



HØRINGSSVAR

«Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori»

Med hvilke briller ser vi på fenomenet som har ført til eksplosiv økning i antall barn og unge som vil skifte kjønn?

Skandinavisk foreldrenettverk for personer med kjønnsdysfori

Kontakt: Marit Rønstad - mobil: 98845107 - marit@skohest.no

Innhold

Innledning.....	2
Kjønnskorrigerende behandling, livsvarig og kostbar, men ikke effektiv	2
Manglende fenomenforståelse hindrer differensiering.....	3
Rapid Onset Gender Dysphoria	4
Barn søker etter identitet, et sted å høre til	5
Hvor søker barn i denne alderen informasjon?	5
Hva kan gjøres?	5
Ikke male barn opp i et hjørne	6
Hvem skal gi informasjon og støtte til foreldre og barn som ytrer ønske om å skifte kjønn?	6
Differensiering av de ulike kategoriene, beskytte de sårbare	7
Konklusjon	8

Innledning

Etter å ha lest høringsrapporten «Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori» (heretter omtalt som høringsrapporten eller rapporten) står vi først og fremst igjen med uvisshet omkring hvilket utgangspunkt og hvilke mål vi har for denne gruppens psykiske og fysiske helse.

Fra vårt ståsted er målene følgende:

- At barn og unge utvikler et trygt og sunt forhold til den kroppen de er født med
- At flest mulig kommer seg gjennom barndom og pubertet uten å bli avhengig av livslang medisiner og kirurgi.
- At ingen får forverret psykisk og fysisk helse som følge av kjønnsbekreftende behandling
- At intersex-personer (personer med uklare kjønnskarakteristika ved fødsel) får rask og riktig helsehjelp

Kunnskapen rundt dagens helsetilbud for personer med kjønnsdysfori er mangelfull på mange områder. Fra årsaker og diagnostisering, til hvor effektiv og risikabel medisinsk behandling er. Dette finner vi igjen flere steder i høringsrapporten.

Det virker som om det eneste som er sikkert, er at man vet lite. Vi har flere spørsmål enn svar, og vil i denne uttalelsen fremme noen spørsmål, som vi mener rapporten ikke ivaretar. Vi vil også få lov å trekke frem viktige poeng som vi finner i rapporten.

Vi som skriver dette er en gruppe foreldre til transpersoner, barna våre er i ulike faser i sin transisjon, fra tidlig fase i kjønnsdysfori, til fullført transisjon og retur tilbake til fødte kjønn.

Felles for alle er at de ikke får nødvendig helsehjelp for psykiske og fysiske lidelser som ligger til grunn, eller som følge av sitt sosiale eller medisinske kjønnsbytte. Barna har imidlertid fått rask bekreftelse og støtte i førstelinje og andrelinjetjeneste, og blir forberedt på kjønnsbytte. Etter vår mening, skjer dette altfor raskt. For noen har det fått uopprettelige følger.

Kjønnskorrigerende behandling, livsvarig og kostbar, men ikke effektiv

Vi vil først ta utgangspunkt i rapportens s. 9

Prioriteringer i helsetjenesten er også etiske veivalg bl.a. fordi det betyr å avstå fra å gi et potensielt nyttig medisinsk tilbud for å kunne anvende de samme ressursene på andre og viktigere tiltak. Tiltak uten eller med svakt dokumentert nytteeffekt, tiltak med «urimelig» dårlig kostnadsnytte, ratio og utredninger som ikke får konsekvenser for økt levetid eller økt livskvalitet, bør

prioriteres ned av hensyn til pasienten selv og av hensyn til andre pasienter med større behov (Norheim, 2003). Dette vil kunne gi prioriteringsdilemmaer ved en ev utvidelse av diagnosekriterier og desentralisering av behandlingstilbudet for brukergruppen.

Det finnes ikke vitenskapelig grunnlag for å si at dagens medisinske behandling er effektiv.

Dette slås fast i rapporten «Rett til rett kjønn» (2015, Rapport til helsedirektoratet) s.

3. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rett-til-rett-kjonn---helse-til-alle-kjonn/id2405266/>

Vi kan også lese det i høringsrapporten på s. 17:

Persons with transsexualism, after sex reassignment, have considerably higher risks for mortality, suicidal behaviour, and psychiatric morbidity than the general population.

I tillegg bekrefter University of Birminghams profesjonelle statistikk-senter, ARIF, som har sammenfattet hele 100 studier (sk metastudie) av effekten av kjønnskorrigeringer, at det ikke finnes evidens for at kjønnskorrigering gir den forventede psykiske hjelpen. Dette kan leses her;

<https://www.theguardian.com/society/2004/jul/30/health.mentalhealth>

Kjønnsbekreftende behandling er med andre ord ikke riktig medisin. Dette er i seg selv grunn nok til å holde fast ved Rikshospitalets restriktive linje når det gjelder å gjennomføre behandling. Det er svært, svært få som trenger behandling og som har nytte den. Å utvide behandlingstilbudet til fastleger og helsesøstre og gjøre den tilgjengelig for flere, gir ingen vinning for pasienten.

Videre må man se på kilder som trekkes frem, bl. a. fra Karolinska i Stockholm, som påstår at bare 2-3 % sier at de angrep kjønnsbytte. Det er en sannhet med modifikasjoner, da den ikke ivaretar svarprosenten godt nok. Blant annet svarer ikke de som har tatt selvmord **etter** kjønnsbytte og de som er tvangsinnlagte svarer heller ikke. Internasjonale studier viser at spørsmålsformularene sendes ut for tidlig og svarprosenten er ofte så lav som 20-40%.

At gruppen transpersoner trenger hjelp er helt sikkert, men hva slags hjelp og hvor og når den skal settes inn, er noen av de store spørsmålene vi reiser.

Manglende fenomenforståelse hindrer differensiering

I rapporten på s. 3 og 4 kan vi lese følgende:

flere enn de som i dag har et tilbud i helsetjenesten, skal tilbys behandling og oppfølging i tilknytning til ubehag og plager ved kjønnsinkongruens • økt kompetanse i alle deler av helsetjenesten for å sikre at mennesker som opplever kjønnsdysfori får tilbud om faglig forsvarlig helsehjelp og møtes av helsepersonell med forståelse og

respekt • tiltak for å bygge opp nødvendig kompetanse for utredning, diagnostikk og behandling av pasienter med kjønnsdysfori i alle delene av helsetjenestene

den primære oppfølgingen av barn før puberteten som skiller seg fra omverdenens forventninger til kjønn, bør etter ekspertgruppas vurdering forankres lokalt. • kommunene skal ha tilbud om råd og veiledning til foreldre, barnehage, skole og andre når et barn skiller seg ut fra omverdenens forventninger til kjønn

Høringsrapporten sier ingenting om hva «faglig forsvarlig helsehjelp» til denne gruppen er. Den sier heller ikke noe om hva slags «råd og veiledning» som skal gis, eller hva «omverdenens forventninger til kjønn» er. Rapporten gir inntrykk av at det er konsensus omkring disse problemstillingene, men er det det?

Vi mener rapporten gir for lite fokus på tidlig differensiering av diagnoser, og på hva som skjer med barn og unge i tidlige faser av deres kjønnsdysfori. For å fullt ut kunne differensiere må man belyse hvordan utviklingen har vært de seneste årene og man må jobbe for en bedre fenomenforståelse av hele trans-tematikken. Bare da kan man gi riktig råd og veiledning,

Da må man være bevisst på hvilke briller vi har på,

og hvem som har innflytelse på barn i dag

To sentrale spørsmål vi vil løfte frem er:

- Med hvilke briller ser vi på fenomenet som har ført til eksplosiv økning i antall barn og unge som vil skifte kjønn?
- Hvor finner barn og unge informasjonen de søker etter i dag?

