



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Fra «transseksualisme» til «kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder»: Hva er grunnlaget for diagnoseendringen, og hvordan kan den påvirke tilbudet om kjønnsbekreftende helsehjelp for voksne?

Hanna Pauline Eick Menes

MED-3950 Masteroppgave i Medisin

Juni 2022

Veileder: Anne Høye



Forord

Tilgang til og organisering av kjønnsbekreftende helsehjelp i Norge er viktig, og temaet har blitt diskutert i flere år. I 2019 skrev jeg en oppgave på medisinstudiet om behandlingsmodeller for kjønnsbekreftende helsehjelp i lys av WHO sin nyeste revisjon av International Classification of Diseases. Nå som de nye nasjonale retningslinjene i Norge har blitt publisert ser jeg på det som viktig å fortsette arbeidet med å undersøke hvordan kjønnsbekreftende helsehjelp kan se ut i Norge. Med denne masteroppgaven har jeg ønsket å gjennomføre en litteraturstudie som forhåpentligvis kan bidra til å belyse tematikken.

En stor takk rettes til Ingun Wik, klinikksjef, sexolog og sykepleier ved Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo, som har hjulpet meg med å finne en relevant problemstilling til denne masteroppgaven. Videre takker jeg Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad for anbefaling av litteratur til masteroppgaven. Universitetsbibliotekar Eirik Reierth har veiledet med til å opparbeide et relevant litteratursøk, dette takker jeg ham for.

En spesiell stor takk til min veileder Anne Høye professor i psykiatri ved Institutt for Klinisk Medisin og overlege på Universitetssykehuset Nord Norge Åsgård. Hennes veiledning har vært helt uvurderlig for denne masteroppgaven.



Hanna Pauline Eick Menes

Eidsfoss, 08.04.2022

Innholdsfortegnelse

i.	Sammendrag.....	
ii.	Forkortelser og ordforklaringer.....	
1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Kjønnsbekreftende helsehjelp: et kunnskapsgrunnlag.....	1
1.2.1	Arbeidet med ICD-11.....	1
1.2.2	Bakgrunn for opprettelse av tilstanden kjønnsinkongruens i ICD-11.....	2
1.2.3	WPATH.....	3
1.3	Norsk kontekst.....	3
1.3.1	Aktører som tilbyr kjønnsbekreftende helsehjelp.....	4
1.3.2	Former for kjønnsbekreftende helsehjelp.....	4
1.3.3	Kjønnsbegrepet: binært eller ikke-binært?.....	5
1.3.4	Informert samtykke eller portvokting?.....	6
1.3.5	Avventing av behandling eller tidlig intervensjon?.....	6
1.3.6	Monopol eller desentralisering av behandlingstilbudet?.....	7
1.4	Formål med oppgaven.....	8
2	Materiale og metode.....	9
2.1	Seleksjonskriterier.....	9
2.2	Databasesøk.....	9
2.3	Datainnsamling.....	10
3	Resultater.....	11
3.1	Systematisering av artiklene.....	14
3.1.1	Diskusjon av kjønnsidentitet i et historisk perspektiv.....	15
3.1.2	Retrospektive spørreundersøkelser med utgangspunkt i ICD-11.....	16
3.1.3	Faglig baserte diskusjonsartikler i lys av endringen i ICD-11.....	21
4	Diskusjon.....	25

4.1	Friskmelding av kjønns mangfoldet.....	25
4.1.1	ICD-10: når hverken diagnosen eller behandlingstilbudet stemmer	25
4.1.2	Ikke lenger ansett som en psykisk lidelse	27
4.1.3	Individualisert helsehjelp	28
4.1.4	Kortere utredningstid.....	29
4.2	De organisatoriske endringene i lys av ICD-11	33
4.2.1	Tverrfaglig oppfølging	33
4.2.2	Desentralisering?	34
4.2.3	Forbedre kunnskapen til helsepersonell	37
4.2.4	Refusjon	37
4.2.5	Aktivisme og faglighet	38
4.3	Styrker og svakheter.....	40
5	Konklusjon	40
	Referanseliste	43

i. Sammendrag

Bakgrunn: I 2019 godkjente alle medlemslandene av Verdens helseorganisasjon (WHO) den ellefte versjonen av diagnosemanualen International Classifications of Diseases (ICD-11). Der har diagnosen «F64.0 Transseksualisme» under kapittelet «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» fra ICD-10 blitt erstattet med «Z76.80 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder» under det helt nye kapittelet «Tilstander relatert til seksuell helse». I kjølvannet av dette ble Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens publisert i 2020. Både før og etter publiseringen av retningslinjen har det vært usikkerhet og uenighet om hvordan tilbudet om kjønnsbekreftende helsehjelp burde se ut i Norge. Formålet med denne litteraturstudien er å undersøke grunnlaget for og betydningen av diagnoseendringen i ICD-11, og hvilke konsekvenser denne endringen kan få for helsetjenestetilbudet for helseerettsmyndige personer.

Materiale og metode: Et systematisk søk i databasen «Embase Classic+Embase 1947 to 2021 December 13» og kommunikasjon med psykolog og sexolog Elsa Almås resulterte i et utvalg artikler som tilfredsstilte seleksjonskriteriene.

Resultater: 13 artikler ble identifisert. De inkluderte artiklene omfatter diskusjon av kjønnsidentitet i et historisk perspektiv, retrospektive undersøkelser med utgangspunkt i diagnoseendringen og faglig baserte diskusjonsartikler. Litteraturen beskriver grundig hvorfor kjønnsinkongruens ikke burde være en psykiatrisk diagnose av både diagnostiske, menneskerettighetsårsaker, helsemessige og juridiske årsaker. I lys av diagnoseendringen diskuteres overordnede tematikker som individualisering av helsehjelp, kortere utredningstid og opprettelse av tverrfaglige team som mulige og positive konsekvenser for praksis. Litteraturen er i stor grad basert på klinisk erfaring fra fagfolk og deres subjektive meninger forfattet i artikler.

Konklusjon: Litteraturen viser en bred enighet for depsykiatisering av kjønnsinkongruens og for tilstandens nye plassering i kapittelet om seksuell helse. Litteraturen avklarer ikke hva diagnoseendringen i ICD-11 vil bety for praksis, men de overordnede tematikkene om individualisering av helsehjelp, kortere utredningstid og opprettelse av tverrfaglige team samsvarer med den nasjonal faglige retningslinjen. Det er uklart hvilket resultat helseerettsmyndige personer vil kunne oppnå med innføring av ny praksis, og det trengs mer forskning som kan bidra til å forbedre helsetjenestetilbudet til transpersoner.

ii. Forkortelser og ordforklaringer

Binær – todelt, at for eksempel kjønnsidentitet er delt i to kategorier.

Depatologisering – å ikke lenger betegne en tilstand som en sykdom.

Patologisering – en psyko-medisinsk, juridisk eller kulturell praksis med å identifisere en egenskap, individ eller populasjon som forstyrret (1).

Depsykiatrisering – å ikke lenger betegne en tilstand som en psykisk lidelse.

Ikke-binær – ikke-todelt, en ikke-binær person har en kjønnsidentitet som ikke kategoriseres som mann eller kvinne.

ICD-10 – International Classification of Diseases, revisjon 10

ICD-11 – International Classification of Diseases, revisjon 11

Kjønnsdysfori – psykisk eller fysisk ubehag knyttet til opplevelse av manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og kjønn registrert ved fødsel.

Kjønnsinkongruens – mangel på samsvar mellom det kjønn man ble registrert som ved fødsel og opplevd kjønn.

Kjønnskreativitet – å uttrykke kjønnsidentiteten sin på en kreativ og normbrytende måte.

NBTK – Nasjonal Behandlingstjeneste for Kjønnsinkongruens

Normativ – etter normene. Noe som følger samfunnets rammer og forventinger om hvordan noe burde være.

PKI – Pasientorganisasjonen for Kjønnsinkongruens

SOC – Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender

Nonconforming People

Transkjønnet – manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og kjønn registrert ved fødsel.

Transseksualisme – tidligere diagnose i ICD-10. Tradisjonelt sett var diagnosen basert på et todelt syn på kjønn, der man enten er mann registrert kvinne ved fødsel, eller kvinne registrert mann ved fødsel.

Transisjonsprosess – en prosess der man gjør sosiale eller medisinske tiltak for å oppleve større kongruens med sin kjønnsidentitet.

WHO – World Health Organization. Norsk: Verdens helseorganisasjon

WPATH – World Professional Association for Transgender Health

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I januar 2019 skrev jeg en oppgave på medisinstudiet om kjønnsbekreftende helsehjelp. Den hadde som hovedformål å oppsummere forskning som sammenliknet behandlingsmodellene informert samtykke og portvokting (henholdsvis informed consent og gatekeeping), og det sekundære formålet med oppgaven var å diskutere hvilke praksisendringer som kunne være aktuelle i Norge sett i lys av forskningslitteraturen, informasjon fra fagkyndige på området og endringene i International Classification of Diseases 11 (ICD-11) (2). Oppgaven skrev jeg kort tid etter at Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt utkast av ICD-11 ble publisert og rett før utarbeidelsen av Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens begynte i Oslo (3). I juni 2020 ble den nasjonal faglige retningslinjen ferdigstilt, og jeg ser på det som viktig å videreføre arbeidet med å undersøke hvordan behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens kan se ut.

1.2 Kjønnsbekreftende helsehjelp: et kunnskapsgrunnlag

For å forstå grunnlaget for den nye nasjonale retningslinjen, diskusjonen rundt organiseringen av kjønnsbekreftende helsehjelp og den norske konteksten er det viktig å kunne litt om bakgrunnen for diagnosemanualen ICD, utarbeidelsen av det nye kapittelet om seksuell helse I ICD-11 og organisasjoner som jobber for transpersoners rettigheter.

1.2.1 Arbeidet med ICD-11

Ifølge WHO, som utarbeider diagnosemanualen ICD, er formålet at den skal være en diagnostisk klassifikasjonsstandard som kan brukes både klinisk og til forskning (4). Manualen er et verktøy for å kunne lagre og sammenlikne data mellom sykehus og institusjoner, og den kan brukes til å analysere data over tid og til å utarbeide et grunnlag for kunnskapsbasert medisin (5).

Grunnet kompleksiteten bak det å revidere nye retningslinjer for kjønnsinkongruens har to forskjellige avdelinger i WHO arbeidet sammen; Psykisk helse og rusmiddelavhengighet, og Reproductiv helse og forskning (6). Arbeidsgruppen har tatt for seg tematikken med hensyn til primær- og spesialisthelsetjenesten, sosialtjenester og juridiske rettigheter, og gikk

gjennom relevant forskning opp mot revisjonstidsarbeidet. For å få best mulig kunnskap rundt de overnevnte områdene undersøkte de aktuelle retningslinjer og forhørte seg med klinikers erfaring med ICD-10. Med dette som bakgrunn har arbeidsgruppen revidert de diagnostiske retningslinjene for ICD-11.

I mai 2019 godkjente alle medlemslandene av WHO den ellevte versjonen av ICD (7). I den ellevte revisjonen har diagnosen «F64.0 Transseksualisme» under kapittelet «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» blitt erstattet med «Z76.80 Kjønnssinkongruens i ungdom og voksen alder» under det helt nye kapittelet «Tilstander relatert til seksuell helse» (engelsk: Conditions related to Sexual Health) (3).

1.2.2 Bakgrunn for opprettelse av tilstanden kjønnssinkongruens i ICD-11

Kjønnssinkongruens er en tilstand som går ut på at en person opplever manglende samsvar mellom kjønnssidentitet og registrerte kjønn ved fødsel. Tilstanden erstattet diagnosen transseksualisme underveis i arbeidet med det nye kapittelet om seksuell helse i ICD-11. I en offisiell uttalelse fra WHO begrunnes opprettelsen av kjønnssinkongruens under det nye kapittelet med at man nå både har en faglig forståelse av at tilstanden ikke er en psykisk lidelse, samt at denne forståelsen også speiles i store deler av samfunnet (8). WHO uttaler også at den tidligere kategoriseringen førte til unødvendig stigma, og at diagnoseendringen kan øke tilgangen på helsehjelp til de som måtte ønske dette. WHO's begrunnelse for at det fortsatt skal eksistere en diagnosekode for kjønnssinkongruens er for å tilrettelegge og anerkjenne behovet for tilgang på kjønnsbekreftende helsehjelp (8).

Diagnosen «transvestisme» ble først opprettet i ICD-8 i 1965, og da visste man svært lite om etiologien bak kjønnssinkongruens. Det var derfor praktiske og tilfeldige årsaker til at diagnosene ble plassert under kapittelet om psykiske lidelser, samt at plasseringen muligens kan forklares av datidens holdninger til kjønn (9). Opprettholdelsen av klassifikasjonen ble videreført fram til og med ICD-10, da ble diagnosen kalt transseksualisme (10). Man vet fortsatt ikke hvordan kjønnssidentitet utvikler seg hos mennesker (9), og det finnes ingen forskningsbasert måte å skille mellom normal og avvikende kjønnssidentitet på (10).

I 2015 publiserte WHO en rapport på seksuell helse, menneskerettigheter og lovregulering, der skriver de at det er få passende, ikke-diskriminerende og tilgjengelige helsetjenestetilbud for personer med kjønnssinkongruens (6). Rapporten viste til at manglende tilgang på relevant

helsehjelp og informasjon har hatt en negativ påvirkning på transpersoners psykiske og fysiske helse; blant annet har det økt HIV-assosiert risikoferd, depresjon, angst, rusmiddelavhengighet og selvmord. I tillegg ble det vist til at mange transpersoner administrerer hormonbehandling av varierende kvalitet uten resept eller oppfølging av helsepersonell, som kan ha alvorlige helsekonsekvenser. I lys av denne rapporten ble det tydeliggjort at det var viktig å revidere ICD-10 for å bidra til tilgjengeliggjøring av kjønnsbekreftende helsehjelp og avstigmatisering av tilstanden. Da ICD-11 ble godkjent hadde det gått 28 år siden ICD-10 ble lansert. Det er den lengste tiden det har gått mellom to revisjoner av ICD.

Kjønnsinkongruens har tidligere blitt introdusert som begrep av American Psychiatric Association (APA); i 2010 ble kjønnsinkongruens foreslått som diagnose av APA i den femte versjonen av diagnosemanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (11). Diagnosen kjønnsdysfori ble valgt framfor kjønnsinkongruens fordi DSM er en manual kun for psykiske lidelser; det ble dermed viktig at diagnosen omhandlet det psykiske ubehaget som personer med kjønnsinkongruens kan oppleve om kjønnsidentiteten ikke samsvarer med kjønn registrert ved fødsel.

