

Kommentarer til:

HØRINGSVERSION: VEJLEDNING OM SUNDHEDSFAGLIG HJÆLP VED KØNSIDENTITETSFORHOLD OG KØNSMODIFICERENDE BEHANDLING

Lisa Andersen, Prof. Emeritus
København 2017

Sammenfatning

Kommentarerne til udkast til "Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling" fokuserer på to centrale forhold, som også tidligere er blevet kritiseret fra flere sider: grænsebetingelserne for at komme i behandling og spørgsmålet om hvor specialiseret behandlingen bør anses at være.

I begge tilfælde kritiseres vejledningen for ikke at tage seriøst afsæt i beslutningen om at fjerne de transkønnede fra de psykiatriske diagnoselister og fremstille en vejledning der tager afsæt i, at der er tale om psykisk set sunde personer der søger hjælp til udbedring af vise primært fysiske egenskaber, således at der kan opstå bedre harmoni mellem krop og sjæl. Manglende kongruens eller konvergens mellem det subjektive køn og kroppens fremtoning er heller ikke i sig selv udtryk for ubehag eller ulyst, men kan være det, og er derfor ikke en forudsætning for behandling, i modsætning af hvad der fremgår af udkastet til vejledning.

I stedet præsenteres en vejledning, der langt hen ad vejen er en sproglig revidering og præcisering af den tidligere vejledning, men hvor substansen er den samme: man fastholder i det skjulte, at personen anses for psykisk syg, man anvender skjult psykiatriske diagnoser og man fremstiller behandlingen som uhyre kompliceret og indviklet, således at kun ganske få kan varetage den. Den centrale behandler er derfor fortsat en psykiater, der sammen med psykologer skal foretage udredning og vurdering af behandlingsbehov og hvor princippet om informeret samtykke reelt ignoreres. I modsætning til den eneste internationale vejledning, Standards of Care, som SST åbenbart har orienteret sig i med det ene øje lukket.

Der er behov for et paradigmeskift i Sundhedsstyrelsens syn på behandlingen af transkønnede og at dette følges op med, at behandlingen bredes ud til flere klinikker. Behandlingen bør betragtes som almen/specialiseret og man bør informere bredt om behandlingsforudsætninger og procedurer i lighed med hvad man ser i andre lande som er længere fremme end Danmark.

Baggrund

Dette udkast til en ny vejledning til behandling af transkønnede kommer kun godt 2 år efter den seneste vejledning fra 2014-15. Når man allerede efter to år finder det nødvendigt med en ny version af vejledningen, må det primært skyldes to forhold: at den tidligere var dårlig/forkert/ufuldstændig og at der i mellemtiden er sket det, at diagnoserne for transseksualitet er blevet fjernet, på baggrund af en politisk beslutning, for at give det signal, at transkønnethed ikke skal betragtes som en

psykiatrisk lidelse som de traditionelle diagnoser angav (den i Danmark anvendte ICD10 og den amerikanske DSM5).

At den tidligere vejledning både var dårlig og forkert er blevet påvist af flere gennem de sidste år, og selv har jeg ved flere tilfælde i henvendelser til Sundhedsudvalget og ministeren i detalje redegjort herforⁱ.

At transkønnethed ikke længere skal betragtes som en psykiatrisk diagnose burde i sig selv få afgørende konsekvenser for vejledningen, men man skal dog være opmærksom på, at også den tidligere vejledning understregede dette forhold, hvorfor man i princippet vel ikke skulle forvente de store ændringer – hvad man da heller ikke bliver præsenteret for.

Men man kunne have forventet, at Sundhedsstyrelsen i højere grad trådte i karakter og efterlevede den politiske beslutning og de sundhedsfaglige eksperter der seriøst mener, at transkønnethed ikke i sig selv er en psykisk sygdom, og havde udarbejdet en ny vejledning med dette udgangspunkt. Hvor psykiatriske og psykologiske udredninger kun er nødvendige, i de tilfælde hvor klientens ønsker om kønsmodificerende behandling, åbenbart optræder samtidigt med psykiske problemer. Dette er ikke sket, og dette synspunkt har tydeligt nok ikke fundet genklang blandt de psykiatere som har ført pennen i den 'nye' vejledning som kun er en omskrivning af den gamle.

