



## **Høringssvar: Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling**

1. Amnesty, Transpolitisk Forum, CPH-Pride og LGBT ungdom
2. Birgit Sloth
3. Børnerådet
4. Børns Vilkår
5. Copenhagen Cardiovascular Clinic v. Michael Lützhøft Hansen
6. De transpolitiske psykologer
7. Det Ethiske Råd
8. DSOG
9. FATID
10. FSTB
11. Institut for Menneskerettigheder
12. Intersex Danmark
13. Jordemoderforeningen
14. Københavns Kommune
15. LGBT Danmark
16. Ligebehandlingsnævnet
17. Lisa Andersen
18. Region H.
19. Region Midtjylland
20. Region Nordjylland
21. Region Sjælland
22. Region Syddanmark
23. Rådgivning for transpersoner – AIDS Fondet
24. STPS
25. TGEU
26. Transpolitisk Interesseorganisation



♥ COPENHAGEN  
PRIDE



**Trans  
Politisk  
Forum**

Sundhedsstyrelsen

[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)

Kopi:

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby

02. august 2017

**Høringssvar fra Transpolitisk Forum, Copenhagen Pride og Amnesty International Danmark i forbindelse med Sundhedsstyrelsens udkast til vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling**

I Transpolitisk Forum, Copenhagen Pride og Amnesty så vi sundhedsministerens beslutning om at fjerne diagnosen "transsexualisme" fra Sundhedsstyrelsens diagnosefortegnelse over psykiatriske lidelser som et positivt første skridt. Vi er også positivt stemt over for beslutningen om at revidere "*Vejledning om udredning og behandling af transkønnede*", som blev udgivet i 2014, så den afspejler at transkønnethed ikke længere i Danmark betragtes som en psykisk lidelse i sig selv. Det er vores indtryk, at vejledningen i høj grad har bidraget til stigmatisering, diskrimination og sygeliggørelse af transpersoner i det danske sundhedssystem. Det lange og umyndiggørende udredningsforløb, som mange transpersoner har været igennem har også haft negative konsekvenser på deres psykiske helbred, og vi har oplevet, at mange transpersoner er begyndt at selvmedicinere på grund af de uholdbare forhold inden for sundhedsvæsenet.

Der er positive ændringer i den foreslåede revision af vejledningen. Der er gjort en stor indsats i forbindelse med sprogbrug, som er mere præcist og respektfuldt end i den nuværende vejledning. Der lægges desuden vægt på, at rammerne skal forsøge at mindske stigmatisering. Vi oplever, at de fysiske rammer på de eksisterende kønsidentitetsklinikker (som ligger under Sexologisk Klinik) i høj grad bidrager til stigmatisering af transpersoner og bidrager til misforståelse omkring problematikkerne. Vi ser derfor frem til, at der foretages relevante ændringer, og foreslår, at behandlingen af transkønnede ikke længere skal foregå på Sexologisk klinikker. Vi sætter også stor pris på, at det nu fremgår tydeligt, at der skal sikres, at sundhedspersonalet får opdaterede efteruddannelser, så de har de rette kompetencer inden for området, og at der skal være løbende dialog med brugerrepræsentanter, så der opnås en bedre forståelse af kønsidentitetsforhold. Her er det dog vigtigt at bemærke, at en relevant medicinsk

efteruddannelse ikke er nok, og vi foreslår derfor, at relevant sundhedspersonale kan opnå en LGBTI-certificering inspireret af den svenske model.

Det er skuffende, at der ikke er sket væsentlige ændringer i udrednings- og behandlingsforløbene og dermed ikke en egentlig ændring i det behandlingsparadigme som vi flere gange har dokumenteret diskriminerer danske transpersoner i deres adgang til behandling.

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.

