

# Helseregionenes utdaterte og uriktige syn på kjønns mangfold



Esben Esther Pirelli Benestad

Elsa Almås  
elsa.almas@uia.no

Kjønnsbekreftende behandling av barn og ungdom er internasjonalt godt dokumentert og vel etablert.



Esben Esther Pirelli Benestad (bilde: privat) og Elsa Almås (bilde: Peter Lukas)

Oslo universitetssykehus har i 2024 fått i oppdrag fra helseregionene å utrede hvordan det kan legges til rette for utprøvende behandling av barn og unge med kjønnsinkongruens. Argumentene som fremføres, er at det er lite forskningsbelegg for kjønnsbekreftende medisinsk behandling av

barn og ungdom, og at den dermed må være del av utprøvende (eksperimentell) forskning. Videre argumenteres det for at langtidsvirkningene av behandlingen er ukjent, og at mange senere angres på at de har gjennomgått kroppsjusterende behandling. Grunnlaget for dette oppdraget er i stor grad bygget på en UKOM-rapport, rapport fra den svenske Socialstyrelsen og Cass-rapporten fra England. Ingen av disse viser til den omfattende dokumentasjonen som faktisk eksisterer.

Vi mener at argumentene helseregionene bygger sitt forslag på, bør tilbakevises, og at oppdraget må skrinlegges.



## Godt dokumentert

Pubertetsutsettende behandling ved opplevd kjønnsinkongruens har vært praktisert siden begynnelsen av 1990-tallet. Behandlingen er vitenskapelig godt dokumentert, blant annet gjennom Standards of Care (SOC-8), som viser at pubertetsutsettelse og deretter eventuelt behandling med hormontilskudd bidrar til bedre psykisk helse. Mangel på behandling, derimot, bidrar til angst, depresjon, suicidalitet, og at normalutvikling i sosialt liv, skole og arbeid stopper opp. Det er verdt å merke seg at store endokrinologiske fagmiljøer anbefaler medikamentell kjønnsbekreftende behandling av barn og ungdom på grunn av de ønskede virkningene.

Den dokumentasjonen som ennå kan være ufullstendig, gjelder de virkelig lange langtidsvirkningene både av pubertetsstopp og av hormontilførsel. Flere tiårs observasjon må til før dette er etablert. Slike krav stilles ikke til noen behandlingsform.

Fortsatt forskning på de lange langtidsvirkningene av kjønnsbekreftende behandling er selvfølgelig ønskelig. Mye forskning pågår internasjonalt på området kjønnsinkongruens. Det er også verdt å merke seg at World Association for Transgender Health ikke anser pubertetsutsettelse eller hormontilskudd til personer under 18 år som utprøvende (eksperimentell).

## Det er få som angres

På tross av et økende antall personer som søker kjønnsbekreftende behandling, observeres det svært lite «angring» etter kjønnsbekreftende behandling. De fleste studier finner at 1–3 % detransisjonerer i ettertid. Det er mange og komplekse årsaker til at noen detransisjonerer; det dreier seg ikke først og fremst om en opplevelse av å ha tatt feil av sin opplevde kjønnsidentitet, men oftere om tap av hjem og familie, tap av kulturell og religiøs tilhørighet, samt om sykdomsstempling i det offentlige rom. Vi mener det ikke er holdepunkter for å bruke risiko for å «angre» som argument for oppdraget Oslo universitetssykehus er tildelt; de aller fleste transpersoner rapporterer at de er tilfredse med behandlingen.

## Psykoterapi som konversjonsbehandling

En del av motivasjonen for å skulle definere kjønnsbekreftende behandling som utprøvende er påstanden om at psykoterapeutisk behandling skal gjøre det unødvendig å forsinke puberteten eller gi kjønnsbekreftende behandling (se Lilleeng, 2024). Når psykoterapi tas i bruk med hensikt om å endre eller påvirke en persons opplevelse av seg selv og egen identitet, er dette å regne som konversjonsbehandling. Noe som øker risiko for psykisk uhelse og selvmordsforsøk, særlig for de aller yngste.

## Brukermedvirkning neglisjeres



Forskning må ivareta interessene til de menneskene den angår. Brukermedvirkning for mennesker med kjønnsinkongruens er allerede neglisjert; kjønnsbekreftende medikamentell behandling er ikke bare ønsket, men etterlengtet hos brukerne, og det er allerede store mangler i behandlingstilbudet. Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) har pekt på at beslutninger om behandling for barn og unge transpersoner er påvirket av en debatt som har blitt betent og vanskelig, og at det å frata noen behandling ikke er faglig begrunnet, men i strid med gjeldende internasjonale anbefalinger.

