

Oslo, 22. mai 2018

**Høringsvar til Helse Sør-Øst sin rapport om behandlingstilbudet ved
kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori, ref. 08/02251-98**

**Avsender: Psykologfaglig nettverk for seksualitets- og kjønns mangfold,
tilknyttet Norsk Psykologforening**

1. Regionale team/nettverk

Mandatet for dette arbeidet var bl.a. å foreslå regionale utrednings- og oppfølgingsforløp for pasienter som ikke oppfyller kriterier for behandling ved NBTS. Vi er bekymret for at forslagene i rapporten ikke vil medføre vesentlige endringer for disse pasientene. Rapporten presenterer en modellskisse for regionale utredningsteam for voksne som ikke avviker særlig fra dagens praksis, der NBTS gis en sentral rolle i beslutninger om behandling (s. 32). Samtidig fremkommer at deler av arbeidsgruppen ønsker et desentralisert tilbud. Vi stiller spørsmål ved om det ble satt av tilstrekkelig tid i arbeidsgruppen til å utforske og konkretisere alternative løsninger.

I følge rapporten finnes det få om noen robuste og tverrfaglige miljøer på regionalt nivå (s. 29). Vi savner en beskrivelse av det som faktisk finnes av tverrfaglige miljøer utenfor NBTS. Disse ressursene er viktige i forhold til å bygge opp regionale team/nettverk i helseforetakene.

Den nordiske sexologiforeningen NACS har utstedt autorisasjon til 111 spesialister i sexologisk rådgivning og 17 spesialister i klinisk sexologi i Norge. Av disse har nesten alle gjennomført videreutdanningen i sexologi ved Universitetet i Agder, som har et særlig fokus på forståelse av kjønns mangfold og kjønnsinkongruens. Totalt har nærmere 300 fagpersoner innen helse- og sosialfag tatt denne videreutdanningen i Norge. Vi stiller oss bak rapportens anbefaling om å inkludere det sexologiske perspektivet i utredning, behandling og oppfølging både for barn, ungdom og voksne (s. 29), samt at sexologisk kompetanse skal inngå i regionale team/nettverk (s. 32). Vi savner en anbefaling om at sexologisk kompetanse også skal inngå ved NBTS. Rapporten burde ha problematisert NBTS sin kompetanse på kjønns mangfold generelt og ikke-binære kjønnsidentiteter spesielt.

Ifølge rapporten er det uenighet om hvorvidt behandling som foregår utenfor NBTS er forstyrrende for utredning og diagnostikk ved NBTS, og om den representerer forsvarlig medisinsk praksis (s. 29). Det er svært alvorlig å stille spørsmål ved om kolleger driver forsvarlig praksis, og vi savner en begrunnelse for at slik mistanke fremsettes.

2. Utredning og differensialdiagnostikk

Rapporten skiller mellom pasienter som tilfredsstiller kriteriene for F64.0 og de som faller utenfor. Det vektlegges evidens for at de med F64.0 har nytte av behandling, mens utfallet for andre er ukjent.

På dette punktet legger rapporten en medisinsk modell til grunn. Imidlertid er det viktig å erkjenne at diagnosen F64.0 er sosialt skapt, med uklare kriterier, som i stor grad baserer seg på normative vurderinger. Den sterke betoningen av differensialdiagnostikk kan gi inntrykk av at det finnes et større presisjonsnivå enn det det er grunnlag for.

I følge rapporten vil ICD-11 representere en ny forståelse av tilstander og utfordringer knyttet til kjønnsidentitet, som kan gi nye føringer for utredning, behandling og oppfølging (s. 28). Vi savner en drøfting av konsekvensene av den forestående endringen. I det kommende arbeidet med nasjonale retningslinjer trengs en grundig drøfting av hva utredning skal bestå av, og hvordan en skal tenke omkring nye diagnosekriterier i ICD-11.

Eksisterende praksis, som tar utgangspunkt i at alle som søker helsehjelp for kjønnsinkongruens skal gjennomgå grundig psykiatrisk utredning, har oppstått under et paradigme der fenomenet har vært definert som en psykisk lidelse. Det er grunn til å stille spørsmål ved om ikke omfanget av psykiatrisk utredning er for stort.

Det er positivt at rapporten nevner fenomenet minoritetsstress (s. 90). I tilfeller der minoritetsstress er årsak til angstplager og depressive plager, er det betenkelig å anbefale eller kreve psykologisk behandling av en psykisk lidelse, når årsaken til problemet ligger i omgivelsene og ikke i personen. Dette perspektivet bør løftes frem i arbeidet med nasjonale retningslinjer.

I følge rapporten er det uenighet vedrørende vektlegging av samtidige lidelser/tilstander (s. 29). Vi savner en grundig faglig drøfting omkring akseptable grunner til å utsette eller kontraindisere kjønnsbekreftende behandling.

I følge rapporten er det uenighet om hvilke kriterier som skal utløse rett til hormonell og kirurgisk behandling, og om dette utelukkende skal baseres på subjektivt opplevd kjønnsdysfori eller på antatt objektive diagnosekriterier (s. 29). Det er et problem at det er etablert en slik enten-eller-dikotomi: *enten* klientens subjektive opplevelse *eller* diagnosekriterier. Internasjonal konsensus går klart i retning av at den subjektive opplevelsen av kjønnsidentitet må ha en sentral plass i diagnosekriterier og empiri.

3. Forskning

Rapporten anbefaler mer kunnskapsutvikling og forskning både på eksisterende pasientkohorter og på de som presenterer seg som ikke-binære (s. 28). Vi mener at forskningsmidler bør tildeles prosjekter som studerer kjønnsinkongruens på tvers av kategorier eller undergrupper. Nye diagnosekriterier i ICD-11 utviser gamle skillelinjer, eksempelvis ved å forkaste formuleringen “det motsatte kjønn”, og ved å sette den subjektive opplevelsen av kjønn (“an individual’s experienced gender”) som det definerende elementet i kjønnsinkongruens.

4. Oppsummering og anbefaling

NBTS har i mange år fått kritikk fra både forskere og brukerorganisasjoner for å være lite villige til å inngå i dialog med andre aktører. Vi er bekymret for at det også i denne prosessen har vært lite tid til meningsutveksling og diskusjoner. I det kommende arbeidet med nasjonale retningslinjer for helsehjelp for kjønnsinkongruens må samarbeid og dialog stå sentralt.

Med vennlig hilsen

Arbeidsutvalget i Psykologfaglig nettverk for seksualitets- og kjønns mangfold

Silje-Håvard Bolstad, psykolog

Reidar Jessen, psykolog

Elisabeth Adams Kvam, psykolog

Anbjørg Ohnstad, psykolog