril Kolås fra 30.2 2019
- Seniorrådgiver Knut Erlend Bergan fra 30.5 2019
- Seniorrådgiver Cecilie Aasen til 30. 3. 2019
- Seniorrådgiver Karin Stubberud Stey til 30. 5. 2019
- Fagsjef Svein Lie til 1.9.2019