Barn og unge er under en enorm innflytelse fra kilder på internett. Det er her de tilbringer store deler av sin fritid. Noen takler dette fint, mens andre utvikler depresjon og angst som følge av avhengighet til sosiale medier. Vi må kunne anta at økningen i antall unge som vil bytte kjønn, henger sammen med innflytelse de har fått på internett, på linje med selvskading, slanking og selvmordstrender.

<https://nhi.no/familie/barn/barn-og-sosiale-medier/>

Rapid Onset Gender Dysphoria

Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD) er betegnelsen på den nye gruppen personer som identifiserer seg som et annet kjønn enn det de er født med. Det som kjennetegner denne gruppen, er isolasjon og overdreven bruk av sosiale medier. De utvikler bl.a. angst, depresjon, skolevegring og kommer deretter ut som «trans». De bygger sin overbevisning på internett kilder som har tydelig agenda, men der råd ikke er forankret i medisinsk vitenskap og testet erfaring. Studien kan leses her:

[https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(16\)30765-0/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(16)30765-0/fulltext)

Barn søker etter identitet, et sted å høre til

Det er en tydelig sammenheng mellom å tidlig å utforske sin seksuelle legning og å spekulere i om man er trans. Svært mange av de som i dag identifiserer seg som et annet kjønn enn sitt biologiske, har hatt en usikkerhet knyttet til legning, denne oppstår tidlig, kanskje i 10-13 års alder.

Hvor søker barn i denne alderen informasjon?

De søker ikke hos foreldre, i aviser eller hos helsesøster/fastlege. De går til sine kjente arenaer på internett. Som Facebook, Tumblr, Youtube og Instagram. Inne på disse arenaene flommer det over av support-sider av mer eller mindre seriøs karakter. Noen er nok velmenende, men vi har også her middelaldrende transpersoner med seksualavvik, som mer enn gjerne støtter en ung og naivt søkende gutt eller jente på leting etter seg selv. Man må derfor se nærmere på hvor barn i dag orienterer seg omkring eget kjønn og seksualitet.

Hva kan gjøres?

Internett er en verden der man har tilgang til alt. Man klarer ikke å hindre at barn blir eksponert for uønskede innflytelser på nettet. Men man kan gjøre mer for å fange opp når barn blir nettavhengige, og uskyldige ofre for grooming. Foreldre som opplever dette bør ha et lavterskeltilbud i sitt nærmiljø, som støtter og gir råd, og som kan tilby aktiverende tiltak for å få barn bort fra skjerm og inn i annen virkelig (IRL) aktivitet. Tilbudet bør ha en familievennlig tilnærming, og jobbe mot å styrke forhold mellom foreldre og barn i denne vanskelige perioden. På denne måten kan man tidlig forhindre at barn isolerer seg og utvikler blandete lidelser som angst og depresjon. For at tilgjengeligheten skal være god, bør denne type hjelp tilbys på, eller i umiddelbar nærhet til skolen der barnet hører hjemme. Den bør være rask og ubyråkratisk.

I rapportens s 26 kan vi lese:

Samarbeid med kjønnsinkongruente barn og deres pårørende krever også særskilt kompetanse. Foreldre kan velge ulike roller som avventende, «bremsekloss» eller pådriver, og kan finne argumentasjon fra et stort antall artikler og nettressurser vedrørende denne pasientgruppen. Klinikere som ofte i utgangspunktet er usikre, vil i slike situasjoner ha store vansker i håndtering av eventuelt kryssende interesser hos barn og deres pårørende. Regionalt tilbud til voksne Også i DPS rapporteres for liten kunnskap om denne gruppens typiske psykologiske vansker og konflikter både før og etter et eventuelt kjønnsskifte. Også begrepsapparatet beskrives av noen som fremmed og ukjent der terapeuten noen ganger får opplæring av pasienten. Mange klinikere er usikre på forløp og kriterier, hvilke prosesser og utredninger pasientene må gjennom før de eventuelt får innvilget kjønnsskifteoperasjon, og hvorledes de bør følges opp. Det er mangelfull kunnskap om hvorledes hormonbehandling virker på kort og lang sikt, både somatisk og psykologisk, og hvordan man kan forebygge og håndtere slike

komplikasjoner. Også for voksne etterlyses klare retningslinjer for legers arbeid, og særlig hva angår hormonbehandling. Dette beskrives som udefinert område, og det må sikres at en slik behandling har klare retningslinjer som er faglig fundert, for at leger regionalt kan føle seg trygge på at de gir god og riktig helsehjelp.

