

Kommentarer til Sundhedsstyrelsen behandlingsvejledning for transkønnede

Fra Transpolitisk forum og Amnesty International.

Introduktion

Fjernelsen af transkønnethed fra listen over psykiatriske lidelser i januar 2017 må nødvendigvis medføre et paradigmeskift i transkønnedes adgang til behandling i det danske sundhedssystem.

I 2014 udgav Amnesty den internationale rapport *The State Decides Who I Am*, der fokuserede på juridisk kønsskifte i syv Europæiske lande, inklusiv Danmark, og i 2016 udgav Amnesty Danmark rapporten *Transkønnedes Adgang Til Sundhed i Danmark*, samt en opfølgning i februar 2017. Her påvises det, at danske transkønnede stadig er i et system hvor de sygeliggøres, og trækkes igennem unødigt lange og nedværdigende udredningsforløb af psykiatrisk karakter. Dette krænker deres menneskerettigheder. Sundhedsstyrelsen bør sikre, at den nye vejledning på en række punkter adskiller sig væsentligt fra den nuværende vejledning og som minimum, at den ikke længere krænker transkønnedes menneskerettigheder.

Diskrimination

I alle sfærer i livet møder transkønnede fordomme baseret på stereotype forventninger og forestillinger til hvad der er "mandligt" og "kvindeligt". Disse fordomme medfører ofte diskrimination for transkønnede. Derfor er transkønnede en særligt sårbar minoritetsgruppe som stater og myndigheder har et særligt ansvar for at beskytte således har også Sundhedsstyrelsen et særligt ansvar for at sikre, at transkønnede ikke diskrimineres i det danske sundhedssystem. Konventionen om afskaffelse af alle former for diskrimination af kvinder (CEDAW) fastslår i artikel 5a, at alle deltagende stater skal tage passende forholdsregler "for at ændre mænds og kvinders sociale og kulturelle adfærds- mønster med henblik på at opnå afskaffelse af fordomme, sædvaner og al anden adfærd, som hviler på den opfattelse, at det ene køn er mere eller mindre værd end det andet, eller på fastlåste kønsroller"¹. De internationalt beskyttede menneskerettigheder gælder også i henhold til kønsidentitet, som det kan læses i Yogyakarta-principperne², der fastslår den nuværende status for menneskerettighedslovgivning i forhold til kønsidentitet og seksuel orientering. Det første princip lyder: "Alle mennesker er født frie og lige, med værdighed og rettigheder. Individet af alle seksuelle orienteringer og kønsidentiteter er berettigede til fuldbyrdet at nyde samtlige menneskerettigheder"³. Det pålægges stater at sikre en integreret tilgang til

¹ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#article5>

² Princippet blev udviklet i 2006 i Yogyakarta, Indonesien, af NGO-aktivister og andre eksperter. De henvises til af flere internationale og regionale organisationer, regeringer og andre autoriteter i forbindelse med ratificering af menneskerettighedstraktater, eller når der udvikles policy omkring ligestilling og nondiskrimination.

³ <http://www.yogyakartaprinciples.org/principle-1/>

beslutningstagen der anerkender og bekræfter alle aspekter af menneskelig identitet, inklusiv seksuel orientering og kønsidentitet⁴. Det er centralt for respekten for transkønnedes menneskerettigheder at kønsidentitet anses som anerkendt grundlag for diskrimination.

I 2010 opfordrede WPATH (Verdensorganisationen for Transkønnet Sundhed) alle lande til at sikre at transkønnede ikke længere sygeliggøres blandt andet ved at fjerne den psykiatriske diagnose: "Udtryk af køns karakteristika, inklusiv kønsidentitet, der ikke typisk forbindes med et individs tildelte køn ved fødslen er et almindeligt og kulturelt alsidigt fænomen, som ikke bør dømmes som patologisk eller negativt"⁵.

At fastholdelse transkønnede i psykiatrien er diskrimination

At tvinge transkønnede igennem psykiatriske screeninger for at få adgang til operationer og hormoner, blot på baggrund af deres kønsidentitet, er diskrimination. Det betyder, at det danske sundhedssystem mener det er nødvendigt at udrede en hel gruppe af mennesker for psykiatriske lidelser på grund af deres kønsidentitet. Det betyder, at medicinsk personale tager beslutninger omkring identitetstræk der er personlige for en hel gruppe af mennesker, da disse træk netop er personlige og ikke viser sig ensartede og fastlåste. De vi så i vores tre publikationer, var, at transkønnede i Danmark tvinges igennem lange og ydmygende psykiatriske screeninger for at få adgang til den behandling de har behov for. Sammenlagt har vi interviewet over 40 transpersoner, og de fortalte Amnesty, at screeningerne blev baseret på kønsstereotyper. Charlie, en transkønnet mand bosat i Danmark fortalte at "du bliver nødt til at overbevise dem om, at din kønsidentitet ikke bare er et indfald. De blev ved med at spørge mig, om jeg var sikker på at jeg ikke var lesbisk, og om jeg havde prøvet det ene eller det andet for at leve som kvinde. De var interesserede i, hvad jeg godt kunne lide i sengen. De spurgte mig, hvor ofte jeg onanerede, og om jeg var den dominante partner. Du føler konstant, at du skal give det korrekte svar – at du er til eksamen. Da jeg sagde, at jeg var dominerende seksuelt, sagde han, at så kunne jeg være en mand, for det var typisk maskulin opførsel. Hans tilgang var meget sort/hvid".