1.2.3 WPATH

En sentral, internasjonal fagorganisasjon er World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Organisasjonen ble opprettet i 1979 og utgir en retningslinje for kjønnsbekreftende helsehjelp som kalles Standards of Care (SoC). Internasjonalt retter mange klinikere retter seg etter SoC, og i flere europeiske land utarbeides det retningslinjer basert på denne (12). WPATH oppgir på sine hjemmesider at deres oppdrag er «å fremme evidensbasert helsehjelp, utdanning, forskning, offentlige retningslinjer og respekt for transkjønnet helse» (min oversettelse) (13). Organisasjonen består av fagfolk fra felt som medisin, psykologi, sexologi, sosialarbeid og juss. Man kan også være støttemedlem i WPATH uten å være fagkyndig, for eksempel som aktivist, men da har man ikke stemmerettigheter.

1.3 Norsk kontekst

Diskusjonen om kjønnsbekreftende helsehjelp for helserettsmyndige personer i Norge har i stor grad omhandlet disse temaene:

- Om kjønnsbegrepet skal være binært eller ikke-binært
- Informert samtykke versus portvokting
- Avventing av behandling eller tidlig intervensjon
- Monopol eller desentralisering av behandlingstilbud

I innledningen til denne litteraturstudien skal jeg begynne med å introdusere hva kjønnsbekreftende helsehjelp innebærer og hvilke aktører som tilbyr kjønnsbekreftende helsehjelp i Norge. Videre skal jeg gå i dybden på alle de overnevnte punktene for å etablere et godt kunnskapsgrunnlag som er viktig å ha med videre i oppgaven.

1.3.1 Aktører som tilbyr kjønnsbekreftende helsehjelp

Nasjonalt behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) er en del av Oslo universitetssykehus. De er den eneste aktøren i Norge som kan tilby kjønnsbekreftende helsehjelp på blå resept, som vil si at man får refundert store deler av hva behandlingen koster av staten. For voksne gjøres utredningen av Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne (AKV) underlagt NBTK. AKV består av spesialutdannede psykologer, leger, sykepleiere og sekretærer, ifølge Oslo universitetssykehus sine hjemmesider.

Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS) er en helsestasjon i Oslo kommune og tilbyr helsehjelp til alle under 30 år. På helsestasjonen jobber det lege, psykolog, helsesøster og sexologiske rådgivere, og helsestasjonen har spesialkompetanse på transtematikk, kjønnsidentitet og seksualitet, ifølge Oslo kommunes hjemmesider.

Noen leger med spesialisering i allmennmedisin som har kompetanse innen transtematikk og/eller sexologi tilbyr også kjønnsbekreftende helsehjelp til sine pasienter (14). Hverken HKS eller allmennlegene kan gi behandlingen på blå resept.

1.3.2 Former for kjønnsbekreftende helsehjelp

Ifølge de nye nasjonale retningslinjene for kjønnsbekreftende helsehjelp skal behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens være individualisert og tverrfaglig (3). Med utgangspunkt i hva personen som opplever kjønnsinkongruens har behov for, skal det utarbeides et persontilpasset helsetjenestetilbud. Kjønnsbekreftende helsehjelp kan innebære timer hos logoped for stemmetrening, bryst- eller penisprotese, parykk eller fjerning av hår, hormonbehandling eller kirurgi (bryst og/eller underliv).

Det er mulig å utsette puberteten med GnRH-analoger, også kalt pubertetsblokkere (3). Pubertetsblokkere stopper pubertetsutvikling som vil gi uønskede sekundære kjønnskarakteristika for den det gjelder. Det vil for eksempel si at man kan hindre brystutvikling hos en ungdom som identifiserer seg som en transmann, eller ansiktsbehåring hos en transkvinne. I den nasjonal faglige retningslinjen står det at oppstart på pubertetsblokkere først kan skje etter at ungdommen begynner å få kroppslige tegn på at puberteten har begynt, og etter tverrfaglig utredning og individuell vurdering av relevant helsepersonell (3). Kroppslige pubertetstegn vil si brystutvikling hos de registrert jente ved fødsel, og testikkelvekst (4ml) hos de registrert gutt ved fødsel (15). Deretter kan oppstart på hormonbehandling, for å utvikle et kjønnsuttrykk som samstemmer med personens kjønnsidentitet, tidligst skje etter fylte 16 år. Det er også mulig å avslutte bruken av pubertetsblokkere uten å starte opp på hormoner; da vil kroppen fortsette inn i den puberteten som ble satt på pause. Bruk av pubertetsblokkere regnes som fullstendig reversibelt (16).

1.3.3 Kjønnsbegrepet: binært eller ikke-binært?

Diagnoseendringen fra transseksualisme til kjønnsinkongruens er ikke kun en friskmelding av kjønnskreative mennesker (definert som mennesker som uttrykker kjønn på en måte som bryter med samfunnets forventninger). Til forskjell fra kjønnsinkongruens baserer transseksualismediagnosen seg på en binær kjønnsforståelse, som betyr at kjønn er delt i kvinne og mann (17). Diagnosen transseksualisme forutsetter altså et binært syn på kjønn, og behandler må derfor ha dette som utgangspunkt for å vurdere om personen kvalifiserer til kjønnsbekreftende behandling (18).

Kjønnsinkongruens betyr at det ikke er samsvar mellom en persons registrerte kjønn ved fødsel og personens kjønnsidentitet (19). En slik kjønnsforståelse er ikke-binær, og innebærer at man anerkjenner et større kjønns mangfold (3). Denne anerkjennelsen i ICD- 11 åpner opp for at flere kjønnsidentiteter (som kjønnsflytende, kjønnskeiv, bikjønn, trekjønn, ukjønn og mange flere) enn kun transmenn og transkvinner kan ha nytte av kjønnsbekreftende helsehjelp om de skulle ønske dette.

Klassifikasjonsgrunnlaget for hvem som har krav på kjønnsbekreftende helsehjelp blir dermed endret, og når klassifikasjonsgrunnlaget endres er det logisk å tenke at dette får konsekvenser for endringer i behandlingspraksis.

1.3.4 Informert samtykke eller portvokting?

I andreårsoppgaven min gikk jeg gjennom litteraturen som har blitt skrevet om to behandlingsmodeller for kjønnsbekreftende helsehjelp: informert samtykke og portvokting (2). Portvokting er en behandlingsmodell som går ut på at behandler avgjør om personen som ønsker kjønnsbekreftende helsehjelp klassifiserer til dette, ved hjelp av noen fastsatte kriterier eller utredningsmetoder. Informert samtykke går ut på at behandler informerer godt rundt viktige aspekter ved helsehjelpen, som for eksempel forventninger av resultater og mulige bivirkninger, slik at personen som har oppsøkt helsehjelp kan ta en avgjørelse som passer for en selv (20). Jeg konkluderte med at aspekter ved informert samtykke ble anerkjent både i litteraturen og av fagpersonene jeg kontaktet, og at deler av behandlingsmodellen basert på portvokting-prinsippet ble kritisert (2).

I den nye, nasjonale retningslinjen brukes begrepet informert samtykke og den beskriver hvordan en slik beslutning kan oppnås for en pasient (3). I retningslinjen presiseres det også at det ikke er funnet sikker støtte i praksis med portvokting-metoder der minst 12 måneders såkalt «real life experience», som på norsk kalles for virkelighetserfaring, kreves som grunnlag for diagnosen (3).

Diagnosen kjønnsinkongruens muliggjør et paradigmeskifte innen kjønnsbekreftende helsehjelp, fordi denne implisitte anerkjennelsen av kjønns mangfold innebærer at også ikke-binære personer har rett på kjønnsbekreftende helsehjelp (3). Samtidig er kjønnsinkongruens plassert under det nye kapittelet «Tilstander relatert til seksuell helse» og regnes derfor heller ikke som en lidelse som trenger psykiatrisk utredning (3). Med den tidligere transseksualismediagnosen var det definerte klassifikasjonskrav basert på en binær kjønnsidentitet, dette er ikke lenger noe krav med diagnosen kjønnsinkongruens. Med en reduksjon i klassifikasjonskrav fra beholders side er det mulig at man vil kunne se en praksisdreining fra portvokting i retning av informert samtykke (2).

1.3.5 Avventing av behandling eller tidlig intervensjon?

I Norge er det i dag en pågående diskusjon i fagmiljøet om hvordan den kjønnsbekreftende helsehjelpen burde se ut med tanke på utredning, refusjon og organisering.

Uenighetene arter seg på flere måter, og et eksempel er hvordan organiseringen av helsehjelpen blir presentert på ulike plattformer. NBTK kommuniserer gjennom Oslo universitetssykehus sine oppdaterte sider at for voksne personer med kjønnsinkongruens ser behandlingsforløpet ut som følger: *«Ved mistanke om behandlingstrengende kjønnsinkongruens skal fastlegen henvise deg til lokalt distriktpsikiatrisk senter (DPS), eller til privatpraktiserende avtalespesialist. Der skal det gjennomføres en kartlegging og vurdering av pasientens psykososiale situasjon og funksjonsnivå»*.

Dette samsvarer ikke med beskrivelsen i den nasjonale retningslinjen: *«Kjønnsinkongruens er ikke en psykisk lidelse, men en tilstand som kan medføre behov for helsehjelp av både medisinsk og psykologisk art. Ikke alle personer som opplever kjønnsinkongruens har behov for psykisk helsehjelp. Psykiatrisk/psykologisk utredning er ikke en betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling.»*

NBTK organiserer altså tilbudet slik at alle må innom psykiatrisk utredning før man kan få tilgang på kjønnsbekreftende helsehjelp. De nasjonale retningslinjene beskriver en mer individualisert tilnærming der psykiatrisk utredning ikke er et krav.

Dette er inkludert som et eksempel på diskusjonen rundt avventing eller tidlig oppstart med kjønnsbekreftende helsehjelp, fordi kravet om psykiatrisk utredning i utgangspunktet vil ta lengre tid for de som ønsker kjønnsbekreftende helsehjelp.

1.3.6 Monopol eller desentralisering av behandlingstilbudet?

I juni 2020 ble Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens publisert. Arbeidet med retningslinjen er utført av et bredt fagutvalg sammen med interesseorganisasjoner, og den fokuserer i stor grad på hvordan det kjønnsbekreftende helsetilbudet kan desentraliseres, noe som er i tråd med prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON) (3). LEON-prinsippet om næromsorg går ut på at helsefremmende og -forebyggende arbeid burde tilbys nærmest mulig hjemmemiljøet til pasienten. Dette innebærer at om helsepersonell i kommunen har kompetanse og kan gi omsorg på et forsvarlig nivå, skal ikke personer henvises vekk fra hjemkommunen uten faglig begrunnelse (21).

Ifølge den nasjonal faglige retningslinjen impliserer friskmeldingen av personer med kjønnsinkongruens en organisatorisk endring: Større deler av ansvaret for den

kjønnsbekreftende helsehjelpen kan flyttes fra spesialisthelsetjenesten og psykiatrien til tverrfaglige behandlingsteam, primærhelsetjenesten og eventuelt psykologien (3). I den nasjonale retningslinjen beskrives det hvordan helsetjenestetilbudene skal desentraliseres; med helsehjelp tilgjengelig på kommunalt nivå, tilbud om individuell plan og opprettelse av regionale sentre. Ansvarsområdet til de regionale sentrene blir beskrevet slik: «*Aktuelle behandlingstilbud i regionale sentre vil være hormonbehandling og kirurgi i tillegg til psykososial støtte/omsorg og hjelpemidler og/eller behandlingshjelpemidler. Det vil ikke omfatte kirurgisk behandling med konstruksjon av kjønnsorgan.*» (3).

Både før, under og etter utarbeidelsen av retningslinjen har det vært faglig uenighet om det skal være et monopol eller et desentralisert tilbud om kjønnsbekreftende helsehjelp. Slik det er i dag må alle personer med kjønnsinkongruens bli utredet ved NBTK ved Rikshospitalet for å få helsehjelpen på blå resept. I kjølvannet av den nye nasjonal faglige retningslinjen har det blitt opprettet et regionalt senter for kjønnsinkongruens ved sykehuset i Vestfold, de skriver på sine sider at behandlingstilbudet deres ikke omfatter hormonell behandling eller generell kirurgi. Ingen av disse to tilnærmingene samsvarer med de nye, nasjonale retningslinjene (22).

1.4 Formål med oppgaven

Hovedformålet med oppgaven er å undersøke grunnlaget for og betydningen av diagnoseendringen i ICD-11 fra «F64.0 Transseksualisme» (ICD-10) til «Z76.80 Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder» (ICD-11), og hvilke konsekvenser denne endringen kan få for helsetjenestetilbudet for helserettsmyndige personer.

Fordi det er en pågående diskusjon om hvorvidt den nasjonale retningslinjen er faglig forsvarlig og fordi retningslinjen ikke blir fulgt i praksis ønsker jeg å undersøke hvordan forskningslitteraturen vurderer konsekvenser av diagnoseendringene for kjønnsbekreftende helsehjelp. Jeg håper gjennomgangen kan være et faglig bidrag til hvordan den kjønnsbekreftende helsehjelpen kan se ut i Norge.

Denne masteroppgaven omhandler i hovedsak helserettslig myndige personer. Tilstanden kjønnsinkongruens hos barn blir bare nevnt overfladisk der det er et behov for mer kontekst.

2 Materiale og metode

Denne masteroppgaven er en litteraturstudie basert på systematisk søk i forskningsdatabasen «Embase Classic+Embase 1947 to 2021 December 13». Søket tilfredsstiller kriteriene i PRISMA flytskjema (23). I tillegg har jeg kommunisert med Elsa Almås (psykolog og sexolog) og Esben Esther Pirelli Benestad (lege og professor) på epost og etterspurt relevante forskningsartikler.

