



HELSESTASJON FOR KJØNN OG SEKSUALITET • HKS

Oslo, 16. Mai 2018

## **Hørings svar - rapport om behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens-/kjønnsdysfori**

### **Bakgrunn**

**Helsestasjon for kjønn og seksualitet HKS 0- 30** er et byomfattende kommunalt lavterskeltilbud i Oslo, med spesialkompetanse på tema kjønns mangfold og/eller seksuell identitet. HKS har spesialkompetanse på kjønn- og seksualitetsvariasjoner. Her jobber lege, helsesøster/pediatrik sykepleier og psykologspesialist. De to sistnevnte har videreutdanning i sexologi og er autoriserte spesialister i sexologisk rådgivning NACS (Nordic Association for Clinical Sexology). Vi tilbyr samtalegrupper for ungdom med kjønnsinkongruens, familie/foreldresamtaler og individualsamtaler, og vi har frem til april/mai 2018 utredet pasienter for hormonbehandling ut fra en kjønnsbekreftende tilnærming basert på informert samtykke. Vi følger de internasjonale behandlingsstandardene, SOC 7, utarbeidet av World Professional Association for Transgender Health (Coleman et al 2012). HKS har hatt tilbud om hormonbehandling til pasienter som av ulike grunner ikke har orket eller ønsket en utredning og behandling ved NBTS, eller som har blitt avvist der, eller som har syntes det har gått for sakte, eller har følt seg dårlig møtt og generelt er misfornøyd med helsetilbudet ved NBTS, eller ikke har oppfylt de diagnostiske kriteriene for F64.0, eventuelt en blanding av disse faktorene

HKS gir tilbud om samtaleterapi for psykiske plager før, under og etter kjønnsbekreftende behandling, og henviser også videre til BUP eller VOP når folk har hatt rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Mange har kun hatt lettere til moderate psykiske plager og kunne blitt behandlet i kommunen. Mange har ikke tilfredsstillt noen diagnostiske krav til psykisk lidelse men likevel hatt nytte av psykoterapi med mål om økt psykologisk velvære og livskvalitet, samt redusert risiko for utvikling av psykiske lidelser.

Mailundveien 23 , 0569 Oslo Tlf 481 13 013 [hks@bga.oslo.kommune.no](mailto:hks@bga.oslo.kommune.no)

Aktuelle føringer fra helsemyndighetene i Norge, er at de fleste pasienter skal ha et avgrenset tilbud i spesialisthelsetjenesten med fokus på og utredning og avgrensning av behandlingsfokus. Videre har det vært ønskelig at pasientene skulle overføres til kommunen når det ikke har vært behov for høyspesialisert behandling. Både de nye pakkeforløpene og utviklingen i samhandlingsreformen vitner om at kommunen skal ta over mer og mer av utredning, behandling og oppfølging av ikke minst lettere psykiske lidelser/psykiske plager.

HKS har likevel erfart å bli sittende med flere svært kompliserte saker, hvor det har vært ungdom med flere psykiske diagnoser, lav fungering og vanskelig omsorgssituasjon. I motsetning til NBTS har vi ikke definert oss bort fra disse pasientene. Vår oppfatning er at disse ungdommene også har hatt nytte av kjønnsbekreftende behandling med mål om redusert kjønnsdysfori og økt livskvalitet. Dette har fordret et tett samarbeid og samarbeid med f eks barnevern, andre kommunale tjenester, samt spesialisthelsetjenesten (BUP) og familiearbeid.

HKS driver også kompetanseheving og undervisning av studenter i helse- og sosialfaglige utdanninger på høyskole og universitet, samt behandlere i spesialisthelsetjenesten (BUP, VOP, nevropsykologisk poliklinikk for voksne og barn etc.). HKS har hvert semester psykologpraktikant i førstelinjetjeneste samt helsesøstre i hospitering.

## **Tverrfaglig kompetanseprofil HKS Oslo**

**Avdelingsleder Ingun Wik** er utdannet helsesøster og pediatrik sykepleier. Videre har hun en videreutdanning i sexologi fra Universitetet i Agder og er autorisert spesialist i sexologisk rådgivning NACS (Nordic Association for Clinical Sexology) som en er ettårig tverrfaglig videreutdanning (60 ECTS i tillegg til kurs, veiledning og 2 årig praksis). Hun tar nå videreutdanning innen ISTDP (Intensive Short Time Dynamic Therapy) for å bli spesialist i klinisk sexologi NACS (Kravene til spes. i sexologisk rådgivning + 120 ECTS og veiledet praksis). Ingun Wik har 8 års erfaring fra arbeid med barn, ungdom og voksne med kjønnsinkongruens/dysfori både fra HKS og Ung.no. Hun har tidligere jobbet 10 år på Barn 2 ved Ullevål sykehus OUS, primært med hjerte og kreftdiagnoser. Ingun satt også i ekspertgruppen som utarbeidet rapporten «Rett til rett kjønn» (Helsedirektoratet, 2015).

**Psykologspesialist Ronny Aaserud** er spesialist i klinisk voksenpsykologi og har hatt interesse for feltet og fulgt med på utviklingen innen ulike behandlingstilnæringer og

forskning helt tilbake fra 2008. Han spesialiserte seg på kjønnsidentitetstematikk hos barn (førpubertal alder) i sin kandidatavhandling i psykologi i 2010. Han er utdannet spesialist i sexologisk rådgivning (autorisert i Nordic Association for Clinical Sexology) som er en ettårig videreutdanning med tilhørende kurs, veiledningstimer og 2 år praksis med sexologiske problemstillinger. Han avleverte spesialistoppgave (faglig arbeid) høsten 2016 med tittelen «*Klinisk psykologisk arbeid med voksne med kjønnsdysfori*», med godkjenning som skriftlig arbeid til spesialiteten av Norsk Psykologforening. Han har videreutdanning i EMDR behandling (Eye Movement Desensitization Reprocessing). Ronny Aaserud har over 8 års bred erfaring som klinisk psykolog fra psykisk helsevern og har siden 2015 kun arbeidet med barn/ungdom og voksne som opplever ulike varianter av kjønnsinkongruens/dysfori. Før dette hadde han også erfaring med flere pasienter med kjønnsdysfori ved voksenpsykiatrisk poliklinikk og ved arbeid på DPS døgn. Han har en særlig faglig interesse for samvariasjonen mellom autismspektertilstander(trekk) og kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori og har holdt innlegg om dette på nordisk konferanse i klinisk sexologi.