Ikke male barn opp i et hjørne

Vi mener at rapporten hopper bukk over det aller viktigste, å sikre at ikke barn og unge males opp i et hjørne i utforskning av egen identitet. I stedet for å fokusere på hvordan man best mulig kan legge til rette for kjønnskifte, bør man sikre at ikke mediene, toneangivende stemmer og helsevesenet bidrar til å male unge mennesker opp i et hjørne. Pr i dag finnes det ingen utgang fra en fase hvor man identifiserer seg som det motsatte kjønn. På youtube og andre arenaer hører vi stadig om personer som angrer, hvordan skal foreldre, skole, førstelinjetjeneste fange opp og hjelpe disse?

Hvem skal gi informasjon og støtte til foreldre og barn som ytrer ønske om å skifte kjønn?

De som møter barna først idag, er supportsidene på internett. Når foreldre får vite om at barnet er trans, har det allerede fått opplæring på nett. Man bør derfor ha en bred tilnærming til fenomenet, og se det i sammenheng med andre sammenlignbare «trender» som anoreksi og cutting, som vi vet har stor utbredelse på internett.

Kompetansesentra bør driftes av habile og nøytrale kompetansepersoner, ikke som i dag, av toneangivende ideologiske organisasjoner, som har en klar politisk agenda.

Den som gir støtte og informasjon må ha en grundig fenomenforståelse for nyere tids utvikling innenfor transseksualitet. Man kan for eksempel bruke organisasjoner som Sanitetskvinnene, som jobber for å motarbeide kroppspress, foreningen Voksne for barn eller Foreldreutvalget for Grunnopplæringen, som er solide og voksenstyrte organisasjoner med et nøytralt og ikke-politisk utgangspunkt til transtematikken.

De bør tidlig tilby alternative veier til utvikling av identitet, og samtidig yte støtte til de som tviler, og hjelpe de til ikke å male seg opp i et hjørne.

Høringsrapporten forteller om «Studier som viser at 80-90% av barn som utviser ubehag knyttet til eget kjønn vokser det av seg.»

På s 17 kan vi lese:

Derfor er tiden og oppfølgingen etter ev hormonell og kirurgisk behandling vesentlig som en sårbar periode bl.a. for selvskadende atferd (ibid). I praksis betyr dette at man bør legge vekt på forberedelser og mestringsstrategier før utskrivelse, allianser og støtte fra familie, nettverk, arbeidsgivere, medelever, kolleger og nærmiljø for å styrke utvikling av en ny rolle uten stigma. Dette blir understreket av Dhejne et al (2011) som har fulgt en Svensk kohort av 324 pasienter før, under og etter kjønnsbekreftende behandling og konkluderer Persons with transsexualism, after sex reassignment, have

considerably higher risks for mortality, suicidal behaviour, and psychiatric morbidity than the general population. Our findings suggest that sex reassignment, although alleviating gender dysphoria, may not suffice as treatment for transsexualism, and should inspire improved psychiatric and somatic care after sex reassignment for this patient group.

Høringsrapporten klassifiserer at tilstanden kjønnsdysfori/kjønnsinkongruens medfører plager og ubehag, noe som ikke kan kategoriseres som spesielt ekstremt i medisinsk sammenheng.

Hvorfor legger vi da trykket på hvordan kjønnsbekreftende behandling skal tilrettelegges, og hvordan oppfølgingen av forverringen i etterkant skal foregå?

Det synes merkelig.

Differensiering av de ulike kategoriene, beskytte de sårbare

Vi må differensiere mellom de ulike kategoriene trans, fra de som har et seksuelt avvik, og tenner på å gå i kvinneklær, til de som har vært utsatt for overgrep og vil rømme fra kroppen, til de som lider av psykososer og skizofreni?