2.1 Seleksjonskriterier

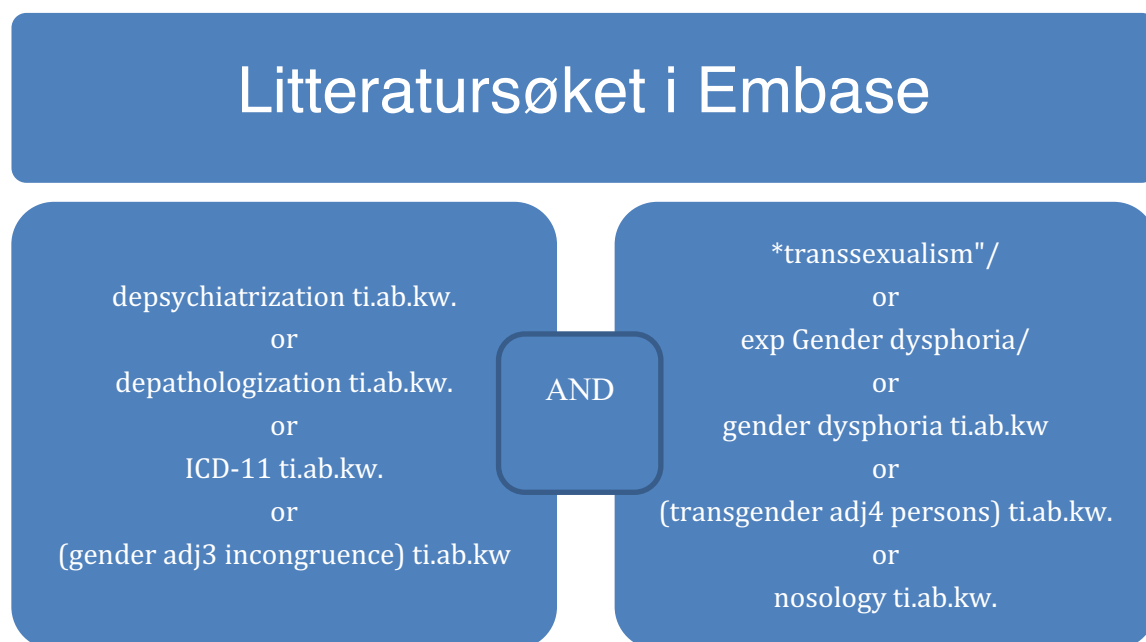
Seleksjonskriteriene for denne litteraturstudien er beskrevet som følger:

- Artikkelen er skrevet på engelsk eller norsk
- Artikkelen er publisert i tidsrommet mellom januar 2011 og desember 2021
- Artikkelen inkluderer en diskusjon om diagnoseendringen fra «Transseksualisme» til «Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder»
- Artikkelen skal i hovedsak omhandle personer som er helserettslig myndige
- Artikkelens fulle tekst er tilgjengelig gjennom UiT sine lisenser

2.2 Databasesøk

«Embase Classic+Embase 1947 to 2021 December 13» ble valgt fordi ICD-11 i stor grad brukes i Europa og denne databasen har god dekning på europeiske artikler. Problemstillingen til litteraturstudien er valgt sammen med veileder Anne Høye, og litteratursøket er opparbeidet sammen med universitetsbibliotekar Eirik Reiерth.

Figur 1: Litteratursøket i Embase



Litteratursøket i «Embase Classic+Embase 1947 to 2021 December 13» er opparbeidet slik at søkebolken til venstre omhandler viktige begreper nødvendige for å omtale diagnoseendringen fra transseksualisme til kjønnsinkongruens, og den andre søkebolken omhandler eldre eller etablerte begreper assosiert med kjønnsinkongruens. Begrepet nosologi inkluderte jeg på et seinere tidspunkt inn i den høyre bolken fordi det er et begrep som brukes innen klassifiseringspraksis i ICD og ordet ble brukt i flere relevante artikler fra tidligere søkeresultater.

2.3 Datainnsamling

Litteratursøket i «Embase Classic+Embase 1947 to 2021 December 13» ga et treff på 220 artikler. Ved å lese alle abstraktene i søkeresultatet valgte jeg derifra ut artikler som inkluderte en diskusjon om diagnoseendringen fra transseksualisme til kjønnsinkongruens. Om jeg var usikker på om diagnoseendringen ble diskutert, leste jeg hele eller deler av artikkelen. Etter en grundig gjennomgang sto jeg igjen med ti artikler som var aktuelle for å svare på valgte problemstilling.

Artiklene som ble ekskludert manglet en overordnet diskusjon om diagnoseendringen fra transseksualisme til kjønnsinkongruens. Flere av disse artiklene fokuserte på diskusjon om kjønnsbekreftende helsehjelp hos avgrensede populasjoner, som for eksempel barn, personer

med autismespekterdiagnose, personer med overvekt eller med spesifikke psykiske lidelser. Andre artikler som ble ekskludert omhandlet spesifikk kjønnsbekreftende helsehjelp som for eksempel kun hormonterapi eller kun kirurgi. Disse artiklene var ikke aktuelle for denne litteraturstudien, fordi den skal omhandle en overordnet diskusjon om diagnoseendringen fra transseksualisme til kjønnsinkongruens.

I litteratursøket dukket det opp fire artikler fra forskjellige land (Mexico, Libanon, Sør-Afrika og Frankrike) som beskrev gjennomføring av en feltstudie i lys av ICD-11, her ble det opplyst om at studien også var gjennomført i India og Brasil. Videre leting resulterte i at feltstudien i Brasil ble oppdrevet, men ikke den fra India.

I november 2020 mailet jeg med psykolog og sexolog Elsa Almås og etterspurte litteratur med funn som har betydning for den nye diagnosen kjønnsinkongruens i ICD-11. På dette tidspunktet hadde jeg ikke spesifisert problemstillingen til litteraturstudien, og jeg fikk tilsendt en mappe med 46 dokumenter som omhandlet tematikk innen kjønnsinkongruens. Av disse dokumentene er det to artikler som jeg har valgt å inkludere i litteraturstudien grunnet deres relevans:

- ICD-11: Helse til alle kjønn (Bolstad, 2019)
- 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 (Reed et al., 2016)

De relevante artiklene ble selektert med samme kriterier som artiklene i litteratursøket. Noen av dokumentene jeg ble tilsendt var retningslinjer på kjønnsbekreftende helsehjelp fra forskjellige land, og passer derfor ikke som resultat i dette litteratursøket. Totalt er 13 artikler inkludert i oppgaven.

3 Resultater

Resultatet av litteratursøket har gitt forskjellige typer artikler med ulik design; fra feltstudier med retrospektive undersøkelser, til artikler med historisk perspektiv, fagessay og artikler med faglige vurderinger sett i lys av ICD-11. Artiklene representerer et kulturelt, økonomisk og geografisk mangfold, av de 13 utvalgte artiklene er 11 fra forskjellige land. Artiklene representerer alle verdensdeler unntatt Oseania.

Tabell 1: Alle inkluderte artikler sortert etter publikasjonsår.

Forfattere og tidsskrift	Artikkel	Land	Design
Drescher et al. (2012) International Review of Psychiatry	Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11	USA	Design: faglig basert diskusjonsartikkel.
Arcelus & Bouman (2015) Journal of Sexual Medicine	Current and Future Direction of Gender Dysphoria and Gender Incongruence Research	Storbritannia	Design: faglig basert diskusjonsartikkel.
Robles et al. (2016) Lancet Psychiatry	Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11	Mexico	Design: retrospektiv spørreundersøkelse.
Reed et al. (2016) World Psychiatry	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	USA	Design: faglig basert diskusjonsartikkel.
Campbell et al. (2018) Annals of Clinical Psychiatry	Experiences of gender incongruence and the relationship between social exclusion,	Sør-Afrika	Design: retrospektiv spørreundersøkelse.

	psychological distress, and dysfunction among South African transgender adults: A field-study for ICD-11		
Silje-Håvard Bolstad (2018) Tidsskrift for Norsk psykologforening	ICD-11: Helse til alle kjønn	Norge	Design: faglig basert diskusjonsartikkel.
Lobato et al. (2019) Brazilian Journal of Psychiatry	Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation – an ICD-11 field study	Brasil	Design: retrospektiv spørreundersøkelse.
Castro-Peraza et al. (2019) International Journal of Environmental Research and Public Health	Gender Identity: The Human Right of Depathologization	Spania	Design: faglig basert diskusjonsartikkel.
Askevis-Leherpeux et al. (2019) European Psychiatry	Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study	Frankrike	Design: retrospektiv spørreundersøkelse.
Khoury et al. (2019) Culture, Health & Sexuality	The ICD-11 classification of gender incongruence of adolescence and	Libanon	Design: retrospektiv spørreundersøkelse.

	adulthood: adequacy among transgender people in Lebanon		
Tea Dakic (2020) Psychiatria Danubina	New perspectives on transgender health in the forthcoming 11 th revision of the international statistical classification of diseases and related health problems: an overview of gender incongruence – depathologization, considerations and recommendation for practitioners	Montenegro	Design: faglig basert diskusjonsartikkel.
Davies og Davies (2020) The Journal of Nervous and Mental Disease	The (Slow) Depathologizing of Gender Incongruence	USA	Design: faglig basert diskusjonsartikkel.
Guethlein et al. (2021) Frontiers in Neuroscience	Healthcare for Transgender People in Germany: Gaps, Challenges, and Perspectives	Tyskland	Design: faglig basert diskusjonsartikkel.

3.1 Systematisering av artiklene

For å gi et overblikk over resultatet er litteraturen sortert etter type artikkel:

- Diskusjon av kjønnsidentitet i et historisk perspektiv
- Retrospektive spørreundersøkelser med utgangspunkt i ICD-11

- Faglig baserte diskusjonsartikler i lys av endringen i ICD-11

3.1.1 Diskusjon av kjønnsidentitet i et historisk perspektiv

To av artiklene fra litteratursøket tar for seg diagnostisering av kjønnsidentitet i ICD sett i et historisk perspektiv.

3.1.1.1 The Slow Depathologizing of Gender Incongruence, Davies og Davies, 2020 (24)

Artikkelen har som formål å sammenlikne den psykiatriske deopatologiseringen av homofili med den nåværende prosessen med deopatologisering av kjønnsinkongruens. Davies og Davies skriver at det var endringer i sosiale holdninger i samfunnet, sammen med protester fra aktivister og medlemmer fra APA, som sammen argumenterte og fikk gjennomslag for avklassifiseringen av homofili som en psykisk lidelse. Dette var viktig fordi det bidro til en økt bevissthet rundt det at psykiatriske diagnoser kan være verdiladede, ifølge artikkelforfatterne. Videre skriver de at synet på kjønnsinkongruens, i likhet med homofili, speiler hvordan flertallsopinionen mener kjønn og seksualitet fungerer hos enkeltindivider.

Davies og Davies skriver videre at nyere forskning viser at lesbiske, homofile, bifile og transpersoner som har gjennomgått konverteringsterapi er mer deprimerte sammenliknet med de som ikke har gjennomgått slik terapi, de har oftere selvmordstanker og er oftere suicidale, de har også lavere utdanning og lavere inntekt (25).

Avslutningsvis skriver Davies og Davies at betydningen av å fjerne kjønnsinkongruens fra kapitlet om psykiske lidelser i ICD-11 er så viktig at den ikke kan understrekes nok. Det hevdes at kategorisering av den nye diagnosen reduserer stigma, samtidig som den bidrar til å tilgjengeliggjøre kjønnsbekreftende helsehjelp. Artikkelforfatteren anerkjenner at noen personer med kjønnsinkongruens kanskje kan bli bekymret for å ikke få adekvat psykisk helsehjelp ved at diagnosen kjønnsdysfori ikke er klassifisert som en psykisk lidelse, men argumenterer likevel for at man kan få tilgang på hjelp ved bruk av andre diagnoser, som for eksempel angst og depresjon. Dette tilsvarer det man så etter at homofili ble fjernet som diagnose, psykiske plager kan selvsagt ha mange ulike årsaker som ikke er knyttet til seksuell orientering.

3.1.1.2 Gender Identity: The Human Right of Depathologization, Castro-Peraza et al., 2019 (1)

Formålet med denne artikkelen er å tydeliggjøre hvilke implikasjoner sykeliggjøring av kjønnsidentitet har sett fra et menneskerettighetsperspektiv, og hvilke følger det får for helsetjenestetilbudet.

Artikkelforfatterne viser til FNs verdenserklæring om menneskerettigheter og WHO sin første konstitusjonsartikkel og understreker at alle menneskerettigheter også gjelder for transpersoner. Spesielt legger de vekt på WHO sin målsetting om at alle mennesker skal ha den beste helsetilstanden som er mulig å oppnå (26).

Artikkelforfatterne støtter endringen i ICD-11 der kjønnsidentitetsdiagnoser omtales som «tilstander» i stedet for «lidelser», årsaken til dette er blant annet at psykisk sykdom eller psykiske plager ikke er implisitte karakteristika ved kjønnsinkongruens.

Artikkelen omtaler også kjønnsinkongruens hos barn og klassifikasjon og behandling av intersex. Kjønnsinkongruens hos barn er en diagnose de mener er unødvendig fordi den ikke har noen klinisk betydning. Artikkelforfatterne kritiserer klassifiseringen av intersex som utviklingsavvik og den historiske overbehandlingen av kropper som generelt sett er friske. Dette har jeg valgt å ikke nevne mer under resultater, da masteroppgavens hovedfokus er på kjønnsinkongruens og ikke intersex, og hos helserettslig myndige og ikke barn.

3.1.2 Retrospektive spørreundersøkelser med utgangspunkt i ICD-11

Fem av artiklene i litteratursøket er feltstudier med retrospektive spørreundersøkelser besvart av personer med kjønnsinkongruens. Den første feltstudien ble gjennomført i Mexico, og tilsvarende studier har blitt replisert i Libanon, Frankrike, Sør-Afrika og Brasil. Formålet med feltstudien og den retrospektive undersøkelsen var å finne ut om personer med kjønnsinkongruens beskrev at eventuelle psykiske problemer de måtte ha hatt i løpet av ungdomstida var relatert til avvisning eller vold fra omgivelsene, eller kun til opplevelser knyttet til deres kjønnsidentitet. Feltstudien ble bevisst gjennomført i flere land og i regioner med ulik økonomi og kultur, for å se om dette var assosiert med eventuelle variasjoner.

3.1.2.1 Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11, Robles et al., 2016 (27)

Formålet med denne retrospektive undersøkelsen var å undersøke om essensielle faktorer knyttet til psykiske lidelser, som redusert funksjonsnivå (på skole, jobb, sosialt eller med familie) og psykisk ubehag, var direkte relatert til selvrapportert opplevelse av kjønnsinkongruens slik det defineres i ICD-11, og til diagnosene kjønnsdysfori i DSM-5 og transseksualisme i ICD-10.