Fastholdelse af, at transkønnethed er en psykisk sygdom

Enhver behandlingsvejledning rummer i sagens natur henvisninger til hvilke behandlingskriterier der skal opstilles – kriterier der for brugeren/klienten i sundhedssystemet er alt afgørende: kan jeg få den behandling jeg har brug for, eller bliver jeg afvist. Gennem årene har dette været det forhold de transkønnede har været mest utilfredse med ved mødet med sundhedssystemet: hjælp var betinget af en række ugennemskuelige forhold som skulle kortlægges i årelange udrednings- og observationsforløb med urimeligt mange samtaler og psykologiske test, inddragelse af pårørende osv. osv. Behandlingstiderne varede i gennemsnit 5-6-7 år og mange slap ikke gennem det oplevede nåleøj.

Ved at fjerne de psykiatriske diagnoser kunne man have håbet på, at behandlingen omsider ville blive klientorienteret og med udgangspunkt i SOC, at tage afsæt i, at det er ” *important for mental health professionals to recognize that decisions about hormones are first and foremost the client’s decisions.* (SOC, si. 25)ⁱⁱ.

Men ikke ifølge SST. Til trods for alle angivelser af det modsatte, fremgår det umiskendeligt, at man stadig anser transkønnethed som en psykisk sygdom, som skal udredes og behandles af de tilsvarende specialister: psykiatere og kliniske psykologer.

Dette fremgår med al ønskelig tydelighed når man læser hvilke kriterier der opstilles forud for behandling. Af afsnit 7,1 fremgår det, at ” *speciallægen skal sikre følgende - At der er tale om kønsligt ubehag med ønske om kønsmodificerende medicinsk behandling*”. (si. 6). Sammenholdes udkastet fra 2017 med den tidligere og gældende vejledning fra 2014 og ” *Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte*” fra 2006 er lighederne ikke til at tage fejl af. At de alle også har rod i dagældende diagnostiske kriterier for ’gender dysphoria’ (DSM5), ’transseksualisme (ICD10) og ’kønsidentitetsforstyrrelse’ (DSM4) fremgår ligeså klart.

Udkast til Vejledning, 2017	Gældende vejledning, 2014	Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte, 2006
"At der er tale om kønsligt ubehag med ønske om kønsmodificerende medicinsk behandling." Svarende til: <i>DSM 5: For at en person kan blive diagnosticeret som havende kønsuhbehag (gender dysphoria) må der være en markant forskel mellem individets udtrykte/oplevede køn og det køn som andre tilskriver ham eller hende og må have været mindst 6 måneder.ⁱⁱⁱ</i>	"En vurdering af, om patienten opfylder kriterierne for diagnosen transseksuel." Svarende til: <i>ICD10: Transseksualisme – ønske om at leve og blive accepteret som et medlem af det modsatte køn, sædvanligvis ledsaget af en følelse af ubehag med eller utilstrækkelighed med ens anatomiske køn.^{iv}</i>	Efter sundhedslovens § 115 kan der gives tilladelse til kastration herunder med henblik på kønsskifte, såfremt ansøgerens kønsdrift medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse.

Der er i alle tilfælde tale om psykiatriske diagnoser som følgelig skal udredes af psykiatere og psykologer som **forudsætning for behandling**. Dette prøver man at bortforklare med følgende forvrøvede argumentation: "Deltagelse af psykologer eller psykiatere i udredning og behandling betyder ikke, at de mennesker, der søger hjælp, opfattes som psykisk syge, ligesom deltagelse af læger fra somatiske specialer ikke betyder at den, der søger hjælp, opfattes som somatisk syg" (si. 4) – man kunne i så fald også argumentere for at kvinder der ønsker p-piller eller hormoner i overgangsfasen også skulle udredes af en psykiater – for de er jo heller ikke psykisk syge! Eller omvendt: hvis en skizofren mener han er Dronning Victoria, skal der så også i behandlingen inddrages en gynækolog?

