

ICD-11: Helse til alle kjønn

Transpersoner er ved sine fulle fem og må bli møtt med bekreftende helsehjelp heller enn et psykiatrisk sykdomsfokus.

TEKST

Silje-Håvard Bolstad

PUBLISERT 18. februar 2019

EMNER **Transseksualitet**

Med ICD-11 blir kjønnsidentitet fjernet fra kapittelet om psykiske lidelser. Dette er et paradigmeskifte for den faglige forståelsen av kjønnsmangfold. Den nye diagnosen HA60 Kjønnsinkongruens hos ungdom og voksne er definert som et manglende samsvar mellom opplevd kjønn og tildelt kjønn ved fødselen. For noen medfører dette et behov for medisinske intervensjoner for å justere kroppens kjønnskarakteristika (Coleman et al., 2011). For å sikre tilgang til slik behandling har Verdens helseorganisasjon beholdt en diagnose, i et nytt kapittel for seksuell helse (Reed et al., 2016). Dette er et kapittel som utfordrer den tradisjonelle forståelsen av diagnose som synonymt med sykdom. Endringene fra ICD-10 til ICD-11 kan oppsummeres slik:

- Ikke lenger en psykisk lidelse
- Ikke lenger en forstyrret kjønnsidentitet
- Ikke lenger «F64.0 Transseksualisme»
- Ikke lenger «det motsatte kjønn»-aner
- Ikke nødvendigvis «et ønske om mest mulig samsvar»
- Ikke nødvendigvis «avsky for kroppens kjønn»

Den omfattende diagnoseendringen gjenspeiler en endring i internasjonal faglig konsensus, og har åpenbare implikasjoner for hvordan helsetjenestene organiseres, hvem som får tilgang til behandling, og hva slags kompetanse helsepersonell skal inneha.

Et behandlingstilbud utenfor psykiatrien

Den nasjonale behandlingstjenesten for transseksualisme (NBTS) håndhever et monopol på refusjonsberettiget behandling for kjønnsinkongruens i Norge. For i det hele tatt å få en timeavtale kreves både utredning og kontinuerlig oppfølging i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (DPS), som for øvrig har kun sporadisk kompetanse på tematikken. Men kravet om psykiatrisk oppfølging er en praksis som har oppstått under et paradigme der kjønnsinkongruens har vært definert som en psykisk lidelse.

Det disse klientene ber om, er somatisk behandling for å justere kroppen. Psykiatrisk utredning og behandling er frivillig i Norge, og ingen andre grupper blir påkrevd psykiatrisk helsehjelp for å få tilgang til somatisk helsehjelp. Obligatorisk psykiatrisk oppfølging medfører en risiko for overbehandling og feil prioritering av ressurser i psykisk helsevern.

Bevegelsen bort fra en psykiatrisk referanseramme impliserer at andre fagprofesjoner enn psykiatrien skal innta en større rolle i denne typen helsehjelp. Fagpersoner vil gjerne rette fokus mot det de kan noe om, og klienter som søker hjelp med kjønnsidentitet, må bli møtt med kompetanse på kjønnsmangfold, ikke først og fremst kompetanse på psykiske lidelser. Det er behov for å opprette regionale behandlerteam i offentlig regi, utenfor en psykiatrisk kontekst, der kompetanse på kjønnsinkongruens er den viktigste kvalifikasjonen for ansettelse. Her vil en være i stand til å vurdere hvilke klienter som trenger samtaler eller rådgivning spesifikt knyttet til kjønnsidentitet, hvilke som trenger psykiatrisk oppfølging, og hvilke som ikke trenger samtalehjelp. Klinikere, som utenfor den etablerte psykiatriske behandlingslinjen har utviklet betydelig kompetanse og erfaring på tematikken, er viktige ressurser i denne sammenhengen. Kroppsjusterende behandling er en samlebetegnelse på mange små og store intervensjoner, som kan foregå på ulike nivå i helsetjenesten. Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON) innebærer at regionale behandlerteam gis mandat til å igangsette kroppsjusterende behandling, eksempelvis hormonbehandling og brystkirurgi.

