

Risikabelt med kjønnsbekreftende lavterskeltilbud

Marit Johanne Bruset
privatpraktiserande, spesialist i klinisk psykologi

Lavterskeltilbud som enkelt bekrefter kjønn, er risikabelt når det gjeld sårbare barn og unge med høg forekomst av samsykelighet.*



Lavterskeltilbud til personer med kjønnsinkongruens, er risikabelt, mener artikkelforfatteren. Her faksimile av intervjuet med Elsa Almås i augustutgaven.

Spørsmålet Hva slag tilbud bør helsevesenet gi folk med kjønnsinkongruens? vart stilt til sexologiprofessor Elsa Almås i Psykologtidsskriftets augustutgave. Ho svara at det viktigaste er lavterskeltilbud som gjer det enkelt å bekrefte kjønn, og åtvare mot psykopatologisering av personar med kjønnsinkongruens.

Spørsmålet er høgaktuelt då omorganiseringsprosessen for å desentralisere behandlingstilbodet er i gang i tråd med den nasjonale behandlingsretningslinja (2020). Den vart kraftig kritisert av tunge fagmiljø som Folkehelseinstituttet og dei behandlingsansvarlege i teamet ved Rikshospitalet.. Mellom anna fordi den er basert på rapporten «Rett til Rett Kjønn», som manglar basis i kvalitetssikra evidens for «beste behandling», kun rettar seg mot vaksne og har ingen kunnskap om den nye veksande populasjonen av unge som søker kjønnskorrigerande behandling.

Mine kommentarar til spørsmålet nemnt i innleiinga gjeld barn og unge med kjønnsinkongruens, ei særleg sårbar gruppe som utrednings-/behandlingstilbudet vil ha særleg store konsekvensar for både fysisk og psykisk.

Den nye pasientpopulasjonen

Den store auken av unge (mest tenåringsjenter) som søker kjønnskorrigerande behandling etter rask oppkommen kjønnsdysfori, kjenner vi ikkje årsaka til.

Stadig fleire unge angrar på kjønnskorrigerande behandling med irreversible og livslange konsekvensar

Populasjonen er kjenneteikna av høg komorbiditet med psykiatrisk problematikk (75 %), i tillegg til høg forekomst av nevropsykiatriske tilstander (Kaltiala-Heino et al., 2015). Alderen går stadig lenger ned. Ein amerikansk studie viste barn med kjønnsdysfori i 9–10-årsalderen med omfattande alvorlege indikatorar for alle mentale helseproblem som vart studerte (Russel et al., 2022).

Desentralisert behandling

Kjenneteikna ved den nye pasientpopulasjonen tilsei at utredning/behandling er ei kompleks klinisk oppgåve som krev høgspesialisert kompetanse. Korleis denne oppgåva no kan ivareta ved regionale sentra, er eit avgjerande spørsmål. Særleg fordi behandlingsretningslinja legg føringar

for «bekreftingsmodellen» gjennom ikkje å tilrå psykiatrisk utredning og stabilisering før eventuelle medisinske behandlingstiltak.

Arbeidet med å etablere disse sentra er i gang. Alle med interesse i feltet, uavhengig av bakgrunn, kunnskap og kompetanse, er inviterte til å delta gjennom seminar og «workshops». Val av arbeidsform liknar på prosessen som leia til rapporten «Rett til Rett Kjønn», og som behandlingsretningslinja er basert på.

Overfor ein særleg sårbar pasientpopulasjon med behov for ei høgspesialisert teneste har kvalitetssikring av deira utrednings- og behandlingstilbod avgjerande betydning.

The Dutch Protocol

Bekreftingsmodellen som baserar seg på The Dutch Protocol, har spreidd seg internasjonalt. Sjøl om den er basert på svak evidens, eit lite antal pasientar, inga kontrollgruppe, svært kort oppfølgingsperiode og ingen longitudinelle data. To viktige kriterier for inclusion/exclusion i pionerstudien var at kjønnsdysforien hadde vart ifrå småbarnsalderen av, og fråver av aktive mentale helseproblem.

Det betyr at dei pasientane som vart ekskluderte i den opprinnelege hollandske studien, unge med debut av kjønnsdysfori rundt pubertetsalder og med mentale helseproblem, i dag utgjør majoriteten av unge som gjennomgår kjønnskorrigerande behandling.

Svakt kunnskapsgrunnlag

Internasjonalt går stadig fleire land bort ifrå bekreftingsmodellen i behandling av mindreårige. På grunn av det svake kunnskaps- og praksisgrunnlaget i modellen blir medisinsk behandling gitt unntaksvis (i studier), t.d. i Finland, Sverige og UK.

Særleg verdtt å merke seg er at liberale Sverige har valt å gå bort ifrå den desentraliserte organiseringa som Norge no legg opp til, og går bort ifrå bekreftingsmodellen. Etter ein systematisk kunnskaps- og praksisgjennomgang har svenskane bråvendt og har bestemt at psykososial støtte og psykoterapi alltid skal vere første behandlingsoalternativet for barn/unge med kjønnsdysfori. Også American Academy of Pediatrics (AAP) har nyleg uttalt at majoriteten av barn ikkje skal ha medisinsk behandling med hormonar og kirurgi.

Stadig fleire unge angrar på kjønnskorrigerande behandling med irreversible og livslange konsekvensar. Dette medverkar til at gruppa av ungdommar, forskarar, behandlarar og foreldre som åtvarar mot den kjønnsbekreftande behandlingsmodellen, er i rask vekst.

Tilråding

Lavterskeltilbud som enkelt bekrefter kjønn, er risikabelt når det gjeld sårbare barn og unge med høg forekomst av komorbiditet. Ca. 85 % veks av seg kjønnsdysforien (Ristori & Steensma, 2016), og bekreftingsmodellen har (til skilnad frå «watchful waiting») vist at i nesten 100 % av tilfella fører det til konsolidering av kjønnsdysforien (Olson et al., 2022).

Våre naboland har ut frå internasjonal konsensus om eit svakt kunnskapsgrunnlag og risiko for feilbehandling drastisk endra kurs overfor mindreårige med kjønnsinkongruens. Tilbudet er no grundige utredningar og psykoterapi, i tråd med anerkjent barnpsykiatrisk praksis.

** Forfatteren av denne artikkelen er med i styret i Genid, et nettverk av helsepersonell og nære pårørende til personer med kjønnsinkongruens.*

Referanser

- Helsedirektoratet (2020). Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjønnsinkongruens/pasientrettigheter-og-helsehjelp-til-personer-med-kjønnsinkongruens>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Tyolajarvi, M. & 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(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M. & Devor, A. (2022). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Ristori, J. & Steensma, T. D. (2016). Gender Dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Russell, D. H., Hoq, M., Coghill, D. & Pang, K. C. (2022). Prevalence of Mental Health Problems in Transgender Children Aged 9 to 10 years in the US, 2018. *JAMA Network Open*, 5(7), e2223389. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.23389>