Helt overordnet savnes der en formålsbeskrivelse, som tydeliggør hvordan denne vejledning er helt anderledes end den nuværende vejledning, og at den nye vejledning dermed forventes at resultere i en ny tilgang til området. Der mangler stadig en tidsgrænse for hvor længe et forløb maximalt må strække sig over. Der er desuden ikke noget i det nye udkast som styrker patientens retsstilling eller sikrer, at behandlingen ikke går ud over det primære formål - nemlig at sikre det optimale helbred og trivsel. I det nye udkast nævnes den "for forløbet ansvarlige speciallæge" flere gange uden nærmere angivelse af specialet. Det er uklart hvilket speciale der er tale om og hvordan det besluttet hvem den behandlingsansvarlige er. En sådan uklarhed er i sagens natur uacceptabel, og vi skal derfor opfordre til, at der skrives et afsnit, som tydeligt angiver hvilke ændringer i det nuværende behandlingsparadigme - om nogen overhovedet - der påtænkes. Samlet set er der ikke noget i vejledningen, som ville forhindre de lange, krænkende udredningsforløb som vi allerede har dokumenteret i flere rapporter.

Hermed vores kommentarer til den vejledning, som er sendt til høring.

## **1. Udredning fortsat overvejende psykiatrisk karakter**

I vejledningen står der tydeligt at: "*Kønsidentitetsforhold kan medføre ønske om sundhedsfaglig hjælp for tilstande, der i sig selv hverken er udtryk for psykisk eller somatisk lidelse*" (side 2). Samtidig beskriver den nye vejledning en udredningsproces, som i høj grad er af psykiatrisk karakter.

For det første står der "*Det tværfaglige team skal desuden omfatte relevante kompetencer indenfor vurdering af psykosociale forhold, herunder psykologer og speciallæger i psykiatri med særlig erfaring og kompetencer*" (side 6) (Vores understregning). Det kan ikke begrundes, at der skal være en psykiater i det multidisciplinære team, når transkønnethed ikke betragtes som en psykisk lidelse, og når den behandling, som skal modtages, er af somatisk karakter. Det er ikke almindeligt ved

tilstande, der kræver behandling af somatisk karakter, at have en psykiater som fast del af behandlingsteamet. Også når der er tale om irreversible og risikabelt somatiske indgreb (som for eksempel rygoperationer, abort, og mere). At inkludere en psykiater i teamet giver klart signal om, at transpersoner fortsat betragtes som personer med overvejende psykiske problemstillinger. Hvad er mere problematisk, er at vejledningen giver mulighed for at en speciallæge i psykiatri kan være hovedansvarlig for behandlingen når selve behandlingen er af somatisk karakter. Der bør præciseres, at den behandlingsansvarlige aldrig er en psykiater.

For det andet, er der lagt stor vægt på, at der skal laves en vurdering af om der er psykiske tilstande eller lidelser som kan kontraindicere behandlingen. Disse krav om vurderinger af mulige psykiske tilstande eller lidelser gør det tydeligt, at transpersoner fortsat bliver betragtet som personer med overvejende psykiske problemstillinger og vil blive udsat for udredninger, der har psykiatrisk karakter.

Vi har desuden i flere rapporter dokumenteret hvordan udredningen af psykiatrisk karakter diskriminerer transpersoner i deres adgang til sundhed og derved altså krænker deres menneskerettigheder. Det bør tydeliggøres, at speciallægen i psykiatri primært har en perifer rolle og kun inddrages, hvis den enkelte lider af alvorlige psykiatriske lidelser eller at der er overvejende mistanke herom. Og udredning for psykiske lidelser bør, ligesom inden for de fleste områder inden for somatikken, kun ske hvis der er særlig mistanke om, at dette er relevant hos den enkelte person.

## **2. Multidisciplinære teams**

Vi mener ikke, at der generelt bør være et krav om multidisciplinære teams ligesom vi ikke mener, at hormonbehandling er højt specialiseret behandling og derfor bør nedklassificeres. Den tidligere model, hvor transpersoner har kunnet henvende sig til gynækologer og få hormonbehandling fungerede godt og Sundhedsstyrelsen har ikke kunnet dokumentere, at den gav anledning til større problematikker eller klager. Kravet er med til at styrke monopolet hos de sexologiske klinikker, og er med til at begrænse sygehus/lægevalg. Det er ydermere med til at sygeliggøre og diskriminere transpersoner i adgangen til behandling i det danske sundhedssystem.