Kompetanse på kjønnsmangfold og minoritetsstress

Problemet med tokjønnsmodellen er at de som ikke passer inn i en absolutt todeling, blir stemplet som syndig, syk eller kriminell. Å gi bekreftende helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens forutsetter en ikke-binær forståelse av kjønn (American Psychological Association, 2015). Fagpersoner trenger kunnskap om kjønn og seksualitet ut over personlige erfaringer, men trenger også å bli bevisst, og kanskje også utfordret, på egne holdninger til det uvanlige og normbrytende (Almås & Benestad, 2017). Terapeuter som mangler slik kompetanse, kan utilsiktet formidle et negativt syn på det å bryte kjønnsnormer, eller gi råd basert på sine personlige antagelser om hva det betyr å leve vellykket som mann eller kvinne, og med dette bidra til å bremse klientens utforsking av egen kjønnsidentitet.

Det å bryte kulturelle kjønnsnormer kan lett utløse sosiale sanksjoner og diskriminering. Psykiske plager eller funksjonstap, hvis det i det hele tatt foreligger, må ses i sammenheng med en utsatt minoritetsstatus. Men psykiatriske diagnoser som angst og depresjon, slik de brukes i dag, viser til et problem hos mottageren av diagnosen. En har ikke noe godt system for å sette diagnoser på omgivelsene, for eksempel når strenge kjønnsnormer er problemet. Dette utgjør et alvorlig problem når psykiatriske diagnoser vurderes som akseptabel grunn til å utsette kroppsjusterende behandling. Problemet forsterkes ytterligere når disse diagnosene er satt av fagpersoner som mangler kompetanse på kjønnsrelatert minoritetsstress (Testa et al., 2015). Slik

kompetanse er avgjørende for å gi likeverdige helsetjenester til denne klientgruppen. Kjønnrelatert diskriminering, avvisning og vold, samt det å ikke få kjønnsidentiteten bekreftet av omgivelsene, er en form for ytre stressfaktorer som ikke kan behandles bort med kognitiv terapi. Kompetent helsehjelp er nettverksarbeid der en styrker forståelse, sosial støtte og speiling fra familie og venner.

Informert samtykke erstatter portvokteren

Begrepet «kjønnsidentitetsforstyrrelse» fjernes fra diagnosemanualen. Det har en viktig prinsipiell betydning. En forstyrret identitet impliserer begrenset selvinnsett, ustabil selvbylde, og potensielt manglende samtykkekompetanse i å ta avgjørelser om egen kropp. Kort sagt: en forstyrret opplevelse av selvet. Dette har gjort det mulig for fagpersoner å hevde at noen klienter egentlig ikke har den kjønnsidentiteten som de selv sier at de har, eller at kjønnsidentiteten er et symptom på psykisk lidelse. Forestillingen om en forstyrret kjønnsidentitet utgjør kjernen i den tradisjonelle portvokterfunksjonen for kjønnsbekreftende behandling, der psykiatrisk ekspertise bestemmer hvem som skal få tilgang til å endre kroppens kjønnskarakteristika. Konsekvensen har vært at hjelpeapparatet oppleves som en barriere, der målsettingen er å overbevise klinikere om et ekte hjelpebehov og en egnethet for behandling. Det er et maktforhold som fort blir ødeleggende for en god terapeutisk relasjon, og kan ha berøvet klienter støttende og genuine møter med helsepersonell i en krevende personlig prosess.

Med ICD-11 forlater man forestillingen om en forstyrret kjønnsidentitet. Tvert imot vektlegges den subjektive opplevelsen av kjønn som det definerende elementet i kjønnsinkongruens heller enn normative vurderinger og antatt objektive kriterier. Det er et avgjørende steg i retning av å validere opplevelsen av kjønn. Klientene er ved sine fulle fem, og har kapasitet til å forstå seg selv og ta gode avgjørelser for sitt liv og sin kropp. Portvokterfunksjonen har gått ut på dato. Det impliserer en dreining til at behandlingstilbudet baseres på modellen for informert samtykke (Cavanaugh, Hopwood & Lambert, 2016; Schultz, 2018). Denne modellen er bygget på en erkjennelse av klientenes rett til og kapasitet til personlig autonomi når det gjelder valg av somatiske behandlingsintervensjoner, uten en obligatorisk involvering fra psykiatrisk ekspertise. Det er klienten selv, ikke psykiateren, som avgjør om de er klar for kroppsjusterende behandling. Rollen til helsepersonell er å tilby informasjon om risiko, bivirkninger, fordeler og effekter, og mulige konsekvenser av behandlingen, samt innhente et informert samtykke. Informert samtykke forutsetter at klienten har kognitiv kapasitet til å gjøre et informert valg om helsehjelp, eksempelvis å kunne verbalisere en forståelse av risiko, fordeler og nødvendig informasjon. Deutsch (2012) analyserte data fra 12 amerikanske klinikker som brukte modellen for informert samtykke. Det var lav grad av anger, der kun 17 av 1944 klienter (0,87 %) rapporterte om noen form for anger, og 3 klienter (0,15 %) gjennomførte en reversering. Det var ingen påstander fra klienter om uforsvarlig medisinsk praksis.