Hele udkastet til ny vejledning er gennemsyret af dette synspunkt, hvilket også afspejles i fastholdelsen af behandlingen som højt specialiseret.

Højt specialiseringsniveau og faglige kvalifikationer

Den tidligere vejledning er blevet kritiseret for at placere behandlingen af transkønnede på det højeste specialisering niveau i Danmark. Bagsiden ved dette er, at man ikke muliggør behandling andre steder (f.eks. gynækologer til behandling med hormoner) og at transkønnede kun kan få behandling to steder i landet. Dette er igen og igen blevet kritiseret af mange (mit eget bidrag, se note ^v), hvor det blev påvist, at SST fastholdt behandlingen som højt specialiseret **uden nogen som helst faglig dokumentation hverken i den tidligere vejledning eller udkastet til den nye**. Ej heller i svar til Sundhedsministeren og Sundhedsudvalg, hvor man lakonisk og helt uden faglige begrundelser fastholder, at 'man synes' at "det væsentligste ifm med udredning og kønsmodificerende behandling, både medicinsk og kirurgisk, er, at indsatsen forankres i et tværfagligt team med de nødvendige faglige kompetencer, som inddrager både fysiske og psykosociale aspekter. Det betyder bl.a., at der i

teamet bør indgå speciallæger i gynækologi og psykiatri, psykologer m.v., og at teamet – ved kirurgisk behandling – suppleres med speciallæge i plastikkirurgi.”

Hvis man fagligt skal begrunde, at behandling af normale (ikke psykisk syge) transpersoner er så kompliceret, at den må kategoriseres som 'højt specialiseret', altså det højeste specialiseringsniveau i Danmark, må det bero på:

- At ”diagnosticeringen” er meget kompliceret og omfatter flere fagområder
- At behandlingen er meget risikabel og vanskelig
- At den fortsatte monitorering er kompliceret og omfatter flere faglige specialer

”Diagnose”. Eftersom personen á priori ikke er psykisk syg eller i øvrigt lider af en sygdom ifølge SST egen fremstilling, er der ikke behov overhovedet for at stille en *diagnose*. Opgaven består i at undersøge om personen der henvender sig, skulle lide af en psykisk sygdom som *kunne* medføre ønsket om behandling rettet mod en ændring af den fysiske fremtoning – spørgsmålet om forekomsten af comorbiditet.

Dette forekommer meget sjældent, og det er ikke et højt specialiseret område indenfor sundhedsvidenskaberne, at afgrænse og afgøre om dette er tilfældet eller ej, men kan foretages af en psykiater eller en klinisk psykolog **hvis** der var mistanke herom.

Men som omtalt ovenfor, må der i det skjulte tales om *kønsligt ubehag* som forudsætning for behandling, så for at blive i den traditionelle terminologi, må det konstateres, at det ikke er vanskeligt at stille ’diagnosen’ – i dybeste forstand beror den på den transkønnedes egen oplevelse – der findes ikke diagnostiske redskaber der kan bestemme tilstanden, som er en subjektiv selvforståelse og erkendelse af, at den kønslige fremtoning ikke er kongruent med det subjektive køn. Støtter man sig videre til DSM 5 skal tilstanden være vedvarende og af mindst 6 måneders varighed (ikke seks år som er behandlingstiden på SK).^{vi}