Det foreligger grunnleggende praktiske og etiske betenkeligheter ved å legge opp til utprøvende behandling. Det er for eksempel ikke mulig å gjennomføre blindete studier der klientene ikke vet om de får hormoner eller placebo. I tillegg vil mange ha et sterkt ønske om å få behandling, og derfor være tilbøyelige til å underkaste seg forskning, bare for å få hva de ønsker. En slik «gulrot» i forskning er etisk sett svært problematisk.

Fram til Esben Esther Pirelli Benestad ble fratatt sin autorisasjon som lege, behandlet hen alene to–tre hundre klienter årlig. Mange transpersoner opplever seg dårlig behandlet på Rikshospitalet, og søker alternative behandlingstilbud for å slippe å bli utsatt for ubehagelige opplevelser. Det har også vært et kriterium å identifisere seg binært, som mann eller kvinne, for å få behandling ved Rikshospitalet. Det betyr at ikke-binære har blitt avvist.

## Monopolisering gir ensretting

Mange land har opprettet flere behandlingssteder, noe som sikrer lettere tilgjengelighet for behandling, og gir mulighet for «second opinion». I Sverige er det fem behandlingssteder, i Danmark tre.

Et stort problem med det monopoliserte behandlingstilbudet i Norge er at det er basert på en forståelse av fenomenet trans, eller kjønnsinkongruens, som mange klienter opplever respektløst og trakasserende. Rikshospitalet bruker synspunkter som fremføres av blant annet Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM), som er kjent for en kritisk holdning til kjønnsbekreftende medisinsk behandling av transungdom, og for å engasjere seg i politisk lobbying mot slik behandling. SEGM viser ofte til begrepet «Rapid Onset Gender Dysphoria» (ROGD), som det ikke finnes forskningsmessig evidens for.

SEGM har også hevdet at konversjonsterapi ikke omfatter kjønnsidentitet, bare seksuell orientering. SEGM blir ofte sitert i dokumenter som motarbeider tilgang til medisinsk kjønnsbekreftende behandling, nå også av fagdirektør i Helse Sør-Øst, Ulrich Spreng, som uttalte til NRK: «De aller fleste pasientene får veiledning. De får råd. De får også psykoterapeutisk behandling, som gjør at det ikke er nødvendig å forsinke puberteten eller gi kjønnsbekreftende behandling» (Lilleeng, 2024).

SEGM er ikke anerkjent som en vitenskapelig organisasjon; forskere ved Yale School of Medicine beskriver SEGM som en liten gruppe transaktivister, og talsmann for Endocrine Society beskriver dem som utenfor det medisinske samfunn. Overlege Anne Wæhre, som har ansvar for behandling av barn som opplever kjønnsinkongruens ved Rikshospitalet, sto på talerlisten for foreningens møte i New York i 2023.

## Patologisering av klienter



Fagmiljøet på Rikshospitalet er ikke entydig, men det har tradisjon for å patologisere klienter som søker kjønnsbekreftende behandling, blant annet ved bruk av omfattende psykiatrisk utredning bestående av spørreskjemaer som ber om svært privat og ikke relevant informasjon. Deler av fagmiljøet der representerer holdninger som er i utakt med de viktigste internasjonale forskningsmiljøene. Da er det kanskje ikke så overraskende at helseregionene også presenterer anti-transholdninger og gjør seg til talspersoner for konversjonsbehandling.

Vår bekymring er at helsebyråkratene har hentet informasjon fra for ensidige kilder, og har kommet til å gjøre den klientgruppen de egentlig skal ivareta, en bjørnetjeneste.

*Merknad:* Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Referanser

Lilleeng, S. (2024, 18. april). Har stramma inn tilbud til transpersoner: – Behandler færre før de blir 18 år. *NRK.no*. [https://www.nrk.no/trondelag/har-stramma-inn-tilbud-til-transpersoner\\_-\\_behandler-faerre-for-de-blir-18-ar-1.16841653](https://www.nrk.no/trondelag/har-stramma-inn-tilbud-til-transpersoner_-_behandler-faerre-for-de-blir-18-ar-1.16841653)