Flere tilfredsstillende diagnosekriteriene

Diagnosen F64.0 Transseksualisme i ICD-10 har vært en forutsetning for refusjonsberettiget behandling i Norge. Brukere har opplevd det som et nåløye. Å ikke få diagnosen har blitt opplevd som et avslag. Idéen om «ekte transseksualisme» ble lansert av legen Harry Benjamin, som på 1960-tallet tegnet opp et skille mellom transseksualisme og transvestisme, der førstnevnte viser til en kvinne født i en mannskropp, og sistnevnte en mann i kvinneklær. Dette perspektivet har bidratt til å sementere en dikotom forståelse av kjønns mangfold. Med kun to alternativer har klinikere sett det som sin oppgave å avgjøre om kjønnsopplevelsen er helt riktig eller helt feil. Med en riktig opplevelse har løsningen vært en fullstendig transformasjon til det «motsatte» kjønn.

Verdens helseorganisasjon fjerner formuleringen «det motsatte kjønn». Det er en erklæring om at kjønn er mer mangfoldig enn to gjensidig utelukkende kategorier, og i tråd med en internasjonal trend i retning av å anerkjenne et større kjønns mangfold. Det nye språket medfører at flere tilfredsstillende diagnosekriteriene i ICD-11. Det gjelder for eksempel personer med en ikke-binær kjønnsidentitet som noe annet eller mer enn bare mann eller kvinne. Det gjelder også personer med en mer binær opplevelse som kvinne eller mann, men som uttrykker sin kjønnsidentitet på en utradisjonell eller ikke-normativ måte. Alle disse kan ha nytte av behandling som endrer kroppens kjønns karakteristika.

To andre endringer gjør at den nye diagnosen favner bredere. Det anerkjennes at klientene har ulike ønsker og behov for behandling, og sterkt ubehag er ikke lenger et absolutt kriterium.

Et individuelt tilpasset behandlingstilbud

Et diagnosekriterium i ICD-10 har vært at klienten må uttrykke et ønske om behandling for at kroppen skal «samsvare så mye som mulig» med det motsatte kjønn. En streng tolkning innebærer å legge avgjørende vekt på et ønske om genitalkirurgi for å stille diagnosen og tilby behandling. Dette har i kritisk diskursanalyse blitt omtalt som det kirurgiske imperativ, og har paralleller til den allmenne diskursen om kjønn, der kjønnsorganer gis status som den fremste og avgjørende kjønns markøren.

Diagnosekriteriet kan ha medført overbehandling for noen personer. Under et behandlingsregime basert på alt-eller-ingen ting kan hjelpesøkende ha stått overfor vanskelige personlige valg når de har presentert seg for diagnostisk utredning, vel vitende om avslag som mulig utfall. Frem til 2016 ble det i Norge håndhevet et krav om kirurgisk fjerning av testikler eller ovarier for å endre juridisk kjønn. Dette har blitt omtalt som tvangssterilisering, og har medført brudd på menneskerettigheter og brudd på norsk lov.

ICD-11 anerkjenner at klientene har ulike ønsker og behov for behandling. Normative forestillinger om hva som utgjør et ønskelig eller vellykket kjønnsuttrykk, kommer i bakgrunnen når en skal vurdere behov og nytte av behandling. Et godt forhold til egen kropp innebærer ikke nødvendigvis mest mulig samsvar med samfunnets forventninger til mannekropper og kvinnekropper. For noen vil et godt liv innebære å

ha en kropp og et kjønnsuttrykk som ikke er typisk mannlig eller kvinnelig, tross at dette kan medføre risiko for sosiale sanksjoner. Samfunnets fordommer mot kjønns mangfold kan bidra til at klinikere overdriver risikoen for å volde skade om behandlingen gjør kroppen mindre kjønnsnormativ (Cavanaugh, Hopwood & Lambert, 2016). Men gjennom ICD-11 fremheves følgende to realiteter: Det finnes et mangfold av kjønnsidentiteter, og selv med en normativ identitet som kvinne eller mann er et ønskelig behandlingsutfall likevel ikke gitt av en normativ standard. Noen er fornøyd med å være mann uten penis, eller kvinne med penis.