Udkastet lægger fortsat stor vægt på behandling i multidisciplinære teams, der inkluderer en psykiater. Selvom det ikke er specificeret, læser vi den som om, at psykiateren forstås som den behandlingsansvarlige, og det vil i praksis betyde, at der er tale om en stadig behandling af psykiatrisk karakter, hvilket er med til at stigmatisere transkønnede. Den behandling som transpersoner skal have er af somatisk/kropslig karakter og ikke af psykiatrisk karakter. Psykiater bør kun inddrages i særlige tilfælde, hvor der er indikation på

⁴ Princip 1d: "States shall Integrate within State policy and decision-making a pluralistic approach that recognises and affirms the interrelatedness and indivisibility of all aspects of human identity including sexual orientation and gender identity"

⁵ 26. maj 2010, WPATH De-Psychopathologisation Statement

psykiske lidelser der er særlig relevant i forhold til kønsmodificerende behandling (f.eks. hvis der er mistanke om psykose med ustabil kønsidentitet). Udkastet giver stærkt indtryk af, at forløbet er forankret i psykiatrien, hvor psykiater og psykologer er de hovedansvarlige og speciallæger i gynækologi og obstetrik eller endokrinologi har en sekundær rolle. Der bør slet ikke være krav om, at en psykiater eller psykolog skal inddrages. Det er ikke i psykiatrien, at transpersoner kan få den relevante behandling.

Til gengæld skal man som transkønnet have adgang til hjælp og rådgivning hvis man selv vurderer, at man har behov for det. Det er meget vigtigt, at det foregår udenfor det multidisciplinære team, så vi undgår den gatekeeper-funktion er indtil videre har været. Hvis en person presses ud i psykiatrisk behandling, vil det ikke være effektivt. Hvis behandleren på nogen måde er involveret i beslutningstagen omkring hormonbehandling eller kirurgi, placerer det den transkønnede person i en situation hvor der ikke er plads til at tale ærligt og åbent, da vedkommende kan frygte, om det vil have konsekvenser for behandlingen. Vi understreger også, at personens selvbestemmelse skal indgå i langt højere grad end tidligere, og at et multidisciplinært team som udgangspunkt ikke er relevant i situationer hvor personen er myndig. Det skal specificeres i vejledningen, hvornår det kan være relevant at henvise til en psykolog eller psykiater. Yderligere antager udkastet at alle der søger behandling er i tvivl i forhold til deres kønsidentitet, hvor vores erfaring viser det omvendte.

Det er også vigtigt at understrege, at udredningen ikke bør foregå på en afdeling der ligger under psykiatrien, hvilket er tilfælde med Sexologisk Klinik. Det vedligeholder en forståelse af transpersoner, som personer med psykiske lidelser og tankeforstyrrelser, der ikke er i stand til at tage selvstændige beslutninger. Transkønnede skal ikke som udgangspunkt antages som psykisk syge, og bør ikke underlægges screeninger for psykiske lidelser uden begrundet mistanke herom, ganske som det er tilfældet med ciskønnede personer i det danske sundhedssystem. At screene alle transkønnede personer for psykiske lidelser er direkte diskrimination. Et af de tilbagevendende argumenter for, at transkønnede skal gennemgå psykiatriske screeninger er, at der er tale om irreversible indgreb. De fleste andre kirurgiske indgreb, der foretages i sundhedsvæsenet, er også irreversible. Alligevel bliver ciskønnede patienter som regel ikke tvunget igennem en psykiatrisk udredning på samme måde. Screeninger for psykiatriske lidelser bør kun foretages, hvis der viser sig specifikke symptomer, der indikerer, at der kan være hindringer for, at person kan træffe beslutninger selv. Dette bør ikke udføres systematisk, og man bør, ligesom alle andre steder i sundhedssystemet, møde patienter med det udgangspunkt, at de er i stand til at træffe beslutninger om deres egen krop og eget liv.