Behandlingen er heller ikke hverken vanskelig at igangsætte eller monitorere når det gælder behandling med kønshormoner. Risici er efter eksisterende undersøgelser små og begrænsede (se Lisa Andersen: *Notat. Om Sundhedsstyrelsens behandlingsvejledning for transkønnede og den praksis for behandling der foregår på Sexologisk Klinik*.^{vii}) Desuden er behandlingen reversibel indenfor mindst det første år, også i flg. SST, så der er god tid til at følge personen og undersøge om behandlingen understøtter personen i sit liv, hvilket vil gælde for langt de fleste der søger behandling. Øvre kirurgi er normal behandling, der også anvendes af ikke transpersoner og kan ikke beskrives som specialiseret på højt niveau. Dette gælder alene nedre kirurgi, hvor danske læger, ifølge udsagn fra mange transpersoner der søger operation i udlandet, ikke er på højt specialist niveau.

Forsats **monitorering** og efterfølgende behandling drejer sig først og fremmest om behandlingen med kønshormoner, men dette er så enkelt, at selv SST anfører at personens praktiserende læge kan varetage dette.

Det derfor vanskelig at forstå, at SST fortsat mener at behandlingen af transpersoner skal betragtes som højt specialiseret og kun kan foregå på to klinikker i landet. At fastholde dette synspunkt

implicerer dels, at kun særligt kvalificerede personer kan foretage behandlingen og at udredning m.m. kan udstrækkes i årevis fordi behandlingen betragtes som højt kvalificeret og derfor må anses for vanskelig (cirkulær argumentation).

Dette synspunkt forstærkes yderligere i udkastet, hvor man yderligere opskruer kvalifikationskravene til urimelige højder: *"Ud fra en generel betragtning af områdets kompleksitet og hensynet til faglig robusthed i teamet bør speciallæger, der varetager kønsmodificerende behandling, som udgangspunkt have mindst 30 nye forløb om året, og det samlede team bør have mindst 100 nye forløb om året. For de specialiserede sygehusydelse vil kriterier og krav til varetagelse indgå i Sundhedsstyrelsen sagsbehandling ved specialeplanlægning"* (si. 6). Så har man da for alvor fået centraliseret behandlingen på SK – fast arbejde i mange år og flere bevillinger. Man skyder spurve med kanoner, se nedenfor.

Dette synspunkt kan heller ikke begrundes sundhedsfagligt ud fra hverken den videnskabelige litteratur eller anerkendte behandlingsformer andre steder i verdenen. Tværtimod ses en bevægelse væk fra centraliserede og specialiserede enheder i kontrast til den danske specialelægning og SST's insisteren på, at kun ganske få sundhedsfaglige personer, samlet i et team, er i stand til at løse denne opgave.^{viii}

Man kan ikke i *Standards of Care*, som er eneste eksterne fagligt relevante kilde SST betjener sig af, hente dækning for hverken de højt specialiserede krav eller den tid man bruger til udredning og behandling på SK. SOC anviser dels en mere bred tilgang til behandlingen som har rod i øget vejledning, et forhold som SK aldrig ifølge manges erfaringer ikke har exeleret i, dels en mere snæver behandlingsprotokol, som er i overensstemmelse med SOC, og betegnes som *"Informed Consent Model Protocols"*, der beskrives som fleksible kliniske guidelines.

Det anføres således, at *"The difference between the Informed Consent Model and SOC, Version 7 is that the SOC puts greater emphasis on the important role that mental health professionals can play in alleviating gender dysphoria and facilitating changes in gender role and psychosocial adjustment. ... In the Informed Consent Model, the focus is on obtaining informed consent as the threshold for the initiation of hormone therapy in a multidisciplinary, harm-reduction environment. Less emphasis is placed on the provision of mental health care until the patient requests it, unless significant mental health concerns are identified that would need to be addressed before hormone prescription"*.

Som eksempel kan nævnes at Callen Lorde Community Health Center^{ix} der på baggrund af 2-3 møder udreder og undersøger transpersoner og igangsætter hormonbehandling baseret på informeret samtykke – altså behandlingsprotokoller under SOC, men som i løbet af en måneds tid i normale tilfælde vil kunne udskrive hormoner – og hvis klienten allerede har brugt/bruger hormoner fortsættes behandlingen samtidigt med udredningen.

