

Høy risiko for feilbehandling



Helsedirektoratet må utrede de medisinske konsekvensene av de nye diagnosene fra Verdens helseorganisasjon (WHO) før de desentraliserer behandling av transpersoner.

TEKST

Marit Rønstad

Avi Ring

PUBLISERT 13. juni 2019

Psykologspesialist Silje-Håvard Bolstad (2019) gir en god sammenfatning og forklaring av Verdens helseorganisasjons (WHO) nye klassifisering av sykdommer (ICD-11) i et inlegg på Psykologtidsskriftets nettsider. Diagnose og behandling av kjønnsinkongruens (kjønnsdysfori, transseksualisme) er nå løftet ut av seksjonen for psykiske lidelser og er blitt en del av «conditions related to sexual health» (seksjon 17). Bolstad støtter denne endringen og skriver at de nye retningslinjene også innebærer endringer i diagnose og behandling i Norge. Som forsker ved Universitetet i Agder (UiA) er Bolstad i selskap med ekteparet Pirelli Benestad/Almås. De utgjør en forskningsgruppe som i mange år har engasjert seg for økt toleranse og rettigheter for transpersoner. Men tross gode motiver og humanitære målsettinger må man sette spørsmålsteget ved gruppens upresise uttalelser i media. Som når Benestad 5. september 2018 i NRK-programmet «Torp» uttaler at psykiske problemer – etter kjønnskorrigerings – «faller som epler fra trærne om høsten». Internasjonalt er det konsensus for at dette ikke er tilfellet (Arver, 2018; Simonsen et al., 2016). Arver sier rett ut at kjønnskorrigerings ikke minsker psykiske lidelser.

LES OGSÅ

ICD-11: Helse til alle kjønn

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

På samme måte tar Benestad og kolleger (2018) feil når de hevder at den største risikoen for suicid er før kjønnskorrigerende tiltak (Dhejne et al., 2011; Adams, Hitomi & Moody, 2017). Benestad og kolleger skriver videre at de som reagerer mot de kontroversielle behandlingene av transpersoner, er kristne konservative grupper eller opportunistiske politikere. Men tvert om er det overvekt av nære slektninger til barn med kjønnsdysfori og «detransitioners» som reagerer på uvitenskapelige og eksperimentelle behandlinger av transpersoner, spesielt på barn. Her finnes ingen politisk, ideologisk eller religiøs tilknytning. Vi tilhører selv et slikt nettverk (GENID-Skandinavia), og andre slik nettverk er [Kelsey Coalition](#), [Parents of ROGD kids](#) og [Transgender Trend](#).

Behandlingstilnærmingen Bolstad og kolleger fremmer overfor barn og ungdom, samsvarer ikke med strenge internasjonale guidelines, drøfter ikke risikoene som nylig er knyttet til slik behandling, og feilfremstiller pårørendes velbegrunnede bekymringer.

Flere problematiske punkter

Behandling av unge med kjønnsinkongruens, spesielt prepubertalt, kan ikke likestilles med behandling av voksne. Benestad og kollegene ønsker å desentralisere behandlingen og tilby barn og unge kjønnsbekreftende behandling, men uten å legge til grunn de strenge retningslinjene som for eksempel Endocrinological Society legger til grunn (Hembree et al., 2017). Endocrinological Society er tydelige på behovet for at utredninger gjøres av ekspert-team med kompetanse fra psykisk helsevern og lang erfaring med diagnostisering. Først etter en slik utredning kan man eventuelt begynne bekreftende behandling av transseksualisme/kjønnsinkongruens hos barn og unge. Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo og gruppen ved UiA mener likevel at de kan behandle uten å inneha den nødvendige ekspertisen fra psykisk helsevern. Dette er problematisk. For det er velkjent at 60-75 % av dagens unge med kjønnsinkongruens har sammenfallende psykiske lidelser – lidelser som ikke forsvinner ved kjønnskorrigerende behandling (Kaltiala-Heino et al., 2015). Tid og grundig utredning er nødvendige kriterier for at kjønnsbekreftende behandling skal være bærekraftig.

Det er bemerkelsesverdig at diagnosen kjønnsinkongruens i WHOs nye direktiv ikke klassifiseres som en sykdom, men et ubehag, som skal utløse rett til behandling i det norske helsevesen. Det ville hjulpet oss om Bolstad tok seg tid til å problematisere og forklare hvordan diagnosen kjønnsinkongruens, basert på en persons opplevde ubehag ved sin medfødte kropp og kjønn, ikke skal betraktes som en psykisk lidelse. Paradokset gir etter vår mening et skinn av ideologiske motiv uten forankring i etablert medisinsk

vitenskap.