Artikkelen innleder med å belyse essensielle aspekter ved den komplekse diskursen knyttet til de gamle diagnosene for kjønnsinkongruens. Artikkelforfatterne påpeker at de historiske klassifiseringene må forstås i lys av alvorlige helseforskjeller, manglende tilgang på helsehjelp og erfaringer med systematisk diskriminering og vold mot transpersoner i hele verden.

Resultatet fra undersøkelsen viste at ingen av variablene for kjønnsinkongruens var signifikante prediktorer for psykisk ubehag eller redusert funksjonsnivå hos de som ble spurt, bortsett fra at variabelen «*be om å bli omtalt som det foretrukne kjønn*» (min oversettelse) predikerte redusert funksjonsnivå på skole eller jobb. Redusert funksjonsevne i denne sammenheng gikk ut på at deltakerne gjenga på Sheehan Disability Scale på en skala fra 1 (ikke forstyrret/påvirket) til 10 (ekstremt forstyrret/påvirket) hvor forstyrret/påvirket funksjonsevnen ble i skole- og jobbsammenheng.

Variabler for avvisning og vold var derimot signifikante prediktorer for psykisk ubehag og alle former for redusert funksjonsnivå (familie, sosialt, jobb og skole). Psykisk ubehag og redusert funksjonsnivå rapportert fra gruppen på 250 transkjønnede voksne personer som mottar kjønnsbekreftende helsehjelp på spesialistklinikken Condesa i Mexico City var signifikant assosiert med erfaringer med sosial utestenging (OR 2,29 til 8,15, P = 0,004) og vold (OR 1,99 til 3,99; P= 0,03), men ikke med opplevd kjønnsinkongruens. Videre fant artikkelforfatterne at psykisk ubehag og redusert funksjonsevne var vanlig, men gjaldt ikke for alle.

Funnene i denne retrospektive studien er ifølge artikkelforfatterne i overensstemmelse med beskrivelse av diagnosen kjønnsinkongruens i ICD-11, og underbygger dermed beslutningen om at diagnosen har blitt fjernet fra kapittelet om psykiske lidelser. De støtter seg videre på at feltstudien reflekterer annen tidligere forskning på minoritetsstress blant homofile, lesbiske og

bifile. Det blir argumentert for at det å kalle responser på utestenging og vold for psykopatologi bidrar til vedlikeholdelse av stigmatisering.

Artikkelforfatterne konkluderer med at rekonseptualiseringen og reklassifiseringen av kjønnsinkongruens i ICD-11 kan bli en viktig bidragsyter i diskusjonen om økt tilgjengeliggjøring av kjønnsbekreftende helsehjelp i det offentlig helsevesen og redusere urettferdig behandling av personer med kjønnsinkongruens.

3.1.2.2 Experiences of gender incongruence and the relationship between social exclusion, psychological distress, and dysfunction among South African transgender adults: A field-study for ICD-11, Campbell et al., 2018 (28)

Formålet til denne studien var å utforske erfaringene til en gruppe med sørafrikanske transpersoner gjennom deres egenrapporterte beretninger om kjønnsinkongruens. Studien undersøker også sammenhenger mellom transpersonenes erfaringer med sosial utestenging og vold med deres beretninger om psykisk ubehag og redusert funksjonsevne i ungdomsårene.

Funnene i denne retrospektive undersøkelsen speiler de i den meksikanske feltstudien på noen områder; psykisk ubehag og redusert funksjonsevne var signifikant assosiert med sosial ekskludering, da spesielt ekskludering fra familie og venner. Et funn som skilte seg ut i den sørafrikanske populasjonen var at det ikke var noen forskjell i erfaringer med vold mellom gruppen som oppga psykisk ubehag og de som de som ikke gjorde det. Artikkelforfatterne skriver at en mulig forklaring på dette er den høye prevalensen av erfaringer med alle typer vold generelt i den sørafrikanske populasjonen.

3.1.2.3 Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study, Askevis-Leherpeux et al., 2019 (29)

Formålet med studien var å undersøke om opplevd psykisk ubehag og redusert funksjonsnivå (på skole, jobb, sosialt eller med familie) er assosiert med kjønnsinkongruens i en fransk populasjon.

I introduksjonen skriver artikkelforfatterne at det er etisk problematisk at den eneste måten å få tilgang på kjønnsbekreftende helsehjelp på er å stille krav om klassifisering av en psykisk lidelse. I noen land, inkludert Frankrike, er det ikke alltid krav om en psykiatrisk diagnose eller psykiatrisk undersøkelse for å motta kjønnsbekreftende helsehjelp. De franske deltakerne skiller seg dermed fra de andre populasjonene som har gjennomført den retrospektive

undersøkelsen, ved at de som har deltatt fra Frankrike har mottatt helsehjelp i primærhelsetjenesten.

Resultatene viser at de fleste i populasjonen, men ikke alle, oppga at de hadde opplevd psykisk ubehag og redusert funksjonsnivå (sosialt, familie, skole eller arbeidsliv). Det var økt rapportering om vold, spesielt fra klassekamerater, og opplevd avvisning på jobb hos de deltakerne som rapporterte redusert funksjonsnivå. Eventuell benyttelse av kjønnsbekreftende helsehjelp hadde ingen sammenheng med psykisk ubehag, redusert funksjonsnivå, avvisning eller vold.

Resultatene fra den franske studien bekrefter funnene i den meksikanske studien; redusert funksjonsnivå og psykisk ubehag er ikke universelt for alle med kjønnsinkongruens. Artikkelforfatterne hevder derfor at disse faktorene ikke burde være et krav for å få tilgang på helsehjelp. De anerkjenner reklassifiseringen av kjønnsinkongruens, og mener det er riktig at diagnosen blir tatt ut av kapittelet om psykiske lidelser.

3.1.2.4 The ICD-11 classification of gender incongruence of adolescence and adulthood: adequacy among transgender people in Lebanon, Houry et al., 2019 (30)

Artikkelens formål var å evaluere tilstrekkeligheten til de da kun foreslåtte diagnostiske retningslinjene i ICD-11 for kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder hos en gruppe personer med kjønnsinkongruens som benytter seg av tverrfaglige helsetjenester ved spesialiserte sentre i Libanon.

Resultatene fra denne retrospektive studien viste ingen signifikant assosiasjon mellom redusert funksjonsevne eller psykisk ubehag, og kjønnsinkongruens. Derimot hadde en signifikant høyere prosentdel av de som opplevde psykisk ubehag opplevd avvisning fra familie og fysisk vold.

Mange (ikke kvantifisert i studien) av de som ble intervjuet oppga å ha opplevd transfobe holdninger fra helsearbeidere, noe som førte til at flere foretrakk kun klinikker kjent for å være «trygge og tolerante» og ikke offentlige tilbud. Resultatene fra feltstudien speiler tidligere funn fra blant annet Mexico; psykisk ubehag og redusert funksjonsevne er sterkere relatert til den sosiale konteksten enn til kjønnsidentitet. Artikkelforfatterne støtter reklassifiseringen av kjønnsinkongruens under et eget kapittel om seksuell helse.

3.1.2.5 Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation – an ICD-11 field study, Lobato et al., 2019 (31)

Formålet med artikkelen er å beskrive selvrapporterte erfaringer med kjønnsinkongruens relatert til ubehag og kroppslige endringer til økt kongruens med det foretrukne kjønn. Artikkelen undersøker også om erfaringer med psykisk ubehag i relasjon til kjønnsidentitet har en sterkere sammenheng med kjønnsinkongruens i seg selv eller til erfaringer med sosial ekskludering.

I likhet med studien fra Mexico var ingen av variablene knyttet til kjønnsinkongruens signifikante prediktorer for psykisk ubehag. Av de sosiale variablene var det kun avvising fra venner, og ikke familie, som hadde en signifikant sammenheng med psykisk ubehag. Et annet funn i denne feltstudien var at den brasilianske populasjon i høyere grad anvendte hormonbehandling uten veiledning fra helsepersonell enn de andre populasjonene.

Artikkelforfatterne konkluderer med at arbeidsgruppen i WHO som har stått for endringene av diagnosen og dens klassifisering ser ut til å ha klart å depatologisere kjønnsinkongruens, og samtidig forbedre behandlingstilbudet ved å styrke kvaliteten på helsearbeiderne som er involvert.

3.1.2.6 Styrker og svakheter ved de fem retrospektive feltstudiene

Alle feltstudiene har samlet informasjon fra personer som frivillig har meldt seg til intervju og som alle har tilknytning til sentre som tilbyr kjønnsbekreftende helsehjelp. Dette gir seleksjonsbias, spesielt fordi en ukjent andel ikke har råd eller mulighet til å benytte seg av slike helsetjenestetilbud. Studiene er basert på gjenfortelling av opplevelser som har skjedd i ungdomsårene til deltakerne, disse opplevelsene kan være farget av erfaringer man har fått seinere i livet. Dette gir gjenfortellingsbias. Som en mulig svakhet påpekes det at konfunderende faktorer som ikke er undersøkt kan ha hatt innvirkning på funnene i undersøkelsen (27). Styrker med studiene er at de er gjennomført i land som har forskjellig kulturell, økonomisk og geografisk bakgrunn, og at resultatene allikevel samsvarer med tanke på hovedproblemstillingen: Psykisk ubehag og redusert funksjonsnivå er ikke iboende egenskaper ved kjønnsinkongruens. Samtidig varierer ikke forholdet mellom sosiale omgivelser, angst og redusert funksjonsnivå mellom land.

En styrke ved den meksikanske studien var at den hadde flest deltakere, 250 personer. Studien fra Libanon hadde 28 deltakere og dermed færrest mennesker å samle data fra. Allikevel

skriver artikkelforfatterne fra studien i Libanon at studien er et viktig bidrag fordi man vet så lite om personer med kjønnsinkongruens i landet og generelt i den arabiske regionen (30). Totalt er det 507 deltakere med i den retrospektive undersøkelsen, noe som totalt sett er en styrke for en unik studie som tar for seg transpersoners selvrapporterte opplevelser fra en viktig tid i livet.

3.1.3 Faglig baserte diskusjonsartikler i lys av endringen i ICD-11

De neste seks artiklene diskuterer tilstanden kjønnsinkongruens sett i lys av ICD, forskning, historie, organisering av helsehjelp og faglig konsensus.

3.1.3.1 Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11, Drescher et al., 2012 (9)

Artikkelen diskuterer flere menneskerettighetsaspekter relatert til kjønnsidentitetsdiagnosene og utforsker spørsmålet om transpersoner er best tjent med å ha diagnosene plassert under kapittelet for psykiske lidelser eller ikke.

Drescher et al. skriver at *«psykiske sykdommer, akkurat som «sosialt avvikende» atferd, kan skape konflikter mellom enkeltindivider og samfunnet. Følgelig er både den psykisk syke og minoritetsgrupper utsatt for stigma»* (min oversettelse). Artikkelforfatterne skriver videre at klassifiseringen av transseksualisme som en psykisk lidelse, samt at transpersoner er en minoritetsgruppe, kan ha ført til dobbelt så stor belastning for gruppen. Dette kan igjen ha hatt en negativ påvirkning på minoritetsgruppens helsesituasjon og oppnåelse av menneskerettigheter. Artikkelforfatterne kommer videre med revideringsforslag til hvordan tilstander som omhandler transpersoner kan klassifiseres i ICD-11.

Drescher et al. konkluderer med at det er riktig å bryte med den psykopatologiske modellen om transpersoner som er bygget på en foreldet kjønnsforståelse fra 1940-tallet, og at en videre behandlingsmodell for kjønnsbekreftende helsehjelp må baseres på nyere forskning og bestep praksis, samt svare til gruppens behov og være mer støttende når det kommer til tilgang på god helsehjelp.

3.1.3.2 Healthcare for Transgender People in Germany: Gaps, Challenges, and Perspectives, Guethlein et al., 2021 (12)

I denne artikkelen sammenliknes problemstillinger relatert til helse og helsetjenestetilbud for personer med kjønnsinkongruens i Tyskland med andre europeiske land. I tillegg gjennomgår artikkelforfatterne det kjønnsbekreftende helsetjenestetilbudet på spesialiserte sentre.

I 2018 oppdaterte eksperter innen feltet og interesseorganisasjoner i Tyskland de nasjonale retningslinjene for kjønnsbekreftende helsehjelp. Retningslinjene har som formål å tilrettelegge for en individualisert og selvbestemt transisjon; som går ut på at en person med kjønnsinkongruens selv gjør sosiale eller medisinske tiltak for å oppleve større samsvar med sin kjønnsidentitet. Artikkelforfatterne skriver at de nye retningslinjene i Tyskland har en mindre styrende og mer deltakende tilnærming, sammenliknet med de forrige fra 1997. Det skal ikke være restriksjoner på tilgang til kjønnsbekreftende helsehjelp, og etter at diagnosen er bekreftet kan pasienten begynne med hormonterapi allerede ved begynnelsen av transisjonsfasen, om dette er ønsket.

Avslutningsvis skriver artikkelforfatterne at *«gjennom økt samarbeid mellom spesialister og interesseorganisasjoner vil man kunne få til en mer pasient-orientert kjønnsbekreftende helsetjenestetilbud som er basert på informert samtykke i Europa. Det er på tide å anerkjenne og adressere de mangefasettede barrierene personer med kjønnsinkongruens møter på i helsevesenet rundt i Europa»* (oversatt av meg).

3.1.3.3 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, Reed et al., 2016 (6)

Artikkelen beskriver hovedendringene, begrunnelsene og evidensgrunnlaget for endringene av diagnosene som omhandler kjønnsidentitet i ICD-11, i tillegg til viktige forskjeller fra DSM-5.

Reed et al. skriver at man må ha en opplevd kjønnsinkongruens for at de diagnostiske kriteriene skal oppfylles; det er ikke tilstrekkelig å uttrykke seg på en måte som bryter med samfunnets forventninger til kjønn. I ICD-11 anerkjennes det at kjønnsinkongruens kan medføre psykisk ubehag eller redusert sosialt eller arbeidsmessig funksjonsnivå, grunnet sosial avvisning, mangel på beskyttende lovverk og mangel på støttespillere i miljøet. Reed et

al. understreker allikevel at hverken psykisk ubehag eller redusert sosialt eller arbeidsmessig funksjonsnivå skal være krav for å klassifisere til diagnosen, da det også finnes personer med kjønnsinkongruens som ikke opplever dette. Her skiller ICD-11 seg fra DSM-5, der diagnosen heter «kjønnsdysfori»; psykisk ubehag og redusert funksjonsnivå er dermed iboende egenskaper ved denne diagnosen.