Andre eksempler kan nævnes som f.eks. *"Guidance for GPs, other clinicians and health professionals on the care of gender variant people"* (NHS 2008) hvor det engelske sundhedsministerium udgav en vejledning^x om behandling af transkønnede personer rettet mod den alment praktiserende læge hvoraf det bl.a. fremgår, at den privatpraktiserende læge anses som central i behandlingen og selv kan selv igangsætte behandling med kønshormoner. Det fremgår videre, at klinikker rettet mod

behandling af transkønnede, med multifaglige teams fungerer fint for mange, men at de ikke passer alle, hvorfor mindre centraliserede tilbud er en mulighed – dette i modsætning til holdningen i SST.

I Canada har Vancouver Coastal Health i 2017 udgivet *“Caring for Trans and Gender Diverse Clients in BC: A Primary Care Toolkit”* som fremhæver, at den traditionelle psykiatriske tilgang til behandling af transkønnede, og som andre steder i verdenen har været på retur i de sidste årtier:

Historically, transgender care was provided in highly specialized gender clinics, but in the last decade there has been a shift toward distributed care models. In Canada and the US, there is increasing recognition that trans people can be well-served in primary care settings and that with some additional training family physicians and nurse practitioners can provide many aspects of gender affirming care.

Her kunne SST lære noget.

Som det fremgår, er der internationalt flere eksempler på, at behandlingen af transpersoner med baggrund i SOC kan foregå lokalt og kan varetages af det almindelige eller let specialiseret sundhedspersonale. Med større vægt på patientens samtykke som tærskel for igangsættelse af behandlingen end på årelange udrednings- og observationstider, som er sædvanen på SK.

Desværre til skade for de transkønnede som unødvendigt udsættes for diskriminerende og årelange udrednings- og behandlingsforløb(-forsøg?).

Holdningen til de transkønnede

Udkastet er rigt på gentagelser af temmelig banal karakter så som at der skal udvises respekt: *“Det sundhedsfaglige personale skal i sit møde med mennesker, der søger sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold, optræde professionelt, med respekt for den enkeltes situation og præferencer, og på en måde, der bidrager til at mindske stigmatisering og ubehag for den enkelte.”* (si. 3).

Hvad ellers kunne man med rette spørge – og når man nu flere steder parafraserer over dette tema kunne man omvendt spørge: har dette da ikke været tilfælde tidligere på SK? Ifølge flere beretninger fra transkønnede, har det ikke været tilfælde – men kunne en intern instruks ikke være det der skulle til? SST fører, og har i årevis, ført tilsyn med SK uden at have skredet ind. Men bedre sent end aldrig.

På den anden side savnes positive angivelser af hvad den transkønnede kan forvente af behandlingen, i stedet for den negative karakteristik af behandlingen som kan udlæses mellem linjerne i vejledningen. Som eks. flg. afsnit: *“Den læge, der er ansvarlig for behandlingen, har et selvstændigt fagligt ansvar for at tilbuddet gives på baggrund af en konkret faglig vurdering, under hensyntagen til bl.a. en vurdering af den enkeltes behandlingsbehov (indikation) og forventet gavn, mulige skadevirkninger, og den aktuelle faglige viden og praksis på området. Lægen skal altid lade den enkeltes ønsker og præferencer indgå i sin vurdering, men den enkelte har ikke krav på specifikke behandlingstilbud, der ikke findes lægefagligt velbegrundede”* (si 3).

Det positive fremhæves svagt som de klienten kan “have gavn af” (men ikke glæde osv...), omvendt fremhæves uønskede bivirkninger dramatisk som “potentielle skader” – og ingen steder får man nogen reel viden om de begrænsede risici som alle eksperter er enige i ^{xi}.