Vokser det av seg

Mange studier forteller at 60-90 % av barn vokser av seg kjønnsinkongruens i løpet av puberteten (Cantor, 2017; GIDS, 2019). For disse barna er det også kjent at bruk av pubertetsblokkere for å «vente og se» konserverer kjønnsdysfori hos 100 % av barna. Risikoen for feilbehandling av barn er dermed så stor at bekreftende behandlinger, eller bruk av pubertetsblokkere, fremstår som både uetisk og uforsvarlig.

I Storbritannia forlot nylig fem leger National Health Service (NHS) på grunn av de etiske problemene ved behandlingsformer de mener er eksperimentelle og uforsvarlige (Dyer, 2019). I Sverige har Statens Medicinska Etiska Råd av liknende årsaker oppfordret Socialstyrelsen (Helsedirektoratet) til å utrede alternative, medisinfrie behandlinger for barn og unge.

I løpet av de siste 10 årene har vi sett en økning av psykiske lidelser blant unge: anoreksi, depresjon, angst og selvskading. Parallelt ser vi en kraftig økning av kjønnsdysfori hos unge jenter. Årsaken til denne alarmerende utviklingen vet vi ikke. Vi oppfatter det som at ideologisk motiverte grupper nå bruker ICD-11s nye retningslinjer til å eliminere behovet for tverrfaglig psykiatrisk utredning, og som et alibi for å desentralisere og delegere utredningen til fastleger, helsesøstre eller små grupper uten nødvendig klinisk erfaring i å diagnostisere psykiske lidelser.

Vi mener at den hippokratiske eden «gjør ingen skade» må gå foran entusiasmen enkelte forskergrupper viser for desentralisering og bekreftende behandling som et lavterskeltilbud.

Rettigheter for transpersoner og økt toleranse i samfunnet må ikke oppnås på bekostning av feil behandling av den stadig voksende gruppen unge med uklar psykisk problematikk.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 7, 2019, side 531-533

TEKST

Marit Rønstad, Genid Skandinavia

Avi Ring, Genid Skandinavia

+ Vis referanser

Adams, N., Hitomi, M. & Moody, C. (2017). Varied Reports of Adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. *Transgender Health*, 2:60-75.

Arver, S. (2018, 11. oktober). Svensk överläkare: Liten risk för sjukdomar vid könskorrigering. *Världen idag*. Hentet fra <https://www.varldenidag.se/nyheter/svensk-overlakare-liten-risk-for-sjukdomar-vid-konskorrigering/reprjh!teq9xmKncqVHxVCDxle9kA/>

Benestad, E.E.P., Almås, E., Bolstad, S.-H., & Karlsen, T.-I. (2018, 20. november). Født i «feil kropp» i feil land: Ny undersøkelse om kjønnsinkongruens i Norge gir alarmerende resultater. Aftenposten. Hentet fra https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/A2nJOr/Fodt-i-feil-kropp-i-feil-land-Ny-undersokelse-om-kjonnsinkongruens-i-Norge-gir-alarmerende-resultater--Pirelli-Benestad_-Almas_-Bolstad-og-Karlsen

Bolstad, S.-H. (2019, 18. februar). ICD-11: Helse til alle kjønn. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2019/02/helse-til-alle-kjonn>.

Cantor, J. (2016, 11. januar). Do trans- kids stay trans- when they grow up? Sexology Today. http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow_99.html Lastet ned april 2019.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Långström, N. & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. PLoS One, 6:e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>

Dyer, C. (2019, 8. April). End the transgender 'unregulated live experiment on children' say whistleblowing workers who have quit clinic treating patients as young as THREE. Mail online. Hentet fra <https://www.dailymail.co.uk/news/article-6897269/Workers-transgender-clinic-quit-concerns-unregulated-live-experiments-children.html>.

GIDS (Gender Identity Development Service, National Health Service) (2019). Does a child's gender remain the same after a certain age or might it change as they get older? Hentet fra <http://gids.nhs.uk/continuing-and-not-continuing-studies>

Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H., Rosenthal, S.M., Safer, J.D., Tangpricha, V., T'Sjoen, G.G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab.102:3869-3903.

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi 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, April 9;9:9. doi: 10.1186/s13034-015-0042-y. eCollection 2015.

Simonsen, RK., Giraldi, A., Kristensen, E. & Hald, G.M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. Nordic Journal of Psychiatry, 70:241-7.

Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H., Rosenthal, S.M., Safer, J.D., Tangpricha, V., T'Sjoen, G.G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab.102:3869-3903.