**Lege Harald Høvik** er lege og har fått opplæring av andre transkompetente leger på området, som lege og spesialist i klinisk sexologi NACS Esben Esther Pirelli Benestad og lege og spesialist i sexologisk rådgivning NACS Thomas Tønseth, samt deltatt på konferanse om kjønnsbekreftende behandling, mottar løpende veiledning og drøfter saker i tverrfaglig team HKS, og har hospitert hos endokrinolog ved Nasjonal Behandlingstjeneste for Transseksualisme. Harald Høvik har jobbet ett år og på timebasis ved HKS Oslo siden 2017.

Teamet ved HKS har jevnlig møter med et mer uformelt transkompetansenettverk i Oslo som består av andre leger, psykologspesialister og sykepleiere, hvor de fleste også har videreutdanning i klinisk sexologi. Temaet deltar også regelmessig på konferanser, kurs og fagdager som tar for seg relevante temaer knyttet til kjønnsidentitet og seksuell identitet.

## **Innspill på rapport om behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens-/ kjønnsdysfori**

HKS viser til høringsbrevet om «Høring - rapport om behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens-/kjønnsdysfori» datert 17.4.18, hvor det er ønsket innspill av fagdirektørmøtet i Helse Sør Øst på nedenstående punkter. Kommentarer og merknader fra oss ved HKS Oslo vil på bakgrunn av det være konsentrert rundt disse.

1. Organisering og oppgavefordeling når det gjelder behandlingstilbudet i kommuner, regionalt og nasjonalt
2. Kriterier som skal utløse mulighet for hormonell og kirurgisk behandling

### **Generelt:**

HKS Oslo stiller seg bak tilleggsuttalelsen fra Fri- Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold. HKS stiller seg svært skeptisk til at en ikke ubetydelig andel av arbeidsgruppens deltakere (i form av fagpersoner) har minimalt med kompetanse og mengdeerfaring med å yte kjønnsbekreftende helsehjelp til personer som opplever kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori.

Det oppleves spesielt vanskelig å komme med innspill til organiseringen og oppgavefordelingen når det gjelder behandlingstilbudet til gruppen som opplever kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori. Dette fordi ICD 11 fortsatt ikke er ferdigstilt, oversatt til norsk, og hvor Norske helsemyndigheter ennå ikke har tatt stilling til hvordan man skal forholde seg til både det at kjønnsinkongruens friskmeldes og flyttes til et helt nytt kapittel med navn «Tilstander relatert til seksuell helse». Dette kapitlet er en form for krysning mellom psykologi og somatikk/medisinsk tilstand og nærmest et sexologisk kapittel. Videre er det vanskelig pga at de nye diagnostiske kriteriene vi l åpne for at flere vil få en diagnose enn det antall som får F.64.0 diagnosen i dag, mye fordi den underliggende forståelse av kjønn ikke lenger vil være en to- kjønnsmodell, men flerkjønnsmodell. Det er også uklart hvilken faggruppe som etter ICD 11 kommer ut skal være den som er best kvalifisert for å diagnostisere kjønnsinkongruens nå når denne diagnosen ikke lenger hører til under kapitlet om mentale og atferdsmessige forstyrrelser. F. eks vil det ha stor betydning for vurderingen av hvem som skal få kjønnsbekreftende behandling i form av hormoner og kirurgi at det ikke lenger vil være et nødvendig kriterium å oppleve klinisk signifikant lidelse og funksjonssvikt på viktige områder i livet for å få diagnosen. Det vil heller ikke være et nødvendig kriterium at den enkelte avskyr eller har sterk ubehag med egen kropp for å få diagnosen, det er nok å oppleve sterk inkongruens mellom kjønnsidentitet(er) og kropp og samtidig ha et sterkt ønske

om å få primære og/eller sekundære kjønnskarakteristika til det/de kjønn den enkelte opplever seg som.

Det er helsemyndighetenes ansvar å skulle bestemme hva de mener vil være faglig godt arbeid på feltet, og hvorvidt de ønsker at Norge skal følge de internasjonale behandlingsstandardene eller ikke. SOC er fleksible retningslinjer, slik at det vil være nødvendig at helsemyndighetene konkretiserer hvordan de internasjonale behandlingsstandardene skal fortolkes og anvendes i en norsk kontekst. Når det gjelder en slik tolkning og konkretisering, kompliseres dette av at SOC 8 ennå ikke har kommet ut. Det er et stort revideringsarbeid på gang i WPATH (av internasjonalt anerkjente kjønnsekspertter) og i SOC 8 vil det f eks være et eget kapittel om kjønnsbekreftende helsehjelp til ikke- binære. Det presiseres i SOC 7 at behandlingsstandardene er fleksible og åpner for «å skreddersy tiltak til behovene til den som mottar tjenester, og for å skreddersy protokoller til tilnærmingen og settingen der disse tjenestene tilbys» (s. 37). For å sikre likeverdige tilbud til denne gruppen i hele Norge bør klare prosedyrer og retningslinjer foreligge for å hindre forskjellsbehandling.

HKS mener at Canada er forbilledlig når det gjelder organiseringen av helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori. Canada reorganiserte og desentraliserte kjønnsheleomsorgen radikalt i 2015. The Ministry of Health tok en sjefsavgjørelse om at det meste av behandlingen skulle skje i primærhelsetjenesten. I Canada oppfordres leger og andre helsepersonell med kompetanse på kjønnsdysfori på det sterkeste til selv å diagnostisere, igangsette og ivareta hormonbehandlingen av personer med kjønnsdysfori, og det er utarbeidet veiledere av klinikere med mengdeerfaring på fagområdet. Se følgende linker:

<https://www.camh.ca/en/your-care/programs-and-services/gender-identity-clinic-adult>

<http://transhealth.phsa.ca/for-service-providers-2/health-professionals/primary-care-toolkit>

## **Ad punkt 1 Organisering og oppgavefordeling når det gjelder behandlingstilbudet i kommuner, regionalt og nasjonalt**

Når det gjelder feltet kjønnsheleomsorg og arbeid med barn, ungdom og voksne med utfordringer knyttet til manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og tildelt kjønn ved fødsel, så bør disse helsetjenestene desentraliseres. Den delen av behandling og oppfølging som ikke vurderes som høyspesialisert bør foregå i primærhelsetjenesten.