I afsnit 7.2, står der: *"Ved behov for ændring af det fastlagte opfølgningsprogram skal der henvises til, eller konfereres, med speciallæge i MDT."* Dette er beklageligt da det udelukker, at en læge med stor erfaring inden for området, men som ikke har 30 nye om året ikke må lave ændringer i dosis af hormonbehandling.

Der åbnes i teorien i den nye vejledning op for, at privatpraktiserende gynækologer kan ordinere hormoner igen. I praksis vil det dog være svært at imødegå kravet om, at der skal 30 nye om året. Derfor opfordrer vi til, at dette krav slettes. Der er i mange andre tilfælde i det danske sundhedssystem mulighed for, at læger kan ordinere de samme hormoner uden krav om antal patienter. Det er diskrimination af og besværliggør transpersoners adgang til hormoner.



### 3. Psykiske lidelser som kontraindikation

Der står at *“Bestående psykisk eller somatisk lidelse er ikke i sig selv en kontraindikation mod kønsmodificerende medicinsk behandling, men afhængig af lidelsens art og alvorlighed kan der være behov for behandling af lidelsen enten forud for, eller samtidigt med, iværksættelsen af kønsmodificerende medicinsk behandling.”* (side 7). Det er positivt, at der er blevet tydeliggjort, at psykiske og somatiske lidelser ikke i sig selv er kontraindikationer for adgang til behandling. Det er vores indtryk, at mange transpersoner tidligere har fået afslag på at få behandling udelukkende med begrundelsen om, at de havde en psykisk lidelse, selv i situationer, hvor der kan være mistanke om at deres psykiske belastning skyldes deres oplevelser som transperson. Vi er bekymret for, at den foreslåede formulering giver plads til stor fortolkning, og at patienter fortsat kan nægtes kønskorrigerende behandling på grund af psykiske lidelser også når de skyldes den uoverensstemmelse mellem deres kønsidentitet og deres kropslige karakteristika. Desuden åbner formuleringen op for, at der som tidligere kan ledes med lys og lygte efter om den transkønnede har psykiske lidelser, som kan være kontraindikation. Det bør også tydeliggøres, at der er tale om kontraindikation primært når den psykiske tilstand påvirker evnen til at træffe beslutninger.

Det er vigtigt, at man sikrer, at der ikke som en del af standardudredningen foretages en psykiatrisk evaluering.

### 4. Sikring af kompetencer

I afsnit 4.1 står der: *“Både det samlede team og de deltagende sundhedspersoner skal opbygge og vedligeholde særlige kompetencer.”* (Side 5) Vi ønsker at få præciseret nærmere hvilke særlige kompetencer, der er tale om.

I afsnit 8 står der: *“De kirurgiske indgreb, der tilbydes, herunder deres type, omfang, rækkefølge, kombination m.v., skal følge etableret faglig praksis samt nationale og internationale faglige retningslinjer m.v. Ved anvendelse af nye behandlingsprincipper skal der sikres relevant og systematisk erfaringsopsamling og kvalitetssikring”.* (Side 7) Vi er meget enige i kravene i dette afsnit, men har svært ved at forestille os, hvordan det skal ske i praksis i dag i Danmark. Vejledningen lægger umiddelbart op til, at det er de samme kirurger, som hidtil har behandlet transpersoner, der fortsat skal udføre indgrebene i fremtiden, til trods for, at hverken internationale retningslinjer eller standarder er blevet fulgt tidligere.

Vi undrer os over, den manglende overensstemmelse mellem krav til erfaring inden for hormonbehandling og inden for kirurgi. I forbindelse med varetagelse af hormonbehandling står der under afsnit 4.1.: *“(…)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.”* Minimumsgrænsen på 30 og 100 er meget tilfældig og går direkte imod muligheden for større sygehus- og lægevalg (det giver i praksis kun mulighed for, at et par behandlingssteder eksisterer). Dette krav udelukker desuden, at en speciallæge der har mange års erfaring inden for området, men som ikke starter minimum 30 nye forløb om året, har mulighed for at tilbyde behandling.