Det andet som berøres her, er spørgsmålet om informeret samtykke, som fylder meget i vejledningen, men, når det kommer til stykket, kan koges ned til, at "*...den enkelte har ikke krav på specifikke behandlingstilbud, der ikke findes lægefagligt velbegrundede*". Altså informeret samtykke gælder så længe man er enig med psykiateren. Sammenlignes med SOC's formulering, citeret ovenfor, er forskellene store og forstemmende.

It is important for mental health professionals to recognize that decisions about hormones are first and foremost the client's decisions. (SOC, si. 25).

Der er åbenbart langt igen.

Noter

ⁱ Lisa Andersen (maj 2017). Kommentarer til Sundhedsstyrelsens svar på spørgsmål vedrørende faglige begrundelser for behandlingsvejledningen for transkønnede og for at klassificere behandlingen af disse som 'højt specialiseret'.

<http://www.ft.dk/samling/20161/almdel/suu/bilag/328/1758585.pdf>

Lisa Andersen (juni 2016). Notat: Om Sundhedsstyrelsens behandlingsvejledning for transkønnede og den praksis for behandling der foregår på Sexologisk Klinik. København 2016/juni.

<http://www.ft.dk/samling/20151/almdel/suu/bilag/570/1644881.pdf>

Lisa Andersen. Kommentarer til antallet af ansøgere til kønsskifteoperationer i Danmark henholdsvis Sverige, foranlediget af Sundhedsministerens svar til SUU af 26 november 2013.

<http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/SUU/bilag/167/index.htm>

Lisa Andersen Notat om transkønnedes forhold: Sygeliggørelse, diagnostisering og behandling, juridisk kønsskifte samt afledte civilretslige konsekvenser. København 2012.

<http://www.ft.dk/samling/20111/almdel/SUU/bilag/417/1147452/index.htm?/samling/20111/almdel/SUU/bilag/417/1147452/index.htm>

ⁱⁱ World Professional Association for Transgender Health (WPATH): Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. The World Professional Association for Transgender Health. 7th Version 2010. [www.wpath.org]

ⁱⁱⁱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

^{iv} ICD-10: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60-F69>

^v Lisa Andersen (maj 2017). Kommentarer til Sundhedsstyrelsens svar på spørgsmål vedrørende faglige begrundelser for behandlingsvejledningen for transkønnede og for at klassificere behandlingen af disse som 'højt specialiseret'.

<http://www.ft.dk/samling/20161/almdel/suu/bilag/328/1758585.pdf>

^{vi} Lisa Andersen. Kommentarer til antallet af ansøgere til kønsskifteoperationer i Danmark henholdsvis Sverige, foranlediget af Sundhedsministerens svar til SUU af 26 november 2013.

<http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/SUU/bilag/167/index.htm>

^{vii} Lisa Andersen (juni 2016). Notat: Om Sundhedsstyrelsens behandlingsvejledning for transkønnede og den praksis for behandling der foregår på Sexologisk Klinik. København 2016/juni.

<http://www.ft.dk/samling/20151/almdel/suu/bilag/570/1644881.pdf>

^{viii} Lisa Andersen (maj 2017). Kommentarer til Sundhedsstyrelsens svar på spørgsmål vedrørende faglige begrundelser for behandlingsvejledningen for transkønnede og for at klassificere behandlingen af disse som 'højt specialiseret'.

<http://www.ft.dk/samling/20161/almdel/suu/bilag/328/1758585.pdf>

^{ix} Protocols for providing hormone therapy. <http://callen-lorde.org/transhealth/>

^x *Caring for Trans and Gender Diverse Clients in BC: A Primary Care Toolkit*. Vancouver Coastal Health, Canada i 2017. <http://www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/lgbt2q+>

^{xi} Se bl.a. Lisa Andersen (juni 2016). Notat: Om Sundhedsstyrelsens behandlingsvejledning for transkønnede og den praksis for behandling der foregår på Sexologisk Klinik. København 2016/juni.

<http://www.ft.dk/samling/20151/almdel/suu/bilag/570/1644881.pdf>