Forskning viser at alt fra 30- 50 % av barn og ungdom med kjønnsdysfori også har andre psykiske lidelser, for det meste angst og depresjon (internaliserende lidelser) og selvskadning og selvmordstanker (de Vries et al 2011; Wallien et al 2007). En studie fra det nederlandske teamet fant dog at 67 % av de henviste barna IKKE hadde noen psykisk lidelse i tillegg (de Vries et al 2011). En finsk studie (ikke replisert ved andre kjønnsidentitetsklinikker) viste at tre fjerdedeler av ungdommer som søkte behandling for sin kjønnsdysfori hadde tidligere hatt behov for/eller hadde aktuelt behov for spesialisthelsetjenester for psykiatriske problemer (Kaltiala-Heino et al. 2015). Det er kjennetegnende for studiene som tar for seg den psykiske helsen til barn og ungdom at resultatene spriker når det kommer til hvor mange som sliter med psykiske lidelser i tillegg, og at det kan variere mye fra land til land og mellom klinikker og ikke minst tidsperiode (se f eks. Zucker et al, 2014). Forskning og kliniske erfaringer viser at mellom 10 og 30 % har ulike autismespektertilstander (trekk), som oftest lettere former som Asperger syndrom (De Vries, Noens & Cohen-Kettenis et al, 2010; Janssen, Huang & Duncan, 2016; Kaltiala-Heino et al. 2015; Strang, Kenworthy & Dominska et al, 2014; Van Schalkwyk, Klingensmith & Volkman, 2015).

For voksne er det kun 30 % (i Norge) av henviste pasienter som har psykiske lidelser i tillegg til kjønnsinkongruens (Haraldsen, 2010), men disse kan også vedvare etter kjønnsbekreftende behandling (hormonell behandling og genitalkirurgi) selv om kjønnsdysforien reduseres og livskvaliteten øker (Dhejne et al 2011). Det mest utbredte kan man si er lettere til moderate psykiske lidelser og følgelig blir det kommunens ansvar å kunne tilby denne gruppen nødvendig psykologisk behandling og oppfølging. Enkelte kjønnsidentitetsklinikker hevder at utbredelsen av psykiske lidelser når det gjelder voksne med kjønnsdysfori ikke skiller seg fra den generelle befolkningen (f. eks Tavistock klinikken London, noe som er i overensstemmelse med hva som hvertfall i 2010 var tilfelle i Norge).

Oppsummert er det også mange barn, ungdom og voksne med kjønnsdysfori som ikke har noen psykiske lidelser eller funksjonssvikt. Dette kan spesielt gjelde for ungdom som lever i et aksepterende miljø hvor de har muligheten for å foreta en «gender transition» (sosial overgang) og hvor de har tilgang på pubertetsbremsende medisiner frem til de er i stand til å ta beslutninger om å gjøre en fysisk overgang (Drescher et al 2012). HKS sin oppfatning er at disse barn og unge ikke skal behandles noe annerledes enn andre barn og unge som er cis (opplever kjønnskongruens). Det vil si at en psykiatrisk utredning ikke er nødvendig der det ikke er mistanke om psykiatriske tilstander. Dette betyr *ikke* at man ikke skal undersøke og kartlegge psykisk uhelse og sørge for tilstrekkelig utredning/kartlegging for å yte forsvarlig helsehjelp. Dersom situasjonen til den enkelte er kompleks og krevende, så skal selvfølgelig personen som opplever kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori tilbys henvisning til spesialisthelsetjenesten for utredning og eventuell behandling for psykiske lidelser parallelt. Poenget er at en slik kartlegging og utredning ikke automatisk innebærer en psykiatrisk diagnostikk dersom det ikke er symptomer som gir grunnlag for det..

I rapporten blir det referert til at det i kommunehelsetjenesten eksisterer en svært stor mangel på kunnskap og mengdeerfaring med gruppen av pasienter med kjønnsdysfori. Til tross for dette erfarer vi på HKS en svært stor interesse blant både psykologer, helsesøstre og sexologer. Vi blir kontaktet av ulike hjelpere rundt omkring i landet, som er interessert i å jobbe mer med denne tematikken. Frem til nå har NBTS sin monopolsituasjon gjort det vanskelig for primærhelsetjenesten å slippe til. NBTS sitt narrativ for utredning og behandling av gruppen, har vært at «ingen andre på feltet har vært kompetente nok» til å kunne utrede, kartlegge og ivareta de alvorlige konsekvensene, som de beskriver som særdeles krevende hos mennesker med kjønnsdysfori.

Videre er det i rapportens avsnitt om kommunehelsetjenesten gjort antagelser om at det ikke eksisterer spesialistkompetanse i kommunene, noe HKS ikke kjenner igjen fra f eks Oslo kommune som både har sykepleiere og psykologer med spesialistkompetanse spredt over alle bydelene. Til tross for at det i rapporten refereres til at det ikke vil være realistisk at kommunehelsetjenesten får tilstrekkelig kompetanse til å ivareta en helsetjeneste, hvor det ikke er behov for høyspesialisert behandling, arbeides det nå med å se på muligheten for å opprette en tilsvarende HKS i Trondheim, etter modell av HKS i Oslo. Det vil det derfor være ønskelig at Helsedirektoratet systematisk kunne kartlegge den transkompetansen som finnes rundt omkring i landet. Ikke minst for å finne ut av hvor mye ressurser, erfaring og interesse

den enkelte hjelper har, men også vedkommende sitt ønske om å kunne jobbe mer på feltet dersom aktuell arbeidssituasjon tillot det.

HKS mener derfor at avsnittet om kommunehelsetjenesten er avleggs med tanke på de føringer helsemyndighetene har om at kommunen skal ta over mer og mer av utredning, behandling og/eller oppfølging av pasienter med psykiske lidelser i spekteret lettere til mer alvorlige tilstander.