Man må også skille på behovet av at på ene siden vise respekt for transseksuelle og personer med kjønnsdysfori, lovstifte mot hat og diskriminering, og på andre siden behovet for å beskytte de som av depresjon, forvirring, psykososer, annen psykisk stressykdom i voksen alder ber om å få bytte kjønn. Internasjonale studier viser f.eks. 60-70% komorbiditet av alvorlige psykiske problemer ved Male-to-Female kjønnsdysfori.

Nedenfor er en skjematisk fremstilling av de ulike kategoriene «Gender Identity Disorders»

Main Syndromes of Gender Identity Disorder						
Label	Age of onset	Type of onset	Course	Sex ratio	Associated sexual variation	Causes and contributing factors
Childhood Onset Gender Dysphoria	Before puberty	Gradual	Usually resolves by puberty, but may persist into adulthood and become chronic	Males and females	Homosexuality (sexually aroused by members of their own biological sex)	Unknown
Autogynephilic Gender Dysphoria	At or after puberty	Gradual	May be remitting (cyclical) or progressive, may persist into adulthood and become chronic	Males only	Autogynephilia (sexually aroused by the thought or image of themselves as women)	Unknown
Autohomoerotic Gender Dysphoria	At or after puberty	Gradual	Little data, but may persist into adulthood and become chronic	Females only	Autohomoeroticism (sexually aroused by the thought of themselves as gay men)	Unknown
Rapid Onset Gender Dysphoria	Mid-adolescence	Rapid	Little data, but spontaneous recoveries occur	Mostly females	Little data, possibly heterogeneous	Behavioral contagion via peer group or social media; pre-existing personality and adjustment disorders

Gender identity is not the same thing as sexual orientation. For example, the desire to have intercourse with members of one's own sex is clearly different from the conviction that one is truly a member of the opposite sex. However, gender dysphoria is usually preceded or accompanied by some atypical sexual preference. These are summarized in one column of the table. It is notable that Childhood Onset Gender Dysphoria is sometimes referred to as Homosexual Gender Dysphoria (or, its full-blown, adult form, Homosexual Transsexualism), because of the strong association between very early onset and later homosexuality.

Kilde:

<https://4thwavenow.com/2017/12/07/gender-dysphoria-is-not-one-thing/>

Konklusjon

Høringsrapporten fremmer langt flere spørsmål enn svar. Man må jobbe for å utvikle en bredere fenomenforståelse av dagens transtematikk, som skiller seg fra den historiske transtematikken. Nasjonalt Behandlingscenter for Transseksualisme (NBTS) er det eneste med tverrfaglig kompetanse, som pr i dag er i stand til å ivareta utredning og behandling som bygger på medisinsk vitenskap og testet erfaring. Det er naturlig at NBTS forblir sentrum for videre kompetanseutvikling innenfor dette området. Behandlingstilbudet som diskuteres er utelukkende kjønnsbekreftende behandling, denne viser seg å ikke være bærekraftig. Man må ta på seg nye briller, og de som skal møte foreldre og barn som sliter med sammensatte lidelser knyttet til identitet, legning og sosiale medier, må komme fra nøytrale, ikke-politiske kilder, som har en bred tilnærming til barnets identitetsforstyrrelser, sett i lys av dagens selvskaade og slanke-trender. Kjønnsbytte er så komplekst at det ikke kan desentraliseres til fastleger og helsesøstre rundt om i landet.

Målet må være at flest mulig blir trygge i den kroppen de er født med og kommer seg gjennom barndom og puberteten uten å bli avhengig av livslang medisiner og kirurgi.

Med hilsen

P-ROGD

Skandinavisk foreldrenettverk for personer med kjønnsdysfori

<https://www.parentsofrogdkids.com/>

Marit Rønstad

Geir Ryen

Karin Svens

Pontus Svens

Åsa Ehinger Berling

Håkan Berling

Eva Ring

Avi Ring