Arbeidsgruppen begrunner endringene i ICD-11 med at de gjenspeiler nyere forskning og klinisk erfaring, at de svarer bedre til behovene personer med kjønnsinkongruens har og er mer støttende når det kommer til tilbud og tilgjengelighet på gode helsetjenestetilbud.

3.1.3.4 Current and Future Direction of Gender Dysphoria and Gender Incongruence Research, Arcelus og Bouman, 2015 (32)

Artikkelen argumenterer for at kjønnsidentitet er et viktig tema innen seksuell helse, og anerkjenner plasseringen av kjønnsinkongruens i et mer somatisk basert kapittel. Videre kommer artikkelforfatterne med forslag til viktige forskningsfelt innen kjønnsinkongruens og hvordan forskningen på beste måte kan gjennomføres.

Viktige forskningsfelt innen kjønnsbekreftende helsehjelp er ifølge artikkelforfatterne: Prevalens av kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens i den generelle populasjonen, hvem av disse som eventuelt ønsker kjønnsbekreftende helsehjelp, og hva slags type helsehjelp de eventuelt måtte ønske. Med slik kunnskap kan myndigheter organisere et tilpasset helsetjenestetilbud. Et annet forskningsområde vil være forebygging av psykiske lidelser, der man blant annet kan utarbeide behandlingsprogrammer som hjelper folk med å håndtere minoritetsstress og diskriminering, og fremmer juridisk beskyttelse og sosial støtte.

Artikkelforfatterne skriver også at behandlingstilbud som inkluderer nærstående personer og styrker nettverksbygging rundt transpersoner må utarbeides og evalueres. Videre mener de at forskning som fokuserer på hormonbehandling og kirurgi også er essensielt; deriblant nevner de at prospektive studier som tar for seg hvilke typer hormonbehandlinger som er mest virkningsfulle og har best bivirkningsprofil er viktig.

Arcelus og Bouman nevner også ungdommer, og skriver blant annet at det er viktig at man tilegner seg mer kunnskap om hvor lenge en ungdom burde stå på GnRH-analoger i forkant av oppstart med hormonbehandling, og hva som er fordeler og ulemper med GnRH-behandling.

3.1.3.5 New perspectives on transgender health in the forthcoming 11th revision of the international statistical classification of diseases and related health problems: an overview of gender incongruence – depathologization, considerations and recommendation for practitioners, Dakic, 2020 (10)

Artikkelen tar for seg de viktigste endringene i ICD som omhandler kjønnsinkongruens og har som formål å veilede helsearbeidere innen psykiatri og psykologi gjennom overgangen til ICD-11.

Dakic skriver at ICD-11 er etablert med bakgrunn i en behandlingsmodell som reflekterer moderne medisin og er basert på forskning og gode retningslinjer. Den åpner også for en behandlingsmodell som tar mer hensyn til behovene, erfaringene og menneskerettighetene til personer med kjønnsinkongruens. Hun mener diagnoseendringen vil øke tilgjengeligheten og kvaliteten på kjønnsbekreftende helsehjelp.

I lys av endringene i ICD-11 skriver Dakic at hun fraråder at kjønnsdysfori skal være et diagnostisk krav for diagnosen kjønnsinkongruens, og heller ikke noe krav for å få tilgang på kjønnsbekreftende helsehjelp. Dakic kommer med forslag på kriterier for henvisning til hormonbehandling. Kriteriene er basert på WPATH sine retningslinjer og er tilpasset de nye diagnosene i ICD-11:

- *«Vedvarende, godt dokumentert kjønnsinkongruens eller kjønnsdysfori*
- *Kapasitet til å ta en fullt informert avgjørelse og samtykke til behandling*
- *Oppnådd myndighetsalder i det aktuelle land (hvis yngre; tillatelse fra forelder eller foresatt)*
- *Dersom signifikante medisinske eller psykiske helseproblemer er til stede, må de være tilfredsstillende kontrollert.»* (min oversettelse).

Avslutningsvis skriver Dakic at en moderne tilnærming til kjønnsinkongruens burde være bekreftende og fokusere på utforskning av individets opplevelse av kjønn. Målet med kjønnsbekreftende helsehjelp burde være å lette individets stress påført av samfunnet og de eventuelle konsekvensene dette stresset har ført til, og å øke trivselen til hvert enkelt individ.

3.1.3.6 ICD-11: Helse til alle kjønn, Bolstad, 2018 (33)

Formålet med dette fagessayet er å belyse hvilke kliniske og organisatoriske implikasjoner depsykiatriseringen av kjønnsinkongruens vil ha.

I lys av reklassifiseringen av kjønnsinkongruens skriver psykologspesialist og sexolog Bolstad at det burde opprettes regionale sentre for kjønnsbekreftende helsehjelp. Personer med kjønnsinkongruens bør ha sitt første møte med helsetjenesten ved et slikt senter, og videre oppfølging skal dermed bestemmes utenfor psykiatrien. Fagfolkene som tilbyr kjønnsbekreftende helsehjelp kan komme fra flere felt; sexologisk utdanning eller kunnskap om kjønnsmangfold burde verdsettes. Bolstad viser til prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå, LEON-prinsippet, og understreker viktigheten av at de regionale teamene skal kunne igangsette kroppsjusterende behandling som hormonbehandling.

Ifølge Bolstad blir en internasjonal trend med fokus på et større kjønnsmangfold anerkjent gjennom faglig konsensus og ICD-11. Med dette kan også den kjønnsbekreftende helsehjelpen bli mer individuelt tilpasset.

4 Diskusjon

I diskusjonsdelen sammenfattes begrunnelsene, refleksjonene og funn i litteraturen som omhandler diagnoseendringen fra transseksualisme til kjønnsinkongruens. I tillegg beskriver jeg hvilke essensielle organisatoriske endringer og begrunnelser for disse som er beskrevet i forskningslitteraturen. Jeg vil også supplere med andre artikler og kilder som ikke har vært selektert til litteraturstudien, men som allikevel har relevant informasjon som burde inkluderes.

4.1 Friskmelding av kjønnsmangfoldet

4.1.1 ICD-10: når hverken diagnosen eller behandlingstilbudet stemmer

Transseksualisme har altså vært klassifisert som en psykisk lidelse frem til ICD-11 ble lansert. Etiologien til diagnosen har imidlertid vært ukjent (9). Når tilstander klassifiseres som psykiske lidelser innebærer dette logisk sett at psykisk ubehag og redusert psykisk funksjonsnivå er typiske kjennetegn ved diagnosene som inngår i dette kapitlet. Samtidig gir plassering av diagnosene i dette kapitlet føringer for behandling; psykisk helsehjelp er primærbehandling for psykiske lidelser (6, 9). ICD-11 feltstudiene utført i fem forskjellige

land viste imidlertid at dette ikke på noen måte er entydig; mange personer med kjønnsinkongruens opplever psykiske plager og redusert funksjonsnivå i enten arbeidsliv, sosialt eller på skole, men ikke alle gjør dette. Studiene viser også at det psykiske ubehaget personene i studien opplevde var gjennomgående sterkere assosiert med sosial kontekst og deltakernes negative opplevelser enn med deres kjønnsidentitet (27-31).

Samtidig som at psykisk ubehag og redusert funksjonsnivå ikke er implisitte/iboende karakteristika ved kjønnsinkongruens, er behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens forskjellig fra all annen konvensjonell psykisk helsehjelp fordi kjønnsbekreftende helsehjelp ofte går ut på å endre kroppens utseende (med f.eks. hormoner og kirurgi) slik at utseendet samsvarer med personens kjønnsidentitet. I lys av dette argumenterer flere artikkelforfattere for at det etter reklassifiseringen av kjønnsinkongruens vil bli vanskelig å stille krav om psykiatrisk utredning og portvokterfunksjon av alle med kjønnsinkongruens (6, 9).

Flere av artikkelforfatterne mener likevel at psykologisk støtte vil være fordelaktig og burde tilbys for mange underveis i en transisjonsfase (10, 12). Drescher et al. skriver for eksempel at portvokter-modellen kan ha hatt en positiv innvirkning på de personene med kjønnsinkongruens som har ønsket psykologisk oppfølging i en betydningsfull endringsprosess i livet, men at slik støtte burde baseres på den enkeltes behov, og ikke være et systematisk krav (9). I likhet med dette skriver Guethlein et al. at de nasjonale retningslinjene i Tyskland ikke har psykoterapi som krav, men at det anbefales som en del av behandlingen under transisjonsfasen for å «fremme selvfølelse og stabilitet» (min oversettelse) (12).

Drescher et al. skriver:

«ICD-11 Arbeidsgruppen for klassifikasjon av seksuelle forstyrrelser og seksuell helse mener det nå er passende å forlate den psykopatologiske modellen om transkjønnede personer basert på konseptualiseringen om seksuelle avvik fra 1940-tallet og bevege seg mot en modell som (1) gjenspeiler aktuelle forskningsbaserte holdepunkter og best praksis; (2) som er mer lydhør når det kommer til behov, erfaringer og menneskerettigheter til denne sårbare gruppen; og (3) som støtter oppunder tilgjengeliggjøring av helsetjenestetilbud av høy kvalitet. WHO sin arbeidsgruppe har hørt fra internasjonale organer, nasjonale myndigheter, fagorganisasjoner og sivile samfunn om viktigheten av å gjøre disse endringene. Mens det er mange perspektiver

på hvordan man på best mulig måte kan oppnå dette, er det et klart fravær av forsvarere for status quo» (min oversettelse) (9).

Som nevnt ovenfor er det et påfallende fravær av forsvarere for å bevare diagnosen transseksualisme under kapittelet om psykiske lidelser i ICD. Drescher et al. argumenterer likevel for at plassering av tilstanden kjønnsinkongruens i det nye kapittelet om seksuell helse ikke er den opplagt beste løsningen. De anbefaler heller å lage et helt nytt kapittel for kjønnsidentitetsdiagnosene fordi de har helt unike trekk og kliniske utfordringer; ingen andre diagnoser burde inkluderes i dette kapittelet (9). Ifølge Drecher et al. vil en annen, men ikke like god løsning, være å lage et eget kapittel om seksuell helse og seksuelle lidelser der flere tilstander og diagnoser kan stå samlet. Artikkelforfatterne skriver at koblingen mellom seksualitet og kjønnsidentitet i dette kapittelet vil være uheldig og gammeldags, men om et kapittel om seksuell helse blir opprettet anbefaler forfatterne at det er viktig å skille tydelig mellom de forskjellige undergruppene. Artikkelforfatterne vurderer uansett løsningen med et eget kapittel om seksuell helse som bedre enn å ha kjønnsidentitetsdiagnosene i kapittelet om psykiske lidelser.

Begrepet «kjønnsinkongruens» er også problematisert i noen av artiklene. Castro-Peraza et al. støtter depsykiatiseringen av diagnosen, men stiller spørsmål om kjønnsinkongruens er den beste betegnelsen på transidentiteter: «*Når slutter en person med transidentitet å være kjønnsinkongruent? Slutter hen noen sinne å være det?*» (min oversettelse) (1). I den franske ICD-11 feltstudien svarte et flertall av deltakerne at de foretrakk at ICD-11 brukte betegnelsene «transkjønn» eller «transidentitet» framfor kjønnsinkongruens (29).

4.1.2 Ikke lenger ansett som en psykisk lidelse

Både Bolstad og Drescher et al. skriver i sine artikler at den tradisjonelle portvokterfunksjonen der spesialister innen psykiatri vurderer hvem som klassifiserer til behandling er en følge av at man har sett på kjønnsidentiteter som en psykisk lidelse (9, 33). De skriver videre at dette har ført til at hjelpeapparatet har blitt opplevd som en barriere, der de som søker kjønnsbekreftende helsehjelp må bevise at de er egnet og har «riktig type» kjønnsinkongruens. Dette maktforholdet mellom behandler og klient kan ha gjort det vanskeligere å oppnå en god terapeutisk relasjon, noe som kan være viktig for mange underveis i en transisjonsfase, ifølge artikkelforfatterne. Bolstad mener at reklassifiseringen i

ICD-11 støtter opp under valideringen av kjønn, og viser en dreining mot et behandlingstilbud basert på informert samtykke.

Minoritetsstress grunnet blant annet vold, diskriminering og avvisning kan føre til angst og depresjon hos personer med kjønnsinkongruens (33). Faktorene som fører til psykisk uhelse er vanskelig å behandle, da de kommer fra samfunnet og ikke fra den enkelte pasient.

Argumenter om å utsette kjønnsbekreftende helsehjelp grunnet psykiske symptomer er derfor ikke et tilstrekkelig argument, mener Bolstad.

Om rollen til helsearbeidere innen psykisk helsevern skriver Dakic at det i mange land blant annet har vært praksis å kreve fravær av andre psykiatriske diagnoser og langvarig psykoterapi for å få tilgang på kjønnsbekreftende helsehjelp (10). Artikkelforfatteren skriver at vi i dag vet at dette er unødvendig og beskriver det som en undertrykkende tilnæringsmåte, fordi mange personer med kjønnsinkongruens ikke lider av psykisk sykdom. Dakic referer til Standards of Care som foreslår informert samtykke som utgangspunkt for behandlingsmodell. Med denne behandlingsmodellen er det mulig å få tilgang på kjønnsbekreftende behandling som hormonterapi og kirurgi uten henvisning fra psykiater.

4.1.3 Individualisert helsehjelp

Med friskmeldingen av transpersoner har flere av artikkelforfatterne som tidligere nevnt antydnet at en portvoktermodell for fasilitering av helsehjelp ikke lenger er riktig å bruke, og at man burde strekke seg etter en behandlingsmodell som er basert på informert samtykke (10, 12, 33). Informert samtykke muliggjør en mer persontilpasset og individualisert helsehjelp der personen det gjelder beskriver hva som er viktigst for at hen skal føle seg ved god helse, og der dette lyttes til (33).

Psykologspesialist Bolstad skriver i et fagessay at ICD-11 viser et skifte der den individuelle opplevelsen av kjønn verdsettes, og der normative oppfattelser skal settes til side. Hen skriver at om den kjønnsbekreftende helsehjelpen gjør kroppen mindre normativ, kan klinikere bli mer urolig for å volde skade på grunn av samfunnets fordommer mot kjønns mangfold.