### **I det følgende kommenteres forslag fra rapporten:**

- *Det er behov for et kompetanseløft lokalt, regionalt og nasjonalt. På regionalt nivå bør det utvikles kompetansemiljøer for barn, ungdom og voksne som kan gjøre spesialisert utredning og differensialdiagnostikk innen fagområdet. Slike miljøer kan organiseres ved enkelte poliklinikker eller i nettverk, men forutsetter mer dedikerte ressurser og bedre regional koordinering.*

**Kommentarer:** HKS støtter behovet for kompetanseløft på alle nivåer i helsetjenesten.

Kompetansemiljøer kan organiseres som et samarbeid mellom poliklinikker i spesialisthelsetjenesten (BUP og VOP), eventuelt også med somatisk sykehus (private/offentlige endokrinologer/gynekologer/plastikk kirurger), og spesialiserte helsestasjoner (sentre) alla HKS Oslo modellen (kjønn- og seksualitetsklinikker) lokalisert i kommunehelsetjenesten i Norges største byer (spredd på alle fire helseforetak og hvor det lages avtaler om interkommunalt samarbeid da det enkelte pasientvolum vil bli for lite til å ha et tilbud som HKS i hver eneste kommune). HKS kunne for eksempel utvides til å inkludere innbyggere i alle kommuner i Stor Oslo (Oslo- regionen og utvide aldersspennet til 0- 100). Diagnostikk/differensialdiagnostikk av kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori kan foregå ved kommunal HKS, samt behandling og oppfølging av lettere til moderate psykiske plager/lidelser. Ved alvorligere og mer komplekse tilstander og ved behov for mer sammensatt behandling og utredning henvises pasientene til spesialisthelsetjenesten parallelt, hvor HKS og BUP eller VOP (eventuelt andre instanser som BV etc.) samarbeider og koordinerer behandlingssinnsatsen ved bruk av Individuell Plan. En universalisering av HFU er på vei, men dette er for prematurt når det kommer til personer med kjønnsinkongruens/dysfori da det er behov for spesialkompetanse på kjønn, seksualitet, seksuell helse, kjønnsbasert og seksualitetsbasert minoritetsstress, resiliensfaktorer/helsefremmende faktorer spesielt for denne gruppen, kunnskap om spesielle forhold rundt fertilitet, anger, strategier i en kom ut prosess, basiskunnskap om hormoner, seksualtekniske og kjønnsbekreftende hjelpemidler, hvordan jobbe med å bli trygg i eget



kjønnsuttrykk etc. Sistnevnte er undervurdert kraftfulle intervensjoner og svært lavterskelaktig og vi antar at kanskje flere vil kunne ha nytte av dette fremfor hormoner eller litt av begge deler. Slik situasjonen er i dag må man betale store beløp for å få hjelp til dette av private aktører. Dette burde være et offentlig gratis helsetilbud, og et undervurdert behandlingstiltak (sosial transisjon). På bakgrunn av dette ville det være en løsning å opprette flere HKS som ble organisert i Familiehus og samlokalisert med andre faggrupper rundt omkring i landet.

I de faglige anbefalingene som Helsedirektoratet nå jobber med, bør det utarbeides protokoller, samvalgsværktøy og forløpsbeskrivelser, flowdiagram hvor det er rom for fleksibilitet og individualisering. HKS modellen har en svært stor fordel ved at klienten kan møtes ofte (hver uke i en kartlegging og utredningsfase) og erfaringen viser at dette bidrar svært positivt til en terapeutisk allianse og trygg relasjon. Det er svært individuelt hvor lang tid den enkelte trenger med tanke på utredning, og hvor ofte det er behov for samtaler. Dette vil komme an på pasientens ønsker og behov, i tett samarbeid med helsepersonellet. For enkelte klienter fungerer f eks psykologen som en type fastpsykolog, hvor pasienten ved behov tar kontakt for (støtte) samtale, behov for uttalelser ifht NAV/skole, samtaleterapi i perioder etc.

- *Parallelt bør den nasjonale tjenesten få tildelt ressurser for å ivareta økningen i antallet henvisninger og oppgaver som sikrer kompetansespredning. Frem til et regionalt tilbud har slik kompetanse må alle utredninger og oppstart av behandling foregå i den nasjonale tjenesten. Kun gjennom en total sentral oversikt av pasientene kan man vurdere om noen bør følges opp mer regionalt.*

**Kommentarer:** Sett i forhold til hvordan helsetjenesten generelt er organisert i Norge er HKS sin oppfatning at pasienter bør få den kjønnsbekreftende behandlingen de trenger (inkl. hormoner) på et lavere nivå i helsetjenesten, det vil si etter utredning og diagnostikk av helsepersonell med omfattende kunnskap om kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori og som ellers tilfredsstillende kriteriene i SOC 7 for hhv. voksne og ungdom (Tanner 2). Pasientene bør kun henvises videre til Nasjonal Behandlingstjeneste for Transseksualisme ved behov for komplisert endokrinologi eller genitalkirurgi. HKS foreslår at Helsedirektoratet kommer med en foreløpig veileder som sier noe om at pasienter som har en kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori hvor det er liten tvil om at kjønnsidentiteten er godt konsolidert og tilstanden har vart over lengre tid, kan få utredning/behandling av transkompetent helsepersonell på et lavere nivå i helsetjenesten. Det vil være misbruk av

ressurser og bidra til unødvendig lange utredninger og ventetider å henvise alle til NBTS, når NBTS kun gir behandling til pas. som fyller kriteriene for F.64.0 Transseksualisme.

- *For pasienter både i og utenfor et behandlingsforløp er tilgang til oppfølgningstjenester, hjelpemidler og behandlingshjelpemidler en svakhet som øker smerte og reduserer livskvalitet. Regionene bør sørge for bedre informasjon og oversiktlige alternativer for utredning, behandling, nettverk, behandlingshjelpemidler og oppfølging for ulike tilstander innen kjønnsinkongruens/dysfori.*

**Kommentarer:** Dette er en oppgave som med fordel kan løses av HKS- tilbudene lokalisert til storbyene i Norge etter HKS modellen i samarbeid med NAV, brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten (psykisk helse og somatisk helse).

- *Et samvalgsverktøy tilrettelagt for barn, ungdom og voksne bør utvikles. Dette kan klargjøre alternativer, fordeler og ulemper ved tilgjengelige behandlingsoalternativer, og gi informasjon, balansere forventninger og støtte beslutninger for alle involverte parter*

**Kommentarer:** Støttes og vurderes som et svært godt tiltak som vil formalisere prosessen med sikring av informert samtykke/psykisk/psykososial forberedelse til ulike kjønnsbekreftende tiltak for barn, ungdom og voksne. Informert samtykke er en beslutningsprosess over tid hvor det gis tid til refleksjon og overveielse av alternativer på grunnlag av best tilgjengelig kunnskap og erfaringer på feltet.