Derudover undrer vi os over, at der slet ikke stilles minimumskrav til de læger der foretager de kirurgiske indgreb. Det burde netop være på dette område, at der fastsættes

et krav om et minimum antal operationer om året, for at sikre kvaliteten af de operationer som transpersoner bliver tilbudt. Og hvis de minimumskrav ikke kan overholdes, bør der laves samarbejder med hospitaler i udlandet, så transpersoner fra Danmark kan få kirurgi af læger, der har den nødvendige erfaring.

## **5. Behandlingsgaranti**

Under afsnit 11 står der: *“I betragtning af at kønsligt ubehag kan være forbundet med en betydelig påvirkning af den enkeltes livssituation, og under hensyn til at personer, der venter på kønsskiftekirurgi kan have haft lange udrednings- og behandlingsforløb, bør ’øvre’ og ’nedre’ kirurgi som udgangspunkt tilbydes inden for rimelige tidsfrister”* (Side 13). Udtrykkene *“som udgangspunkt”* og *“rimelige tidsfrister”* giver ikke garanti for at modtage behandling hurtigst muligt, men giver derimod mulighed for at udsigten til udførelsen af kirurgiske indgreb er uvisse for den enkelte person. Det bør præciseres hvad *“rimelige tidsfrister”* er. Og hvis de ikke kan overholdes bør der som minimum tilbydes et behandlingsforløb i privat regi eller i udlandet.

## **6. Seksualitet og seksualliv irrelevant**

I afsnit 8, står der: *“(…) Udredningen skal i relevant omfang suppleres med fysisk undersøgelse af bryst og kønsorganer, ligesom relevante fysiske og psykosociale forhold vedr. den pågældendes seksualitet og seksualliv skal være afdækket og evt. fremtidige reproduktive ønsker skal være drøftet.”* (Side 8) Vi anser en afdækning af seksualitet og seksualliv som værende irrelevant i denne sammenhæng. Det er naturligvis relevant, at den behandlingsansvarlige læge beskriver de konsekvenser som indgrebet vil have på organernes og de seksuelle funktioner, men herfra må det være op til den enkelte person selv at tage stilling til hvorvidt et eventuelt indgreb vil have konsekvenser for måden hvorpå personen bruger sine kønsorganer. Den pågældende skal altså ikke fortælle om sine seksuelle praksis eller seksualitet. Derudover virker brugen af begrebet *“seksualitet”* misforstået. En persons seksualitet siger ikke nødvendigvis noget om personens seksuelle praksis. For eksempel siger det at være *“heteroseksuel”* ikke nødvendigvis noget om på hvilken måde vedkommende bruger sine kønsorganer. Det giver altså i denne situation ingen større klarhed over brugen af kønsorganer ved at der spørges ind til vedkommendes seksualitet. Vi har tidligere dokumenteret hvordan spørgsmål omkring seksualitet og sexliv krænker transkønnedes ret til privatliv.

Det samme gør sig gældende under afsnit 8.2, hvor der her står, at lægen skal sikre *“at psykosociale forhold er afklaret, herunder forhold vedr. seksualitet samt psykosociale konsekvenser af potentielt irreversible forandringer”*. (Side 10)

Senere i samme afsnit fremgår det, at eventuelle fremtidige reproduktive ønsker skal være drøftet. Der bør stå mere tydeligt, at personen skal informeres både om konsekvenserne ved indgreb og om deres efterfølgende muligheder for reproduktion.