Allikevel understreker Bolstad at *«(...)gjennom ICD-11 fremheves følgende to realiteter: det finnes et mangfold av kjønnsidentiteter, og selv med en normativ identitet som kvinne eller mann er et ønskelig behandlingsutfall likevel ikke gitt av en normativ standard. Noen er fornøyd med å være mann uten penis, eller kvinne med penis»* (33).

Videre skriver Bolstad at bestepaksis vil være å kunne gi minste effektive dose; «*minst mulig behandling, men tilstrekkelig for å oppnå ønsket effekt*». Denne minste dosen må individualiseres avhengig av hvem som søker kjønnsbekreftende helsehjelp. Behandling i denne sammenheng går i hovedsak ut på hormonterapi og kirurgi. Andre tiltak som artikkelforfatteren mener er viktig å tilrettelegge for, og som burde være en del av offentlig refusjonsordning, er permanent hårfjerning, stemmetrening, parykker, penis- og brystproteser og vester (også kalt bindere) som kan skjule kvinnelige bryster. Det legges vekt på at god helse; det vil si fysisk, mentalt og sosialt velvære, er viktig, og at målet for behandling burde være mer enn å redusere ubehag eller kjønnsdysfori. Hen mener derfor også at kompetent helsepersonell burde forstå kjønnsopplevelsen som en ressurs eller et talent som skal assisteres frem, heller enn å behandles vekk.

Dakic mener også at psykiatere burde ha en ny behandlingstilnærming til kjønnsinkongruens som er mer individuelt tilpasset til hver enkelt persons behov i lys av diagnoseendringen; «*det vil være feil å anta det er et mønster eller en typisk presentasjon av personene som søker helsehjelp for kjønnsinkongruens*» (min oversettelse) (10). Fravær av andre psykiatriske diagnoser og langvarig psykoterapi skal heller ikke kreves. I likhet med Dakic skriver Guethlein et al. at psykoterapi ikke skal kreves i forkant, men anbefales under transisjonsfasen for å støtte pasienten (12).

4.1.4 Kortere utredningstid

I ICD-10 var tidskravet man måtte ha opplevd kjønnsinkongruens satt til to år, i ICD-11 er dette redusert til «flere måneder». I flere land har tidskravet på to år blitt tolket som at tiden kun teller fra første møte med psykiater der man forteller om sin kjønnsinkongruens, dette for å forsikre seg om at pasienten er helt sikker i sin sak (27).

Reed et al. skriver følgende: «*I noen land har psykiatere vært uheldige nok til å bli satt som portvoktere for å håndheve langtekkelige og omfattende krav for at folk skal kunne få tilgang til helsehjelp, angivelig for å sørge for at transpersoner er sikre på sin avgjørelse om å justere kroppen i retning av opplevd identitet.*» (min oversettelse) (6). Artikkelforfatterne bak dette sitatet er arbeidsgruppen som har utarbeidet det nye kapittelet om seksuell helse i ICD-11, og de antyder med dette at portvokting fører til unødige lang utredningstid.

Alle ICD-11 feltstudiene, bortsett fra den utført i Brasil, undersøkte tiden fra bevissthet rundt egen kjønnsidentitet til personen mottok hormonbehandling. Mellom studiene varierte tiden i

snitt fra 12 år til 19 år. Funnene i studien antyder at et generelt tidskrav på to år for alle med kjønnsinkongruens er unødvendig lenge fordi pasientene har vært bevisst sin kjønnsidentitet i mange år før de mottar hormonbehandling (27-30).

Feltstudien fra Frankrike viser til at den aktuelle klinikken brukt i studien tilbyr en behandlingsmodell etter informert samtykke, og at det derfor ikke kreves psykiatrisk utredning i forkant av oppstart av hormonbehandling. Klinikken er et tilbud innen primærhelsetjenesten og artikkelforfatterne skriver at deres studie kan brukes som eksempel på at det er mulig å tilby kjønnsbekreftende helsehjelp utenfor psykiatrien (29).

Robles et al. understreker viktigheten av å ikke ha for høye tidskrav for å kunne motta kjønnsbekreftende helsehjelp også sett i lys av at nesten halvparten av respondentene i studien deres oppga at de har startet opp på hormoner uten oppfølging av helsepersonell, noe som innebærer stor helserisiko (27). Feltstudien som viste størst medisinsk oppfølging av hormonbehandling var studien fra primærhelsetjenesten i Frankrike; kun 8,8% hadde startet opp uten medisinsk veiledning (29). Det er vanskelig å si om dette har med kulturell eller sosioøkonomisk kontekst å gjøre, eller om studien fra Frankrike viser at kjønnsbekreftende helsehjelp i primærhelsetjenesten forebygger hormonbruk uten oppfølging. Dette burde undersøkes videre.

4.1.4.1 Utredningstid hos barn og unge med kjønnsinkongruens

Selv om behandling av barn og unge ikke er tema for denne oppgaven, er det relevant å nevne den pågående faglige diskusjonen om kjønnsbekreftende helsehjelp til barn og ungdom, fordi dette kan innvirke både på utredningstid og oppfølging av personer med kjønnsinkongruens over myndighetsalder.

Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens er bekymret for at pubertetsblokkere kan ha ukjente bivirkninger (34). Sammen med svenske Socialstyrelsen (en statlig svensk forvaltningsmyndighet under Sosialdepartementet) viser de også til en stor økning av ungdommer med kjønnsinkongruens de siste årene, og ytrer et behov for en større avholdenhet til hvem som skal kunne starte opp på pubertetsblokkere (35). Pål Surén, lege i FHI som sammen med leger ved NBTk har stilt seg kritiske til den nye nasjonal faglige retningslinjen (36), forteller i en episode av Folkeopplysningen at man i praksis ser at alle ungdommene som starter opp på pubertetsblokkere fortsetter videre med kjønnsbekreftende hormonbehandling (37). Han mener derfor at pubertetsblokkere i praksis er en innledning til

kjønnskifte. Videre sier han at man ikke vet nok om hvordan det å utsette puberteten påvirker hjernen, men at man vet at økningen av kjønnshormonene østrogen og testosteron som skjer under puberteten er viktig for modning av hjernen. Ifølge Surén kan dette i teorien bety at pubertetsblokkene påvirker utviklingen av normal hjernemodning hos ungdommene som bruker pubertetsblokkere.

Det kan dermed se ut til at en av hovedårsakene til NBTK sin avholdenhet til bruk av pubertetsblokkere er usikkerhet om hvordan puberteten kan påvirke hjernemodningen, og dermed opplevelse av kjønnsinkongruens. Med dette som bakgrunnsforståelse kan det se ut som om de er usikre på ungdommers evne til samtykkekompetanse om kjønnsidentitet fram til ungdommene går igjennom den puberteten kroppen deres er programmert til å gjennomgå.

Tematikken diskutert ovenfor er inkludert under utredningstid fordi NBTK mener det er behov for at alle ungdommer må gjennom psykiatrisk utredning før oppstart på pubertetsblokkere. HKS mener derimot at det er unødvendig med langvarig utredning av alle ungdommer med kjønnsinkongruens, og at lang ventetid på å få behandling kan føre til psykisk uhelse hos de det gjelder (34). Med bakgrunn i argumentasjonen til Surén om kjønnsidentitetsutvikling under puberteten kan det se ut som om NBTK og HKS vurderer samtykkekompetansen til ungdom når det kommer til kjønnsidentitet på forskjellig måte.

4.1.4.2 Avpatologisering og avpsykiatisering

For mange som har deltatt i diskursen om kjønnsbekreftende helsehjelp er avpsykiatiseringen selve symbolet på at man som person er samtykkekompetent og kan få velge en mer individualisert behandling (33).

Drescher et al. skriver at det er viktig å redusere stigma rundt psykiske lidelser, men det å flytte en diagnose vekk fra et kapittel om psykisk lidelse fordi psykiske lidelser er forbundet med stigma er ikke en god nok grunn nok i seg selv (9), det samme skriver Reed et al. (6). Drescher et al. argumenterer for at det derimot er flere menneskerettighetsrelaterte årsaker til at kjønnsidentitetsdiagnosene bør flyttes fra kapittelet om psykiske lidelser; blant annet har klassifiseringen gjort det vanskeligere for personer med kjønnsinkongruens å få helsehjelp i førstelinjetjenesten og i nærheten av der de bor grunnet antagelsen at «alle må først til en psykiater», selv for medisinske problemstillinger som ikke har noe med kjønnsidentitet å gjøre. En annen årsak er at klassifiseringen som psykisk lidelse har blitt brukt mot foreldre

med kjønnsinkongruens av eks partnere i saker om foreldrerett, der eks partner har fått medhold på grunnlag av vurdering om skikkethet til å være forelder.

Reed et al. skriver at «*stigmatiseringen av transpersoner kombinert med kjønnsidentitetsdiagnoser klassifisert som psykiske lidelser har ført til en dobbel byrde for de det gjelder*» (min oversettelse) (6). De mener at man derfor må stille spørsmål om en slik klassifisering av kjønnsidentitet går imot målsettingen til WHO om å oppnå «*høyeste mulige nivå av god helse for alle mennesker*», da klassifiseringen som psykisk lidelse globalt sett kan ha bidratt til ustabile juridiske forhold, menneskerettighetsbrudd og begrensninger på helsehjelp.

Castro-Peraza et al. mener hovedgrunnen til diskriminering og redusert tilgang på helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens ligger i det stigmatiserende kravet om å klassifisere kjønnsidentiteter som en psykisk lidelse (1). De skriver også at det er en tydelig sammenheng mellom sykeliggjøring av kjønns mangfold og problemer med å få endret juridisk kjønn, da det i mange land er krav om å ha en psykiatrisk diagnose for å få endret juridisk status.

At argumentasjonen om stigmatisering også gjenspeiler generelt stigma knyttet til psykiske lidelser er tankevekkende. Dette er imidlertid et stort og omfattende område som ikke er tema for denne oppgaven

Det er viktig å nevne at samvalg og informert samtykke også anvendes innen psykiatrien; det at pasienter innen psykisk helsevern skal kunne ta del i utformingen av egen behandling er essensielt og faglig anerkjent. Selv om samvalg også er viktig innen psykisk helsevern har plasseringen av kjønnsidentitetstilstander under psykiske lidelser ført til økte og tidkrevende barrierer for å få tilgang på helsehjelp, og historisk sett viser artikkelforfattere til at klassifiseringen kan ha ført til økt diskriminering og brudd på menneskerettigheter. Det vektlegges også i litteraturen at klassifiseringen av kjønnsinkongruens som en psykisk lidelse er feil; ikke alle med kjønnsinkongruens har psykiske plager. Jeg tror denne kombinasjonen kan ha gjort det spesielt viktig og symboltungt å avpsykiatrisere kjønnsidentiteter: Å få frem i debatten at transpersoner er samtykkekompetente, ikke psykisk syke og kan ta de beste avgjørelsene over sin egen kropp har derfor blitt en viktig kampsak sett i lys av det historiske bakteppet.

4.2 De organisatoriske endringene i lys av ICD-11

4.2.1 Tverrfaglig oppfølging

I lys av reklassifiseringen av kjønnsinkongruens skriver Reed et al. at det beste behandlingstilbudet vil være tverrfaglig, samt at psykiaterens rolle vil endres betydelig med tanke på diagnostisering og behandling i ICD-11 (6). De skriver at psykiaterens rolle som portvokter, slik deres funksjon har vært i flere land, er feilslått.

Arcelus og Bouman skriver i en kommentar i Journal of Medicine at klinikere må behandle transfolk som alle andre, og at tilbakeholdelse av behandling ikke kan rettferdiggjøres (32). Videre mener de at sømløse og tverrfaglige kjønnsidentitetsklinikker for folk i alle aldre er viktig. Dakic skriver at helsepersonell som arbeider i et tverrfaglig team burde kunne henvise til eventuell hormonbehandling etter psykososial vurdering og innhenting av informert samtykke (10). Artikkene i litteratursøket som omtaler en eventuell omorganisering er alle positive til at et tverrfaglig team skal kunne tilby kjønnsbekreftende helsehjelp utenfor psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Arcelus og Bouman mener også at det å flytte kjønnsbekreftende helsehjelp vekk fra psykiatrien kan bidra positivt til mer tverrfaglig forskning med fotfeste i somatisk helsehjelp (32).

Psykologspesialist Bolstad skriver fra en norsk kontekst, og mener at det burde opprettes regionale sentre for kjønnsbekreftende helsehjelp (33). Sett bort ifra de nye nasjonale retningslinjene i Norge er hen er den som går mest i dybden på hvordan behandlingstilbudet burde se ut: Personer med kjønnsinkongruens bør ha sitt første møte med helsepersonell på de regionale sentrene, og videre utredning skal bestemmes her av et tverrfaglig team. De tverrfaglige teamene burde ha kompetanse innen sexologi og kjønns mangfold; kompetanse på psykiske lidelser burde ikke lenger stå som viktigste kunnskapsfelt. Bolstad skriver at god helsehjelp innebærer også nettverksarbeid for å styrke forståelse og sosial støtte, og veiledning av familie og nære (33).

I den nasjonal faglige retningslinjen skrives det at: «*Organisering og funksjonsfordeling av helsehjelpen til personer med kjønnsinkongruens bør være desentralisert, differensiert, koordinert, helhetlig og i tråd med prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå*» (3). Videre anbefales det at hver av de fire helseregionene skal opprette et senter som tilbyr utredning, behandling og oppfølging av personer med kjønnsinkongruens. Helsehjelpen skal organiseres på to nivåer; i den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ifølge retningslinjen

vil de fleste følges opp både kommunalt og regionalt, og de færreste vil trenge å bli fulgt opp ved den nasjonale behandlingstjenesten.

Funn i litteraturen som skiller seg fra hverandre er at Bolstad mener kompetanse på kjønns mangfold er det viktigste for de som skal arbeide med kjønnsbekreftende helsehjelp; ikke først og fremst kompetanse innen psykisk helse (33). Dakic derimot skriver at selv om kjønnsinkongruens ikke klassifiseres som en psykisk lidelse vil psykiatere være de mest egnede til å innhente informert samtykke og støtte underveis i en transisjonsprosess da forskning har vist at kjønnsbekreftende helsehjelp kan redusere eventuell angst og depresjon hos de aktuelle (10).