- *Alle bidragsytere ønsker å støtte arbeidet med en ny nasjonal retningslinje eller annet normerende produkt fra Helsedirektoratet.*

**Kommentarer:** Støttes fullt og helt, men Helsedirektoratet bør komme raskere ut med en foreløpig veileder/rundskriv i påvente av nasjonale faglige normer på fagområdet. Disse bør spesifisere hvem som skal kunne få kjønnsbekreftende behandling (hormoner/kirurgi), på hvilket nivå i helsetjenesten de kan få det og av hvilke fagpersoner/helsepersonell og etter hvilke kriterier. HKS mener at det haster å få en nasjonal faglig retningslinje på plass, da dette fagområdet lett kan føre til stor variasjon i hjelpetilbudet, ulike prioriteringer og ulik kvalitet. Videre er det til dels stor faglig uenighet på vesentlige spørsmål når det gjelder barn, ungdom og voksne med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori. Faglig uenighet viser seg også innad i tverrfaglige team internasjonalt og blant behandlere som jobber med denne gruppen i Norge. Nasjonale faglige normer på fagområdet vil også sikre den nødvendige transparensen på hvordan fagpersoner tenker, vurderer og prioriterer, noe som frem til nå har vært helt fraværende ved NBTS og skapt svært stor usikkerhet hos pasientene.

- *Innen rammen av ny diagnosemanual (ICD-11) vil både regioner og nasjonale helsemyndigheter måtte vurdere organisering og faglige innhold i sine tilbud. ICD-11 vil representere en ny forståelse av tilstander og utfordringer knyttet til kjønnsidentitet, og*

*dette kan gi nye føringer for utredning, behandling og oppfølging. Dessuten vil den påvirke utdanning, veiledning, rekruttering og behandlingsforløp, og nødvendigvis innebære en ny og oppdatert vurdering av NBTS sitt mandat og kriterier for behandling.*

**Kommentarer:** Som tidligere påpekt (under «generelt»), så blir det vanskelig å kommentere på dette, da det synes forhastet å bestemme organiseringen av helsetilbudet til pasienter med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori før diagnosemanualen er på plass. Igjen, en foreløpig veileder/rundskriv fra Helsedirektoratet er å foretrekke, slik at pasienter som har behov for kjønnsbekreftende helsehjelp også kan få det i ventetiden på nye nasjonale faglige normer på feltet. Videre venter man på en snarlig SOC 8, dvs. oppdaterte internasjonale behandlingsstandarder. I den nye diagnosen kjønnsinkongruens, anerkjennes kjønn som mere sammensatt og mangfoldig enn hva tokjønnsmodellen tillater. Heller ikke alle opplever symptomer, og symptomene kan ha ulik intensitet.

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

**Kommentarer:** HKS mener hormonbehandling kan startes på et lavere nivå i helsetjenesten, på linje med hvordan man organiserer helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori i Canada og i tråd med rapporten Rett til Rett Kjønn- Helse til alle kjønn (Hdir, 2015).

- *Det er videre enighet om at genitalkirurgi og komplisert endokrinbehandling fortsatt bør ligge sentralt.*

**Kommentarer:** HKS støtte dette fullt og helt. Eventuelt ville det være bedre om det her ble et nordisk samarbeid med f eks ANOVA i Sverige hvor det er høy kompetanse på å gi kjønnsbekreftende helsehjelp til personer med kjønnsdysfori.

- *Arbeidsgruppen mener det er behov for mer kunnskapsutvikling og forskning både på eksisterende pasientkohorter og på mennesker som presenterer seg som ikke-binære. Det er ønskelig å følge opp forskningen ved Karolinska knyttet til behandling av mennesker med ikke-binær kjønnsidentitet. Det bør settes av ressurser til følgeforskning (gjærne i form av multisenterstudier på skandinavisk/europeisk nivå), videreføre ENIGI-samarbeidet og vurdere et kvalitetsregister.*

**Kommentarer:** HKS støtter behovet for mer kunnskapsutvikling og forskning, men hvordan denne forskningen skal gjøres og hvem som skal stå for denne forskningen mener HKS må diskuteres, da det kommer an på hvordan organiseringen av helsetilbudet blir. HKS har den oppfatning at ANOVA i Sverige med overlege Cecilia Dhejne i spissen bør få forespørsel om et slikt forskningssamarbeid.

- *Kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens bør få mer plass i utdanning av helsepersonell, og det er grunn til å forvente en mer mangfoldig tilnærming til kjønnsidentitetsutvikling i relevante grunn- og videreutdanning fremover. Det har over tid vært en profesjonsdebatt omkring sexologi bl.a. i dette fagområdet, noe dette arbeidet ikke har tatt stilling til. Likevel er det sexologiske perspektivet vesentlig å inkludere både når det gjelder utredning, behandling og oppfølging både for barn, ungdom og voksne.*

**Kommentarer:** HKS finner det uforståelig at det sexologiske fagområdet ikke er tatt stilling til.

Internasjonalt og historisk sett har dette fagområdet vært tatt hånd om av sexologer. Sexologi omhandler kjønnsidentitetsvariasjoner så vel som seksualitetsvariasjoner, og ikke minst har sexologiske utdanninger en helt egen metode som heter SSA/SAR (Sexual Self Acknowledgement/Sexual Attitudes Restructuring) for bevisstgjøring av egne følelser, verdier og holdninger (motoverføringer) i møte med personer som bryter med normer for kjønn og seksualitet. Dette er omfattende arbeid, med eksponering og refleksjon individuelt og i gruppeteori og praksis møter egne fordommer/følelser og erfaringer, verdier etc. Sexologifaget kan ikke reduseres til et «sexologisk perspektiv», hvilken som helst helsepersonell kan trekke på ved behov, men en tverrfaglig og personlig modningsprosess som er avhengig av rammer satt i et videreutdanningsforløp med kurs og 2 år med veiledet sexologisk praksis med påfølgende autorisasjon. HKS mener en sexologisk videreutdanning er helt grunnleggende for å jobbe med personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori. Både i Danmark og Sverige er utredning/behandling av kjønnsdysfori lagt til offentlige sexologiske klinikker på sykehus. I Danmark/Rigshospitalet i København, og Sverige/ANOVA/Karolinska er det ansatt spesialister i sexologi autorisert av Nordic Association for Clinical Sexology (NACS). Ved Rigshospitalet i København utdanner man også leger og psykologer til spesialister i klinisk sexologi. Se følgende sider:

ANOVA: <http://www.anova.se/TM3.htm>

Rigshospitalet/København: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Koebenhavn/Undersoegelse-og-behandling/Sexologisk-Klinik/Sider/default.aspx>