## **7. Manglende hensyn til non-binære**

Selvom der er taget mere hensyn til personer med ikke-binære identiteter er vi fortsat bekymrede for, at vejledningen ikke tilgodeser denne gruppe tilstrækkeligt. Der står

blandt andet: *"Der bør generelt udvises forsigtighed og anbefales tid til refleksion hvis den pågældende netop er begyndt at udforske sin kønsidentitet, eller hvis det kønslige ubehag er nyopstået, episodisk eller kun i mindre grad påvirker den enkeltes samlede livssituation"* (side 7). Her kan der tolkes, at en person, som i perioder føler sig mere eller mindre maskulin eller feminin, ikke er oplagt kandidat til behandling. Når der er tale om en voksen myndig person, må det må være op til den enkelte hvorvidt der ønskes behandling eller ikke. Desuden bør det stå direkte, at non-binære transpersoner også har ret til behandling, da vi har dokumenteret hvordan sundhedspersonale har en meget binær og gammeldags tilgang til behandlingen af transpersoner.

## **8. Relevans af varighed og sværhedsgrad af uoverensstemmelse mellem krop og køn**

I afsnit 8.1 står der, at behandleren skal sikre *"at varighed og grad af kønsligt ubehag samt resultaterne af tidligere kønsmodificerende behandling er vurderet i tilstrækkeligt omfang, og kan begrunde det kirurgiske indgreb."* (Side 8) og senere *"(...) og i betragtning af, at der er tale om irreversible forandringer ved fjernelse af bryster bør der generelt udvises tilbageholdenhed ved nyopstået kønsligt ubehag."* (Side 9) Vi mener ikke, at hverken varighed eller graden af ubehag er relevant i dette tilfælde. Den eneste som kan vurdere om der er gået lang nok tid eller om ubehaget er tilstrækkeligt stort, er transpersonen selv. Det bør være op til patienten at beslutte om der er behov for et kirurgisk indgreb. Også hvis dette ubehag fra lægens perspektiv vurderes som "nyopstået". Patienten skal informeres om risici, konsekvenser og forventede resultater, og derfra selv beslutte hvorvidt et indgreb er at foretrække eller ikke. Der skal ikke være krav om tidslighed.

I afsnit 8.2 står følgende: *"Henset til indgrebenes destruktive og irreversible natur (...) bør der generelt være tale om et vedholdende kønsligt ubehag og ønske om kirurgi, med afklaret kønsidentitet i minimum 12 sammenhængende måneder svarende til de kønskarakteristika, der søges opnået med de ønskede kirurgiske indgreb."* (Side 10) Dette ligner en variation af det tidligere krav om "real life experience". Der bør ikke være et tidsmæssigt krav. Det afgørende må være, at patienten selv føler sig sikker i sit valg og ønske. Igen er tidsligheden irrelevant. Desuden bør der ikke være krav til rækkefølgen af forskellige behandlinger.

## **9. Mangel på fleksibilitet angående rækkefølge af behandling og former for kirurgi**

Det bør ikke være et krav, at der skal være gennemført minimum 12 måneders sammenhængende kønsmodificerende hormonbehandling før fjernelse af livmoder, æggeleder, æggestokke eller testikler (side 10). Det er problematisk, at en patient, som ikke ønsker at få en hormonbehandling, men som i høj grad har en dysfori, som er centreret omkring de nedre kønsdele, ikke har mulighed for at få foretaget en operation.

Generelt synes vi, at det er problematisk, at vejledningen anbefaler en "alt eller intet løsning" i forbindelse med nedre kirurgi. Der står: *"Det bemærkes i den forbindelse, at de beskrevne indgreb og den generelle faglige praksis på området er binær fsv. at der tilstræbes enten mandlige eller kvindelige kønskarakteristika ved den rekonstruktive*

kirurgi.” (side 10). Det bør være muligt for den enkelte person kun at vælge dele af den tilbudte kirurgi. Det er særligt relevant i forbindelse med indgreb, som er forbundet med store risici og som ofte giver dårlige resultater. Man kunne for eksempel forestille sig en situation hvor en person ønsker og har brug for en penis amputation (så personen nemmere kan passere), men ikke ønsker en fuld vaginoplastik, kliteroplastik og labiaplastik, da disse indgreb ofte er forbundet med store risici.