4.2.2 Desentralisering?

Desentralisering er et begrep som nesten ikke blir brukt i litteraturen. De eneste som kort nevner begrepet er Guethlein et al. som skriver at det finnes nye desentraliserte behandlingsmodeller som skaper kontroverser: De skiller seg fra sentraliserte og tverrfaglige behandlingsteam som finnes ved å for eksempel gi kjønnsbekreftende helsehjelp uten noen form for psykologisk vurdering. Årsaken til uenighet er ifølge artikkelforfatterne at man her kan gå glipp av forskningsmuligheter og det vil være vanskeligere å evaluere kvaliteten på behandlingen som gis (12).

Reed et al. skriver at klassifikasjonen som psykisk lidelse har bidratt til holdningen om at personer med kjønnsinkongruens må bli behandlet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, når behandling egentlig kan bli gitt på andre nivåer i helsevesenet (6). Bolstad viser til prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) og understreker viktigheten av at de regionale teamene skal kunne igangsette kroppsjusterende behandling som hormonbehandling.

I norsk offentlig diskurs har begrepet desentralisering betydd tilgang på kjønnsbekreftende helsehjelp i tråd med LEON-prinsippet (38). I dag er Nasjonal Behandlingstjeneste for Kjønnsinkongruens, som er lokalisert i Oslo, eneste klinikk som kan tilby kjønnsbekreftende helsehjelp med økonomisk refusjon i Norge. Det vil si at NBTK i praksis behandler alle forespørsler fra en populasjon på 5,4 millioner mennesker. I lys av de nye nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet planlegges det opprettelse av nye regionale sentre som skal i teorien, og etter retningslinjene, kunne tilby kjønnsbekreftende helsehjelp inkludert hormonbehandling. Foreløpig har det blitt opprettet ett regionalt senter for kjønnsinkongruens

rett utenfor Tønsberg i Vestfold, dit kan man henvises fra sin fastlege. På det regionale senterets nettsider står det at hormonell og kirurgisk behandling ikke tilbys der per dags dato, men de som ønsker kan få samtaler, bistand gjennom henvisningsprosessen til NBTK og oppfølging under eventuell behandlingsprosess på NBTK (39).

Desentralisering av utredning og behandling er imidlertid kontroversielt, og debatten har vært økende. I en kronikk fra juli 2020 på Aftenpostens sider skriver Pål Surén sammen med blant annet to leger fra NBTK at de er kritiske til den nye nasjonale retningslinjen: *«I retningslinjen anbefales det at pasientene skal følges opp av tverrfaglige, spesialiserte team. Samtidig åpnes det for at fastleger og andre private aktører kan behandle personer over 18 år. Med dette risikerer man store lokale variasjoner i praksis og behandlere uten tilstrekkelig kompetanse.»* (36). I en høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet (FHI) i februar 2020 skriver Surén, som også er forfatter bak dette, at kjønnsbekreftende behandling forutsetter tverrfaglig og spesialisert kompetanse (40). Der stadfester han at FHI støtter kravene til hvordan de tverrfaglige teamene skal være sammensatt for barn og ungdom i den nasjonale retningslinjen, men at det ikke er tydelige nok krav for sammensetningen i tverrfaglige team hos voksne. Det burde også stilles krav om pasientvolum hos de tverrfaglige teamene. Dette viser igjen at det er faglig uenighet om hvordan det kjønnsbekreftende helsetilbudet burde se ut.

Utviklingen og debatten vi ser i Norge i dag kan på noen punkter likne den som allerede har foregått i Danmark. 1. januar 2017 ble diagnosen transseksualisme under kapittelet om psykiske lidelser fjernet fra deres nasjonale retningslinjer, og diagnosen ble erstattet med en kontaktkode kalt «kontakt grunnet kjønnsinkongruens» (41). Danmark hadde, i likhet med Norge, kun én nasjonal klinikk som tilbød helsehjelp. I 2017 ble monopolet opphevet, og i etterkant av dette har to nye klinikker med tverrfaglige team som tilbyr individualisert kjønnsbekreftende helsehjelp blitt opprettet. Dette gir i teorien hver klinikk ansvar for forespørsler fra Danmarks befolkning delt på tre; 1,9 millioner mennesker. Teamet består av gynekolog med kompetanse innen endokrinologi eller en endokrinolog, psykiater, psykolog og plastikkirurg. Behandlingen legger stor vekt på respekt, integritet og pasientmedvirkning, ifølge overlege Astrid Højgaard på sexologisk avdeling ved Aalborg universitetssykehus (42). Når avgjørelser om kjønnsbekreftende helsehjelp skal tas, må det tverrfaglige teamet være enige om behandlingstrinnene videre. I Danmark må alle som ønsker behandling bli henvist av lege, og helsehjelpen er kun delvis refundert.

Arcelus og Bouman skriver i sin artikkel fra 2015 at nordeuropeiske land som Belgia, Nederland og Sverige har vært historiske foregangsland som i forkant av endringen av kjønnsidentitetsdiagnosene har tilrettelagt for såkalte «kjønnsidentitetsklinikker» utenfor psykiatrisk praksis, og heller lagt disse til somatisk praksis som endokrinologi (32). Artikkelforfatterne skriver at denne utviklingen vil redusere stigma rundt det å ha kjønnsinkongruens, og at denne måten å tilby kjønnsbekreftende helsehjelp på burde være et eksempel for andre klinikker. De mener i tillegg at en slik somatisk base for kjønnsbekreftende helsehjelp vil bidra til tverrfaglig forskning på feltet.

Sverige har nå, ifølge et skriv på Socialstyrelsens hjemmesider fra mars 2022, åtte utredningsteam som tilbyr kjønnsbekreftende helsehjelp for voksne (43). Dit må man som oftest henvises av psykiater og utredningsteamene er organisert under psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. De skriver at utredningen tar rundt et år, og gjøres av psykiater, psykolog og rådgiver («kurator» på svensk). En endokrinolog kan også involveres tidlig i utredningsprosessen ved behov. Det kreves ikke sosial overgang for ikke-binære på samme måte som binære (43). Med åtte utredningsteam dekker teoretisk sett hvert team en populasjon på 1,3 millioner mennesker.

I skrivende stund gjøres det nye revideringer av de nasjonale retningslinjene for kjønnsbekreftende helsehjelp i Sverige, og dette kan få konsekvenser for antall klinikker som tilbyr kjønnsbekreftende helsehjelp. Spesielt er det kjønnsbekreftende helsehjelp for barn og unge som er under utredning. I desember 2020 la Socialstyrelsen fram en beslutning om å redusere antall klinikker som tilbyr kjønnsbekreftende helsehjelp til tre stykker for å forbedre oppfølging og grundigere undersøke kvaliteten på helsehjelpen (44). Jeg har ikke funnet videre informasjon om hvordan den kjønnsbekreftende helsehjelpen skal organiseres i Sverige da dette fortsatt er under utarbeidelse.

Endringen i Sverige har medført at debatten i Norge har fått en ny oppsving, og beslutningene som tas der kan få konsekvenser for helsetjenestetilbudet i Norge, blant annet ble planlagt hormonbehandling ved HKS satt på pause en kort periode (45). I skrivende stund er det usikkert hvordan endringene i Sverige vil påvirke norsk praksis.

4.2.3 Forbedre kunnskapen til helsepersonell

Guethlein et al. mener et viktig tiltak for å forebygge stigmatisering av transpersoner i helsevesenet vil være å inkludere undervisning om kjønn og kjønnsinkongruens i læreplanen på blant annet medisinstudiet (12). De skriver også at det er mangel på relevant helsepersonell i Europa, og at det er lange ventelister på å få kjønnsbekreftende helsehjelp.

Arcelus og Bouman legger også vekt på at kunnskap om kjønns mangfold må inn i den offentlige utdannelsen fra en ung alder, og skriver at det spesielt innen utdanninger som omhandler helse og omsorg er viktig å skape forståelse og toleranse (32).

Bolstad skriver at fagpersoner som jobber med kjønnsbekreftende helsehjelp burde komme fra flere felt og sexologisk kompetanse skal verdsettes (33). Kompetanse på psykiske lidelser burde ikke lenger sees på som det viktigste kompetansekravet. Hen understreker at det er viktig at behandlere er bevisst sitt eget syn på kjønn og burde ha kompetanse på kjønn som strekker lengre enn et personlig nivå. Bolstad mener at forutsetningen om et ikke-binært syn på kjønn er viktig i møtet med personer med kjønnsinkongruens; behandlers syn på for eksempel å bryte kjønnsnormer i samfunnet skal ikke påføres andre. Med dette setter artikkelforfatteren opp nye standarder for hva som burde forventes av helsepersonell som jobber spesifikt med kjønnsinkongruens som tematikk.

4.2.4 Refusjon

Litteraturen viser at det har vært vanskelig å få økonomisk støtte til somatisk behandling da den gamle diagnosen transseksualisme var plassert under psykiske lidelser (6, 27). Årsaken til dette er at den tidligere klassifiseringen indikerer psykiatrisk behandling, og ikke somatisk. Dette har ifølge Robles et al. begrenset tilgang på helsehjelp som hadde vært mulig å gi på et lavere behandlingsnivå.

Guethlein et al. skriver også at selv med klare nasjonale retningslinjer på kjønnsbekreftende helsehjelp i Tyskland, har det vært vanskelig for pasientgruppen å få tilgang på økonomisk støtte gjennom helseforsikring i lys av de mer restriktive diagnosekravene i ICD-10 (12). Det manglende samsvaret mellom nasjonale retningslinjer og retningslinjene for helseforsikring i Tyskland har gjort det vanskelig for helsearbeidere å tilby kjønnsbekreftende helsehjelp. Ifølge artikkelforfatterne forventes det en revidering av retningslinjene til helseforsikringene etter implementeringen av ICD-11.

4.2.5 Aktivisme og faglighet

Drecher et al. skriver at måten portvokter-modellen har blitt anvendt på i flere land har bidratt til et anspent forhold mellom helsearbeidere innen psykisk helse og interesseorganisasjoner for personer med kjønnsinkongruens (9). På bakgrunn av revisjonene av både DSM og ICD har det oppstått en større internasjonal bevegelse som kjemper for å fjerne sykeliggjøring av transidentiteter (1). Castro-Peraza et al. kaller dette en demokratiserende prosess. Selv med en slik prosess med påvirkning fra aktivister kan det se ut til at endringene i DSM og ICD ikke har ført til konkrete endringer i klinisk praksis for kjønnsbekreftende helsehjelp, skriver artikkelforfatterne og viser til en artikkel av Davy et al. (46).

Ifølge Castro-Peraza et al. har det vært økt fokus på å redusere sykeliggjøring av ulike kjønnsidentiteter de siste 40 årene (1). Spesielt siden Stop Trans Pathologization (STP) ble stiftet i 2007; dette er en bevegelse som har hatt som mål å avklassifisere kjønnsinkongruens som psykisk lidelse, etablere informert samtykke som behandlingsmodell, øke muligheten til å endre juridisk kjønn utenom kroppslige intervensjoner, øke beskyttelse mot transspesifikk vold og redusere sykeliggjøring av kjønnskreativitet hos barn. Ifølge artikkelforfatterne har STP og andre interesseorganisasjoner innflytelse på både WHO og FN og i statlige organer i flere land. Artikkelforfatterne oppgir også at WPATH skiller seg ut som fagorganisasjon, der faglighet gjennom utarbeidelsen av retningslinjene SoC kombineres med aktivisme.

Flere artikkelforfattere trekker frem arbeidet til interesseorganisasjoner og aktivister i prosessen for å få gjennomslag for transrettigheter, dette blir omtalt som positive og viktige demokratiserende bidrag i debatten rundt depsykiatisering og for å oppnå best mulig kjønnsbekreftende helsehjelp (1, 12).

Også i Norge har pasient- og interesseorganisasjoner hatt en viktig rolle. Da de nye nasjonale retningslinjene for kjønnsbekreftende helsehjelp ble utarbeidet samarbeidet mange mennesker fra forskjellige fagfelt og organisasjoner (3). I artikkelen «Når medisinen møter minoriteter» skriver lege Ketil Slagstad om hvordan det historiske samarbeidet mellom aktivister og helsepersonell har vært positivt for helsetilbudet for flere minoriteter (47). En dynamikk der aktivister og fagfolk lytter til hverandre kan bære frukter, bidra til å fornye fagkunnskap og forbedre medisinsk praksis, ifølge ham. Arcelus og Bouman skriver også at involvering av interesse- og pasientorganisasjoner i gjennomgang av forskningsarbeid vil sikre etisk hensiktsmessige standarder, og viktigst av alt, nytte for pasienten (32).

Inkluderingen og innflytelsen fra aktivister og interesseorganisasjoner i utarbeidelse av blant annet retningslinjer har også blitt kritisert. Denne kritikken fremkommer ikke fra resultatet i faglitteraturen til denne masteroppgaven, men fra kronikker publisert på blant annet Aftenposten og Vårt Land sine nettsider. I en kronikk skriver Glenn-Peter Sætre (professor i evolusjonsbiologi) og Henrik Vogt (fastlege og forsker ved medisinsk etikk) at gjennom aktivisme endrer fagfolk definisjonen på kjønn fra binært til ikke-binært, og at dette ligger til grunn for endringene i de nye nasjonale retningslinjene (48). Det har også oppstått debatt rundt artikler publisert på Store Norske Leksikon som omhandler kjønnsidentitet, der det skrives at det er ideologisk forankret å bruke betegnelsen «kjønn tildelt ved fødsel» (49). Pål Surén, tidligere nevnt FHI-lege, er en av forfatterne bak denne kritikken. Det må også nevnes at forfatterne bak kritikken av SNL har selv blitt kritisert for å ha verv i interesseorganisasjoner som jobber for å fjerne rettigheter som vil gå ut over transpersoner uten å informere om dette (49). Forfatterne bak denne kommentaren, Anne Kveim Lie (lege og førsteamanuensis) og Atle Fretheim (lege og professor), argumenterer for at en generell transparens rundt forskeres engasjementer er viktig. Det må også nevnes at det på generell basis innen medisinen er en rekke sammenhenger der faglige og etiske aspekter ved brukermedvirkning og pasientaktivisme diskuteres opp mot etablert praksis, men dette er ikke tema for denne oppgaven.