**I det følgende kommenteres arbeidsgruppens uenigheter punkt for punkt:**

- *Hvilke kriterier som pt skal utløse rett til (hormonell og kirurgisk) behandling, om dette utelukkende skal baseres på opplevd kjønnsdysfori eller på gjeldende etablerte og operasjonaliserte diagnosekriterier med empirisk grunnlag.*

**Kommentarer:** Punktet angående kriterier inneholder ingen motsetning slik HKS forstår det.

Diagnosene kjønnsinkongruens (kommende ICD 11) og kjønnsdysfori (DSM 5) grunner seg på intet annet enn en «subjektiv opplevelse». Kjønnsidentiteten er et subjektivt og affektivt ladet fenomen som kun den enkelte som har kjønnsidentiteten kan svare på hva er og som inkluderer

mann, kvinne, begge deler/ulike kombinasjoner, ingen kjønnsopplevelse, eller en alternativ kjønnskategori (Institute of Medicine, 2011) og det samme gjelder spørsmålet om hvor plaget den enkelte er med kjønnsinkongruensen. Det finnes sånn sett ingen objektive og godt operasjonaliserte diagnosekriterier. HKS stiller også spørsmålstegn ved diagnosekriterienes empiriske grunnlag og hva det i det hele tatt betyr i denne sammenheng? For mer om hvordan prosessen med å høre de som blir berørt av diagnoseendringene har foregått, se følgende:

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0160066>.

De diagnostiske kriteriene har ligget åpent tilgjengelig for at hvem som helst kan komme med innspill til prosessen med å avgjøre hva som skal være gjeldende kriterier, hva diagnosene skal hete, og hvor i diagnosemanualen diagnosene skal plasseres og hva dette kapittelet skal hete. Det vil ikke være kontroversielt å hevde at kjønnsdiagnosenes utforming og anvendelse (på lik linje med diagnosene som gjaldt homoseksualitet, BDSM og transvestittisk fetisjisme og som nå er friskmeldt) er vesentlig påvirket av politisk påvirkning fra de som diagnosene har store konsekvenser for med tanke på stigma og diskriminering og tilgang på medisinsk nødvendig behandling. Diagnostiske kategorier er for en stor del bestemt av konsensus blant erfarne klinikere og forskere, ikke kun forskningsbaserte. Kunnskapsbasert praksis betyr ikke kun praksis som bygger på forskning, men en blanding av forskning, klinisk erfaring og brukermedvirkning (tilpasning til pasientens ønsker og behov, kulturelle bakgrunn, religion, generelle funksjonsnivå, psykiske funksjon, seksuelle orientering etc.). På et fagområde med svakt tilfang av randomiserte kontrollerte studier (nivå 1 evidensbasert praksis) må man også intervensere på bakgrunn av respekterte klinikers erfaringer og visdom (laveste nivå av evidensbasert praksis). Utfordringen på det spesifikke fagområdet for kjønnsinkongruens er at det som av noen vurderes som klinisk visdom av andre vurderes som uvitenhet og i verste fall inkompetanse.

Historisk sett har mange transpersoner fabrikkert narrativet «født i feil kropp» og blitt lært opp av andre transpersoner for med det å gjøre det lettere å bli vurdert som «true transsexuals» og dermed vurderes av psykologer og leger som egnet til medisinsk og kirurgisk transisjon (Lev, 2004). En hypotese vi på HKS har er at siden flere og flere tilbydere verden over også gir kjønnsbekreftende behandling til personer som ikke passer med prototypen av en person med transseksualisme, så har flere og flere også kommet frem med sine mer autentiske erfaringer av kjønnsinkongruens («transgender experiences») og ikke lenger tar seg bryet med å konstruere et uekte narrativ for å kunne diagnostiseres med F64.0 for å få behandling (fordi de ikke lenger må det). Poenget er at NBTS gjennom sin historie fra 1960 tallet og til i dag med stor sannsynlighet også har behandlet pasienter som ikke egentlig fyller kriteriene for F64.0. Spesielt tenker HKS dette kan gjelde for de som ble tildelt jenter ved fødsel og som identifiserer seg maskulint da mange av disse pasientene

ikke f. eks ønsker genital rekonstruksjon. Hva er da egentlig forskjellen på behandlingen for en klassisk kvinne til mann transseksuell (for å bruke gamle begreper) og en ikke- binær transperson som definerer seg som «ikke- binær transmaskulin» og kun ønsker delvis behandling som hormoner og mastektomi? Svaret er at det ikke er noen forskjell. Og hva vet egentlig NBTS om pasienter som hopper av behandlingen og faller ut av utredningen og behandlingen hos dem? Kan det være at de har hoppet av fordi de har fått nok behandling og er fornøyde, og at NBTS krysser av dette som «anger»? Det finnes også forskning på ikke- compliant transseksuelle som gjennomgår behandling uavhengig av noen form for godkjenning og egnethetsvurdering av noen psykolog eller psykiater og oppnår like gode resultater, bare raskere (Pimenoff & Pfäfflin, 2011)

En vesentlig utfordring på fagområdet er operasjonaliseringen av kriteriene for diagnosene (se eget vedlegg for foreslåtte diagnostiske kriterier i ICD 11), hvordan skal man f. eks avgjøre hva som er «sterkt» nok ifht ønske om å få primære/og eller sekundære kjønnskarakteristika som passer med opplevd kjønn? Også de såkalt objektivt operasjonaliserte diagnostiske kriterier har et vesentlig subjektivt aspekt ved seg, hvem er det som kan avgjøre hva som er sterkt nok ubehag/dysfori knyttet til kjønnsinkongruensen for at det skal gi rett til behandling? Kjønnssidentiteten er en subjektiv størrelse og det samme er opplevd grad/styrke/intensitet av kjønnsdysfori. La oss håpe at WHO har problematisert hvordan klinikere skal vurdere dette i de diagnostiske retningslinjene.

HKS sin oppfatning er at dette spørsmålet faglig sett ikke kan vurderes adskilt fra prosessen med å innhente informert samtykke og vurderingen/utredningen av hvor forberedt psykisk vedkommende er på feminiserende eller maskuliniserende hormonbehandling. Har pasienten realistiske forventninger til behandlingen? Kan vedkommende overskue de psykososiale følgene av å gjennomgå kjønnsbekreftende behandling? Det vil si virkningen av maskulinisering/feminisering på hvordan en oppfattes av andre, og mulige innvirkninger på seksualiteten, betydningen for fertilitet, jobbmessig/skolemessig, sosialt, psykisk, fysisk etc. Dette er etter HKS sin oppfatning mye viktigere, og mer sentrale spørsmål, i tillegg til å tematisere mulig anger og ambivalens i en trygg relasjon. Målet må her være at man *sammen med* pasienten vil finne ut hva som er best for pasienten. HKS mener hjelpetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori må bli vesentlig mer klientsentrert og i større grad respektere pasientens selvbestemmelsesrett når det kommer til hva som skal skje, og ikke skje, med ens egen kropp. Dette er en grunnleggende seksuell rettighet (utledet av de generelle menneskerettighetene).