## 10. Mulighed for henvisning til psykolog

Der bør være mulighed for psykologisk støtte hos en psykolog, der ikke har beslutningskompetence i forhold til adgang til behandling, dvs. en psykolog, som ikke er med i det multidisciplinære team. For at et støttende forløb hos en psykolog reelt kan være brugbart, skal der være mulighed for at opbygge en terapeutisk alliance. Hvis psykologen er en del af det beslutningstagende team, risikerer klienten at være tilbageholdende i forhold til at beskrive mulige usikkerheder, med bekymring om at disse kan påvirke adgang til behandling.

## 11. Børn og unge

Vi anbefaler at afsnittet om børn og unge gøres til en særskilt vejledning, da der kan være meget store forskelle mellem unge og voksne transpersoners sundhedsbehov.

På side 12 står: *“Behandlingstilbud skal overvejes trinvist, fra reversible til irreversible, og skiftet til næste trin forudsætter tilstrækkelig tid til at både den unge og forældrene kan erkende de fulde effekter”*. Vi sætter igen spørgsmålstegn ved tidsaspektet. Der er stor individuel variation i forbindelse med hvor meget tid man som transperson har brug for, for at gennemgå de forskellige trin i en behandling.

Det er desuden ikke et rimeligt krav at stille til den unge og forældrene, at de gennem refleksion og “betænkningstid”, når til et punkt, hvor de er “klar” til at gå videre. I de fleste tilfælde vil både forældre og den unge først blive rigtigt klar, når en behandling er påbegyndt. Det er umuligt at erkende de fulde effekter af noget, der endnu ikke er sket.

Vi stiller os også kritiske over for kravet om, at behandlingen skal foregå fra “reversible til irreversible” behandlingstilbud. Dette udelukker non-binære transpersoner, som fx kun har behov for brystkirurgi, fra at modtage behandling.

På side 9 står desuden: *“I forlængelse af behandling med kønshormoner kan der i helt særlige tilfælde (...) tilbydes henvisning til brystreducerende kirurgi til den unge med kvindeligt fødselstildelt køn. Øvrig kønsmodificerende kirurgi kan ikke tilbydes til unge under 18 år.”* Vi undrer os over, at der ikke er mulighed for tilbud om brystforstørrende kirurgi til unge med mandligt tildelt køn. Dette udgør diskrimination på baggrund af køn.

Derudover er vi dybt bekymrede over den obligatoriske psykiatriske udredning, som vil stigmatisere og sygeliggøre unge som i forvejen står i en sårbar situation. Disse unge skal tilbydes støtte i deres forløb. Men ligesom voksne transpersoner, skal de kun udredes psykiatrisk hvis der er særlig mistanke om at der er en psykiatrisk problemstilling.

## **12. Det danske sundhedssystem krænker transkønnedes menneskerettigheder**

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. Denne vejledning er et vigtigt redskab for at sikre dette. 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 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". De internationalt beskyttede menneskerettigheder gælder også i henhold til kønsidentitet, som det kan læses i Yogyakarta-principperne, 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. Individer af alle seksuelle orienteringer og kønsidentiteter er berettigede til fuldbyrdet at nyde samtlige menneskerettigheder". Det pålægges stater at sikre en integreret tilgang til

beslutningstagen, der anerkender og bekræfter alle aspekter af menneskelig identitet, inklusiv seksuel orientering og kønsidentitet. 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 kønskarakteristika, 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".

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, at 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. Træk, der netop er personlige og ikke viser sig ensartede og fastlåste. Det 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".

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-principperne, som i princip 18 kræver, at ingen person må tvinges til at gennemgå nogen former for medicinsk eller psykologisk behandling, procedurer eller tests baseret på seksuel orientering eller kønsidentitet<sup>6</sup>. 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.

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

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 ugennemsigtig, og præget af uvished. Dette opfordrer Amnesty Sundhedsstyrelsen til at gøre op med, så transkønnede i Danmark bliver stillet lige for loven.