I Norge i dag er det som nevnt uenigheter om fagligheten til Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. I en høringsuttalelse fra 2020 om retningslinjen av Folkehelseinstituttet sammenfattet av Pål Surén skrives det at både de nye nasjonale retningslinjene for kjønnsinkongruens, rapporten «Rett til rett kjønn – Helse til alle kjønn», og de internasjonale retningslinjene SoC fra WPATH har for svakt kunnskapsgrunnlag (40). FHI skriver videre at det svake kunnskapsgrunnlaget ikke kommer godt nok fram i disse rapportene og retningslinjene, og at kjønnsbekreftende helsehjelp må anses som utprøvende behandling. Videre skrives det at selv om kunnskapsgrunnlaget er svakt, betyr det ikke at behandling ikke kan gis, men at rammene for behandling må gis med skjerpene krav til forsvarlighet, informasjon og samtykke. Når hormonbehandling eller kirurgi tilbys burde det også foregå i slike rammer at man kan dokumentere behandlingen slik at den kan bidra til forbedret kunnskap. Når behandling regnes som utprøvende har ikke pasienter rettskrav på behandling, og FHI stadfester dermed at helsetjenesten ikke er rettslig forpliktet til å gi hormoner og kirurgi som kjønnsbekreftende helsehjelp.

4.3 Styrker og svakheter

En styrke ved denne oppgaven er at litteraturen som er gjennomgått kommer fra 11 forskjellige land fra alle verdensdeler unntatt Oseania. Litteraturen representerer dermed flere kulturelle, sosioøkonomiske og geografiske kontekster og gir en bred støtte for depsykiatisering av kjønnsinkongruens.

Svakheter ved oppgaven er at den i stor grad kun er basert på klinisk erfaring fra fagfolk og deres subjektive meninger forfattet i artikler. Litteraturen viser at det dessverre er mangel på levekårsundersøkelser og oppfølging av personer som har mottatt kjønnsbekreftende helsehjelp i en desentralisert og ikke-psykiatrisk kontekst.

Artiklene fra mitt litteratursøk viser at alle artikkelforfatterne ønsker økt tilgjengeliggjøring av kjønnsbekreftende helsehjelp. Dette er en form for bias, og kan sees på som en svakhet ved oppgaven fordi argumentasjonen i litteraturen er farget av dette synspunktet. Allikevel kan denne enigheten blant artikkelforfatterne også snus på og vise til at fagfolk er samstemte om at det er et behov for økt tilgjengeliggjøring av helsehjelp.

En svakhet ved oppgaven er at det ikke er inkludert flere kritiske stemmer i diskusjonsdelen. Jeg ønsket i all hovedsak å bruke artikler som er publisert i fagtidsskrifter i oppgavens diskusjonsdel, men av grunnene nevnt ovenfor har jeg også funnet det relevant å ta inn argumentasjon fra media der det var høyst nødvendig for å belyse uenigheter. Litteratursøket viser, som sagt, at fagfolkene som velger å skrive om kjønnsbekreftende helsehjelp er enige om at depsykiatisering og økt tilgjengeliggjøring av helsehjelp til transpersoner er viktig og riktig.

En annen svakhet ved denne litteraturstudien er at det ikke er avklart hvordan diagnoseendringen og retningslinjene vil påvirke praksisen. Det er også uklart hvilket resultat enkeltpasienter vil kunne oppnå med innføring av ny praksis.

5 Konklusjon

Resultatet av litteratursøket viser en bred enighet om grunnlaget for diagnoseendringen; både depsykiatisering av kjønnsinkongruens og tilstandens nye plassering i kapittelet om seksuell helse. Litteraturen jeg har funnet beskriver godt hvorfor kjønnsinkongruens ikke burde være

en psykiatrisk diagnose av både diagnostiske, menneskerettighetsårsaker, helsemessige og juridiske årsaker.

Det er også enighet i litteraturen om at psykoterapi ikke burde være et krav for å få tilgang på kjønnsbekreftende helsehjelp, men psykologisk støtte anbefales underveis i en transisjonsprosess av flere artikkelforfattere. Det kommer fram i litteraturen at en portvokterfunksjon mellom behandler og pasient kan stå i veien for en god terapeutisk allianse. Endringen fra ICD-10 til 11 som går på reduksjon i tidskrav fra to år til «flere måneder» for å klassifisere til diagnosen støttes av flere artikkelforfattere. Blant annet begrunnes dette med resultater fra ICD-11 feltstudiene: Respondentene hadde vært bevisst sin kjønnsidentitet i snitt fra 12-19 år før de startet på hormonbehandling, og mange av respondentene oppga at de hadde startet på hormoner uten oppfølging fra helsepersonell. Konsekvensen av reduksjon i observasjonstid er likevel ikke beskrevet.

Det er noe uenighet i litteraturen om hva tilstanden kjønnsinkongruens burde kalles; «transkjønn» og «transidentitet» framfor kjønnsinkongruens er nevnt.

Litteraturen gir ikke tydelige svar på hvordan det optimale helsetjenestetilbudet burde være organisert i lys av ICD-11, men overordnede tematikker som individualisering, kortere utredningstid og opprettelse av tverrfaglige team beskrives som mulige og positive endringer sett i lys av ICD-11. Debatten rundt organisering er pågående i flere land, også i Norge.

Selv om det har blitt argumentert for at de nye nasjonale faglige retningslinjene i Norge har blitt skrevet på svakt forskningsgrunnlag, samsvarer retningslinjene med funnene i denne litteraturstudien på flere områder. Det trengs mer forskning som kan bidra til å forbedre helsetjenestetilbudet til transpersoner, slik at ikke kjønnsbekreftende helsehjelp lenger må anses som utprøvende behandling. Tilstander relatert til kjønnsidentitet har blitt beskrevet i ICD siden 1965; det at kjønnsbekreftende helsehjelp fortsatt anses som utprøvende i Norge viser hvor nedprioritert transpersoners helse har vært gjennom tidene. Inkludering av pasient- og interesseorganisasjoner i videre forskning og arbeid med retningslinjer anses som en styrke av flere artikkelforfattere; dette kan gi nytte for de som skal benytte seg av helsehjelpen. Det er dog viktig at forskere viser transparens, og er åpne om sine eventuelle interessekonflikter.

Det gjenstår å se om endringene i ICD-11 og de nye nasjonale retningslinjene fører til de positive endringene beskrevet i litteraturen. Utarbeidelse og planlegging av nye regionale sentre er i gang i Norge; et nytt regionalt senter er opprettet i Vestfold, litt over en time

utenfor Oslo. Der tilbys det kun samtalerterapi og støtte underveis i en eventuell behandlingsprosess ved NBTK. I lys av litteraturen i denne oppgaven mener jeg dette foreløpig ikke er en reell desentralisering fordi Norge er et stort land, og dermed ligger Vestfold i samme region som NBTK. Tilbudet gjenspeiler heller ikke hva litteraturen omtaler som et tverrfaglig behandlingstilbud fordi det foreløpig ikke tilbyr somatisk helsehjelp.

Referanseliste

1. Castro-Peraza ME, Garcia-Acosta JM, Delgado N, Perdomo-Hernandez AM, Sosa-Alvarez MI, Llabres-Sole R, et al. Gender Identity: The Human Right of Depathologization. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(6).
2. Menes H. Kjønnsbekreftende helsehjelp i Norge - styrt av behandler eller opp til den enkelte? [Valgfri Fordypning, MED-2501, Kull 2017]. In press 2019.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens. www.helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet 2020.
4. WHO. ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/2019>.
5. WHO. ICD purpose and uses www.who.int: WHO 2020 [Available from: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>].
6. Reed G, Drescher J, Krueger R, Atalla E, Cochran S, First M. 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* 2016(15):205-21.
7. WHO. World Health Assembly Update www.who.int: WHO; 2019 [updated 25.05.2019. Available from: <https://www.who.int/news/item/25-05-2019-world-health-assembly-update>].
8. WHO. WHO: Revision of ICD-11(gender incongruence/transgender) – questions and answers (Q&A) [Film]. www.youtube.com: WHO; 2018 [updated 18.06.2018. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=kyCgz0z05Ik>].
9. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(6):568-77.
10. Dakic T. New Perspectives on Transgender Health in the Forthcoming 11(th) Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: An Overview of Gender Incongruence - Depathologization, Considerations and Recommendations for Practitioners. *Psychiatr Danub*. 2020;32(2):145-50.
11. M. Fernández Rodríguez MMG, Villaverde González. Gender Incongruence is No Longer a Mental Disorder. *J Ment Health Clin Psychol*. 2018;2(5): 6-8.
12. Guethlein N, Grahlow M, Lewis CA, Bork S, Habel U, Derntl B. Healthcare for Trans*gender People in Germany: Gaps, Challenges, and Perspectives. *Front Neurosci*. 2021;15:718335.
13. WPATH. MISSION AND VISION www.wpath.org: WPATH; 2022 [Available from: <https://www.wpath.org/about/mission-and-vision>].
14. Tønseth TM. Jeg er en av «de behandlingsivrige sexologene som spanderer hårvekst og mørkere stemme på nasjonens døtre». *Aftenposten*. 2018.
15. Norsk barnelegeforening. *Pediatriveileder. Endokrinologi, metabolisme og genetik* - Normal pubertet helsebiblioteket.no: Helsebiblioteket 2017.
16. RELIS. Pubertetsblokkere - reversibilitet og bivirkninger www.relis.no2020 [Available from: https://relis.no/sporsmal_og_svar/5-6092?source=relisdb].
17. Benestad EEP. Tokjønnsmodellen. *Store Norske Leksikon*. www.snl.no2020.
18. Sørli A. Hva er kjønnsinkongruens? www.kjonnsinkongruens.no: Pasientorganisasjon for kjønnsinkongruens; 2022 [Available from: <https://kjonnsinkongruens.no/kjonnsinkongruens/>].

19. Benestad EEP. Kjønnsinkongruens. Store medisinske leksikon. www.sml.snl.no: Store norske leksikon 2021.
20. Schulz S. The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *J Humanist Psychol.* 2017;58(1):72-92.
21. Braut GS. LEON. Store Norske Leksikon 2019.
22. Åpner senter for de som er født i feil kropp www.siv.no: Sykehuset i Vestfold; 2020 [Available from: <https://www.siv.no/om-oss/nyheter/apner-senter-for-de-som-er-fodt-i-feil-kropp>].
23. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097.
24. Davies RD, Davies ME. The (Slow) Depathologizing of Gender Incongruence. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208(2):152-4.
25. Ryan C, Toomey RB, Diaz RM, Russell ST. Parent-Initiated Sexual Orientation Change Efforts With LGBT Adolescents: Implications for Young Adult Mental Health and Adjustment. *Journal of Homosexuality.* 2020;67(2):159-73.
26. WHO. Constitution of the World Health Organization. www.who.int 2022.
27. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(9):850-9.
28. Campbell M, Fresán A, Addinall RM, Böhmke W, Grobler GP, Marais A, et al. Experiences of gender incongruence and the relationship between social exclusion, psychological distress, and dysfunction among South African transgender adults: A field-study for ICD-11. *Ann Clin Psychiatry.* 2018;Vol. 30 168-74.
29. Askevis-Leherpeux F, de la Cheneliere M, Baleige A, Chouchane S, Martin MJ, Robles-Garcia R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *Eur Psychiatry.* 2019;59:8-14.
30. Khoury B, El Khoury J, Fresan Orellana A, Daouk S, Khauli N, Ramadan Z, et al. The ICD-11 classification of gender incongruence of adolescence and adulthood: adequacy among transgender people in Lebanon. *Cult Health Sex.* 2019;23(1):131-42.
31. Lobato MI, Soll BM, Brandelli Costa A, Saadeh A, Gagliotti DAM, Fresan A, et al. Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation - an ICD-11 field study. *Braz J Psychiatry.* 2019;41(4):310-5.
32. Arcelus J, Bouman WP. Current and Future Direction of Gender Dysphoria and Gender Incongruence Research. *J Sex Med.* 2015;12(12):2226-8.
33. Bolstad S-H. ICD-11: Helse til alle kjønn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening.* 2019.
34. Lilleeng S, Kringstad K. Fagfolk krangler om hva som er det beste for transungdom. *NRK.* 2022.
35. Lilleeng S, Kringstad K. Sverige har strammet inn behandling til unge transpersoner. I Norge går vi motsatt vei. *NRK.* 2022.
36. Surén P, Tønseth KA, Bauge IS, Stoltenberg C. Helsedirektoratet kommer med uforsvarlige retningslinjer for kjønnsinkongruens. *Aftenposten* 2020.
37. Olsen TE. Folkeopplysningen 7 In: Haavie A, editor. *Trans: NRK;* 2021.
38. Kjønnsinkongruens Pf. Politisk plattform www.kjonnsinkongruens.no: PKI; [Available from: <https://kjonnsinkongruens.no/om-oss/politisk-plattform/>].
39. Sykehuset i Vestfold. REGIONALT SENTER FOR KJØNNSKONGRUENS www.siv.no2022 [Available from: <https://www.siv.no/behandlinger/kjonnsinkongruens#utredning>].

40. Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens: Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet: Hearing before the Folkehelseinstituttet (2020).
41. Højgaard DA. Transgender health care in Denmark www.epath.eu2021 [01.04.22]. Available from: <https://epath.eu/past-conferences/conference-2021/programme/transgender-health-care-in-europe/>.
42. Højgaard A. Fast Forward: Danish Experiences with a Non-Pathologizing Approach towards Treatment of Gender Incongruence – a Journey from 1930 to 2021 in 6 years. EPATH conference 2021; Gothenburg www.epath.eu2021.
43. Socialstyrelsen. Till dig med könsdysfori. www.socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen 2022.
44. Wigzell O. Beslut om nationell högspecialiserad vård. In: Socialstyrelsen, editor. socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen 2020.
45. Lilleeng S, Kringstad K. Stopper planlagt behandling til transpersoner. NRK. 2022.
46. Davy Z, Sørlie A, Schwend AS. Democratising diagnoses? The role of the depathologisation perspective in constructing corporeal trans citizenship. *Critical Social Policy*. 2018;38(1):13-34.
47. Slagstad K. Når medisinen møter minoriteter. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2021.
48. Vogt H, Sætre G-P. En massiv medikalisering av friske kroppar. *Aftenposten*. 2020.
49. Lie AK, Fretheim A. Fag eller aktivisme? *Vårt Land* 2021.