### **Kriterier som skal utløse rett til hormonell behandling er (SOC 7):**

1. Vedvarende og veldokumentert kjønnsdysfori
2. Evne til å ta en fullt informert beslutning, og til å samtykke til behandling;
3. Myndighetsalderen i et gitt land;
4. Hvis det foreligger betydelig medisinske eller psykiske helseproblemer, må disse i rimelig grad være under kontroll.

Som beskrevet i SOC's kapittel VII, utelukker ikke nødvendigvis tilstedeværelsen av samtidige forhold som angår psykisk helse tilgang til feminiserende/maskuliniserende hormoner. Snarere må disse håndteres *før eller samtidig* med behandling av kjønnsdysfori. (s.36).

Ved behov for mer komplisert utredning psykologisk og psykiatrisk må pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten på vanlig måte.

Når det gjelder kriterier for kirurgi, både mastektomi og brystforstørrelse, samt genital kirurgi, er disse redegjort for på side 61 til side 67 i SOC 7 <https://www.wpath.org/publications/soc>

- *Om endokrinologisk og øvre kirurgisk behandling er en høyspesialisert tjeneste som bør være sentralisert, eller om oppstart av slik behandling skal delegeres til regionale sentra og/eller fastleger.*

**Kommentarer:** Etter gitte kriterier og protokoller bestemt av helsemyndighetene (utarbeidet i samråd med kjønnsekspertene) kan hormonbehandling gis av tverrfaglige team med sexologisk kompetanse i kommunene (HKS Oslo modellen). For ytterligere et kanadisk eksempel på en slik protokoll, se her <http://sherbourne.on.ca/wp-content/uploads/2014/02/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2015.pdf>

Eventuelt: <https://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/gp-initialassess.html>

De tverrfaglige teamene bør ha klare samarbeidslinjer inn mot spesialisthelsetjenesten ved behov. Henvisning til hormonbehandling (vurdering av egnethet og psykisk forberedelse) kan skje iht SOC 7 sine kriterier. Ved behov for brystimplantat eller mastektomi holder det med at ett helsepersonell med kompetanse på kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori henviser til dette, og for de som ble tildelt kjønnet kvinne ved fødsel er ikke hormonbehandling en betingelse. For tildelt kjønnet mann ved fødsel anbefales det å få feminiserende hormonbehandling minst ett år først. Ved genitalkirurgi må vedkommende henvises til NBTS for en diagnostisk second opinion før eventuell godkjenning for genitalkirurgi. SOC har gitte kriterier også for slike henvisninger. Det er behov for anbefalingsbrev fra to uavhengige behandlere med kompetanse på kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori ved henvisning til NBTS for genitalkirurgi.

- *I en viss utstrekning foregår lokal hormonbehandling utenom den nasjonale behandlingstjenesten både innen og utenfor indikasjonen F 64.0. Videre også henvisning til privat brystkirurgi parallelt med utredning og diagnostikk ved NBTS. Det er uenighet om i hvilken grad dette er forstyrrende for utredning og diagnostikk ved NBTS, og om det er en forsvarlig medisinsk praksis. Fra NBTS oppfattes dette som krevende.*

**Kommentarer:** HKS kan ikke se at dette vil være noe mindre forsvarlig medisinsk praksis i Norge enn det er i f eks Canada, hvor det er etablert praksis fra helsemyndighetene at hormonbehandling igangsettes lokalt og pasienter kan også henvises til brystkirurgi lokalt. I SOC 7 står ikke Transseksualisme i noen særstilling, slik at det på flere kjønnsidentitetsklinikker internasjonalt nå også gis behandling til personer som ikke nødvendigvis ønsker all tilgjengelig kjønnsbekreftende behandling, men deler av den (f eks bare hormonbehandling og delvis maskulinisering etc., eventuelt kun mastektomi og ikke hormonbehandling, eller kun feminiserende hormonbehandling og ingen brystimplantat eller genitalkirurgi). Det skal presiseres at dette kun stort sett gjelder voksne personer og ungdom over 16 år.

- *Vektlegging og hensyn til samtidige lidelser/tilstander, og om slike gir grunnlag for å utsette ev kontraindisere kjønnsbekreftende behandling. Dette gjelder mange ulike tilstander, bla sykelig overvekt, asperger og øvrige autismspekterforstyrrelser, rusmiddelavhengighet, redusert kognitiv funksjon m.fl.*

**Kommentarer:** HKS mener det på generelt grunnlag er umulig å kommentere særlig på dette, da det vil være individuelle og komplekse faglige vurderinger som må gjøres i tverrfaglige team i kommunen og dersom tilstandsbildet er såpass komplekst og alvorlig at det utløser rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten bør pasienten henvises dit parallelt. Ingen av tilstandene over er absolutte kontraindikasjoner i seg selv. Ovenstående tilstander må ses i sammenheng med pasientens øvrige liv, psykososiale støtte, anamnese og bakgrunn, øvrige fysiske og psykiske helse, grad og type rusmiddelavhengighet og hva slags kognitiv funksjonssvekkelse det er snakk om. HKS mener f eks tilstedeværelsen av Asperger syndrom heller stiller krav til tilpasning hos den som skal utrede og behandle for å legge forholdene til rette for at vedkommende skal få den behandlingen pasienten har behov for. I Sverige, ved ANOVA i Stockholm, kan overlege Cecilia Dhejne fortelle at de ikke trenger at pasienten har en formell diagnose på Asperger og at det å ha en Asperger diagnose eller trekk av dette ikke utgjør noen kontraindikasjon for behandling. Cecilia Dhejne kan videre fortelle at de ikke har noen absolutte kontraindikasjoner for kjønnsbekreftende behandling (i tidsrommet 2013- 2015 møtte 479 personer til første konsultasjon ved ANOVA og i gjennomsnitt fikk 80 % hormonell eller kirurgisk behandling disse tre årene). Pasienter med Asperger syndrom kan ha vanskeligere for å uttrykke kjønnsdysforien og vansker med å komme i gang med virkelighetserfaringen før de har den «riktige kroppen, og de riktige hormoner i på plass i kroppen» først. Mange kan også velge å ha et kjønnsuttrykk som bryter med vår kulturs stereotypiske uttrykk for maskulinitet og femininitet. Klinikere må her



stille andre og mer konkrete spørsmål, lage visualiserte samtykkeplaner og avklare forventninger til hva f eks hormonbehandling vil kunne gi av virkninger psykisk, sosialt og fysisk. Generelt krever et mer komplekst tilstandsbilde større forsiktighet, grundigere utredning, og større kjennskap til hvordan pasienten fungerer psykisk, sosialt og i hverdagen når det kommer til igangsetting av kjønnsbekreftende behandling med irreversible effekter. For mer om samvariasjonen autisme og kjønnsdysfori hos ungdom og foreløpige retningslinjer for diagnostikk/utredning og kjønnsbekreftende behandling, se her:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15374416.2016.1228462>