Det er behov for et individuelt tilpasset behandlingstilbud, som er styrt av klientens målsetting heller enn behandlerens. Idealet er minste effektive dose, altså minst mulig behandling, men tilstrekkelig for å oppnå ønsket effekt, som vil være forskjellig for hver enkelt klient. Noen har tilstrekkelig nytte av hormonbehandling uten kirurgiske inngrep. Noen trenger ikke hormonbehandling, men har nytte av brystkirurgi. Det finnes også andre tiltak som må bli mer tilgjengelig gjennom offentlig refusjonsordning, som permanent hårfjerning, brystproteser og penisproteser, vester eller bindere for å skjule kvinnelige bryster, parykker, samt stemmetrening. For noen er slike tiltak tilstrekkelig, mens for andre er det et verktøy i påvente av behandling. Både kroppsjusterende behandling og andre tiltak må organiseres etter prinsippet om LEON heller enn å monopoliseres i en sentralisert tredjelinjetjeneste.

Behandle bort eller assistere frem?

Et diagnosekriterium i ICD-10 har vært at klienten må føle «avsky» for eget anatomisk kjønn. Dette har potensielt uheldige konsekvenser. Personer som kunne hatt nytte av behandlingen, får ikke tilgang til den fordi det vurderes å foreligge utilstrekkelig grad av avsky eller subjektivt ubehag. Et krav om lidelse for å få diagnose og behandling kan lede klientene til å omfavne et lidelsesnarrativ, med negative konsekvenser for selvfølelse og identitetsstolthet. Men er lidelse det definerende elementet ved kjønnsinkongruens? Mange feirer sin identitet som transperson, og fremsetter sin opplevelse som en verdsatt livserfaring, og en måte å ha et tilfredsstillende og meningsfylt liv på (Schultz, 2018).

ICD-11 presenterer ubehag som et mulig element i kjønnsinkongruens, men det er ikke nødvendig for å stille diagnosen. Ubegag utgjør ett av tre kriterier, der minst to må være oppfylt. Å redusere slikt ubegag eller kjønnsdysfori kan være et viktig mål for behandlingen, men er ikke nødvendigvis den eneste målsettingen i klientens prosjekt. God helse er definert som fysisk, mental og sosial velvære, ikke kun fravær av lidelse. Kompetent helsepersonell forstår kjønnsopplevelsen som en ressurs eller et talent, som skal assisteres frem, heller enn en forstyrrelse som skal behandles bort. Positiv kjønnsstilhørighet er å bli oppfattet av andre slik en oppfatter seg selv, samt at det som oppfattes, tillegges en positiv verdi (Almås & Benestad, 2017).

Bortenfor det binære

Endringene i ICD-11 gjenspeiler en endring i internasjonal faglig konsensus, men symboliserer også en internasjonal trend i retning av å anerkjenne et større kjønns mangfold. God helsehjelp for kjønnsinkongruens er bygget på en faglig forståelse av dette mangfoldet. ICD-11 signaliserer at kroppsjusterende behandling blir tilgjengelig for flere, og at behandlingstilbudet blir individuelt tilpasset. Da får vi endelig et helsetilbud til alle kjønn.

TEKST

Silje-Håvard Bolstad, psykologspesialist

+ [Vis referanser](#)

Almås, E., & Benestad, E.E.P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70, 832-864.

Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA Journal of Ethics*, 18, 1147-1155.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... Zucker, K. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.

Deutsch, M.B. (2012). Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140-146.

Reed, G.M., Drescher, J., Krueger, R.B., Atalia, E., Cochran, S.D., First, M.B., Cohen-Kettenis, P.T., Montis, I.A., Parish, S.J, Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights consideration. *World Psychiatry*, 15, 205-221.

Schultz, S.L. (2018). The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*, 58, 72-92.

Testa, R.J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 65-77