Psykolog – psykiater efter frit valg. Lgbti certificering af disse

Terminologi og fordomme

Konventionen om afskaffelse af alle former for diskrimination af kvinder (CEDAW) fastslår, at alle deltagende stater skal tage passende forholdsregler "for at ændre mænds og kvinders sociale og kulturelle adfærdsmønstre med henblik på at opnå afskaffelse af fordomme, sædvaner og al anden adfærd, som hviler på den opfattelse, at det ene køn er mere eller mindre værd end det andet, eller på fastlåste kønsroller". Der kan også henvises til Yogyakarta-princippet, som i princip 18 kræver, at ingen person må tvinges til at gennemgå nogen former for medicinsk eller psykologisk behandling, procedure eller tests baseret på seksuel orientering eller kønsidentitet⁶. Yderligere understreges det, at en persons seksuelle orientering og kønsidentitet ikke i sig selv kan ses som sygdomstilstande, og ej heller skal behandles som sådan.

Udkastet til den nye vejledning benytter sig af udtrykket "kønsdysfori". Dette udtryk er fortsat en sygeliggørelse af transkønnedes kønsidentitet, og et argument for fastholdelse i psykiatrisk regi. Udtrykket er negativt, og dækker ikke over oplevelsen af at være transkønnet. Transgender Europe forslår, at man bruger udtryk som "trans-related health care" eller "gender-identity related", for hvilke vi kan arbejde mod at finde adækvate danske oversættelser. Det vigtigste er, at vi bevæger os væk fra patologisering – vi vil i øvrigt opfordre til, at Transgender Europe får lejlighed til at give helt konkrete input til den nye vejledning, da de har stor viden på området, og kan være behjælpelige både med indhold og terminologi i en ny vejledning. Det kan yderligere nævnes, at udtryk som "kvindeligt/mandligt fødselskøn" ikke er hensigtsmæssige udtryk, og at vi anbefaler "personer der er tildelt det kvindelige/mandlige køn ved fødslen".

Vi anser det som problematisk, at den nuværende vejledning henviser til begrebet "real life experience". At have dette som krav, tvinger individer til at komme ud til venner, familie og omgangskreds, hvilket de ikke nødvendigvis er klar til, og dette kan have store konsekvenser for et individ, der skal have muligheden for at tage den beslutning når de selv ønsker det. Vi anbefaler derfor, at den nye vejledning eksplicit afviser, at der kan henvises til "real life experience" som krav for at modtage behandling.

Ret til selvbestemmelse

Transkønnede skal have lov til at definere deres egen kønsidentitet, og tage beslutninger angående deres egne kroppe, på lige fod med alle andre. Disse rettigheder fratages dem, når de tvinges igennem psykiatriske udredninger, og derved presses ud i selvmedicinering. Amnesty har dokumenteret, at transkønnede personers adgang til sundhed er begrænset, og at deres ret til privatliv bliver krænket, blandt

⁶ <http://www.yogyakartaprinciples.org/principle-18/>

andet i kræft af invaderende og irrelevante spørgsmål om sex, seksuelle præferencer og seksuel orientering.

Før 2012 var det muligt for transkønnede at få hormoner igennem en praktiserende gynækologer med henvisning fra praktiserende læge, uden at skulle igennem lange og umyndiggørende psykiatriske udredninger. Vi har stadig ikke set valide argumenter for, hvorfor dette ikke længere skulle være tilfældet, da det var en ordning der fungerede, også ifølge de transkønnede selv. Ifølge den danske sundhedslov, kap. 5 §16, har alle borgere ret til at blive aktivt inddraget i de beslutninger der tages om deres helbred. Dette har ikke været tilfældet for de transkønnede, som har beskrevet processen som ugenomsigtig, og præget af uvished. Dette opfordrer Amnesty Sundhedsstyrelsen til at gøre op med, så transkønnede i Danmark bliver stillet lige for loven.

Angående børn og unge

Samtidig med, at behandlingsvejledningen på voksenområdet ændres, er der to forhold vi samtidig anbefaler ændret på børne- og ungeområdet. Der er som det første tale om, at man fjerner 12-års grænsen for suppresserende hormonbehandling. Dernæst bør kriteriet om Tannerstadiet 2-4 for suppresserende hormonbehandling ændres til Tannerstadiet 2.

Derudover ønsker vi, at vejledningsdelen på børn- og ungeområdet skal under selvstændig behandling til efteråret. Vi ønsker at drøfte dette afsnit med vores samarbejdspartnere på området inden øvrige kommentarer indgives.

Amnestys anbefalinger

- Slut med psykiatriske screeninger
- Adgang til hormoner igennem en gynækolog eller endokrinolog
- Mulighed for terapi hos en psykolog af eget valg