Med vennlig hilsen

**Ingun Wik**

Avdelingsleder

**Ronny Aaserud**

Psykologspesialist og spesialist i sexologisk rådgivning NACS

**Harald Høvik**

Lege

Dokumentet er godkjent elektronisk og derfor ikke undertegnet.

## Litteraturliste:

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 , 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>

De Vries A, Noens I, Cohen-Kettenis P, et al. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 40:930–936.

Dhejne C et al (2011), «*Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*». PLoS One.

Drescher J<sup>1</sup>, Cohen-Kettenis P, Winter S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*.;24(6):568-77. doi: 10.3109/09540261.2012.741575.

Haraldsen, I. (2010). Seksualitetens betydning for helse og velvære. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (red.), *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

IOM (Institute of Medicine) (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.

Janssen, A., Huang H., Duncan C. (2016). Gender Variance Among Youth with Autism Spectrum Disorders: A Retrospective Chart Review. *Transgender Health* Volume 1.1.

Kaltiala-Heino, R, Sumia M., Työlajärvi M. and Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 9:9  
DOI 10.1186/s13034-015-0042-y

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.

Ristori J. & Steensma T. D. (2016): Gender dysphoria in childhood, *International Review of Psychiatry*, DOI: 10.3109/09540261.2015.1115754

Strang JF, Kenworthy L, Dominska A, Sokoloff J, Kenealy LE, Berl M, Walsh K, Menvielle E, Slesaransky-Poe G, Kim KE, Luong-Tran C, Meagher H, Wallace GL.(2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder.

*Archives of Sexual Behavior*. Nov; 43(8):1525-33.

Van Schalkwyk G, Klingensmith K, Volkman F. (2015). Gender identity and autism spectrum disorders. *Yale Journal of Biology and Medicine*; 88:81–83.

Veronica Pimenoff & Friedemann Pfäfflin (2011): Transsexualism: Treatment Outcome of Compliant and Noncompliant Patients, *International Journal of Transgenderism*, 13:1, 37-44

**To link to this article:** <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.618399>

Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen- Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric Comorbidity Among Children With gender Identity Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 46 (10), 1307-1314.

Zucker, K.J., Wood, H., & VanderLaan, D.P. (2014). Models of psychopathology in children and adolescents with gender dysphoria. In: B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma, A.L.C. de Vries (Eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in Care and Knowledge*. New York: Springer Science + Business Media, pp. 171–192.

## Vedlegg om diagnostiske kriterier kjønnsinkongruens ICD 11:

The Working Group has recommended reconceptualizing the ICD-10 category F64.0 Transsexualism as Gender incongruence of adolescence and adulthood<sup>72</sup> and the ICD-10 category F64.2 Gender identity disorder of childhood as Gender incongruence of childhood<sup>73</sup>.

### UNGDOMMER OG VOKSNE

The proposed diagnostic requirements for Gender incongruence of adolescence and adulthood include the continuous presence for at least several months of at least two of the following features:

- a) a strong dislike or discomfort with primary or secondary sex characteristics due to their incongruity with the experienced gender;
- b) a strong desire to be rid of some or all of one's primary or secondary sex characteristics (or, in adolescence, anticipated secondary sex characteristics);
- c) a strong desire to have the primary or secondary characteristics of the experienced gender; and
- d) a strong desire to be treated (to live and be accepted as) a person of the experienced gender.

As in the ICD-10, the diagnosis of Gender incongruence of adolescence and adulthood cannot be assigned before the onset of puberty. The duration requirement is reduced from two years in ICD-10 to several months in ICD-11.

The ICD-11 abandons ICD-10 terms such as “opposite sex” and “anatomic sex” in defining the condition, using more contemporary and less binary terms such as “experienced gender” and “assigned sex”. **Unlike ICD-10, the proposed ICD-11 diagnostic guidelines do not implicitly presume that all individuals seek or desire full transition services to the “opposite” gender. The proposed guidelines also explicitly pay attention to the anticipated development of secondary sex characteristics in young adolescents who have not yet reached the last physical stages of puberty, an issue that is not addressed in ICD-10.**

### BARN

The proposed ICD-11 diagnostic requirements for Gender incongruence of childhood are considerably stricter than those of ICD-10, in order to avoid as much as possible the diagnosis of children who are merely gender variant. **All three of the following essential features must be present:**

- a) a strong desire to be, or an insistence that the child is, of a different gender;
- b) a strong dislike of the child's own sexual anatomy or anticipated secondary sex characteristics, or a strong desire to have the sexual anatomy or anticipated secondary sex characteristics of the desired gender; and

c) make believe or fantasy play, toys, games, or activities and playmates that are typical of the experienced gender rather than the assigned sex. The third essential feature is not meaningful without the other two being present; in their absence it is merely a description of gender variant behaviour. These characteristics must have been present for at least two years in a prepubertal child, effectively meaning that the diagnosis cannot be assigned prior to the age of approximately 5 years. The ICD-10 does not mention a specific duration requirement or a minimum age at which it is appropriate to assign the diagnosis.

The proposed diagnostic guidelines for both Gender incongruence of adolescence and adulthood and Gender incongruence of childhood indicate explicitly that gender variant behaviour and preferences alone are not sufficient for making a diagnosis; some form of experienced anatomic incongruence is also necessary. *Importantly, the diagnostic guidelines for both categories indicate that gender incongruence may be associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning, particularly in disapproving social environments and where protective laws and policies are absent, but that neither distress nor functional impairment is a diagnostic requirement.*

**Referanse:**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032510/>