### **13. Løbende evaluering og monitorering**

Transkønnedes rettigheder er et område som er i rivende udvikling internationalt og er for alvor blevet en prioritet for internationale organer som FN, EU og WHO. Dette fordi transkønnede er en minoritetsgruppe, som er særligt sårbar over for menneskerettighedskrænkelser. Vi anbefaler derfor, at situationen i det danske sundhedssystem løbende monitoreres og evalueres - herunder vejledningen. Dette bør foretages af en uafhængig gruppe, som både inkluderer transpersoner og organisationer, som arbejder for transkønnedes rettigheder. Desuden bør vejledningen som minimum revideres hvert andet år.

### **Afsluttende bemærkninger**

Vi er glade for at "*Vejledning om udredning og behandling af transkønnede*" er i gang med at blive revideret. Den nuværende situation, med fjernelse af diagnosen fra den danske liste over psykiske lidelser, giver en unik mulighed for at Danmark kan gå forrest på verdensplan og revolutionere hvordan transpersoner bliver modtaget og behandlet i sundhedsvæsenet. Desværre mener vi, at den foreslåede vejledning er uambitiøs idet den konkret kun vil medføre mindre ændringer i praksis omkring sundhedsfaglig hjælp i forbindelse med kønsidentitetsforhold.

Vi håber, at I vil tage vores kommentarer til efterretning og ser frem til et godt samarbejde. Vi står til rådighed, hvis I har spørgsmål.

Med venlig hilsen,

Amnesty International Danmark, Copenhagen Pride, LGBT Ungdom og  
Transpolitisk Forum

Som pårørende til transperson, og desuden speciallæge i almen medicin, har jeg følgende bemærkninger til udkast til 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling' (sagsnr. 4-1010-127/5):

Det er positivt at man nu inddrager hele spektret af kønsidentitet, således at non-binære også kan behandles.

Imidlertid er det et problem at både vurdering af indikation, og selve behandlingen, under et udnævnes til at være vanskelig og kompliceret, og dermed kræver et højt specialiseret team af behandlere. Efter min opfattelse kan det ikke være vanskeligt at vurdere tilstanden, når denne vurdering reelt udelukkende beror på personens egen oplevelse og ønsker. Eneste differentialdiagnose jeg kan komme i tanker om må være en psykotisk vrangforestilling, hvilket enhver læge er i stand til at identificere.

I teksten er der ikke gjort rede for hvilke kriterier den lægefaglige vurdering bør hvile på, kun nævnes (s.4) "... en konkret faglig vurdering, under hensyntagen til bl.a. en vurdering af den enkeltes behandlingsbehov ( indikation) ...", og (s.6) "...lægefaglige indikationer som f.eks. tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag...".

Når det er sagt, så skal der selvfølgelig være mulighed for specialiseret sundhedsfaglig rådgivning hvis personen er i tvivl, og også for vurdering af evt. kontraindikationer.

Jeg synes det eksplicit skal fremgå af vejledningen at en person der oplever kønsligt ubehag (som defineret i indledningen), har krav på sundhedsfaglig hjælp til behandling af tilstanden efter informeret samtykke, herunder selvfølgelig grundig information om behandlingen og konsekvenser heraf som nævnt i teksten.

Hvis vurdering af indikation er forbeholdt et højt kvalificeret team, opnår man den negative konsekvens der ses i dag hvor personer der er fuldt afklarede om deres kønsidentitet gennemgår psykiatrisk udredning der opleves som irrelevant og stødende. Eftersom der ikke er andre steder man kan gå hen, sker det at nogle siger hvad de mener teamet gerne vil høre, andre griber til selvmedicinering.

Jeg mener således at vurdering af indikation for behandling burde kunne ske via egen læge, samtidig med en foreløbig vurdering af eventuelle kontraindikationer. Egen læge kan så henvise til specialister der kan inddrages i tvivlstilfælde, og til at varetage selve behandlingen. Herunder skal det være muligt at blive henvist til psykolog uden at skulle betale selv.

Jeg mener også det skal siges eksplicit i vejledningen, at personer der selvmedicinerer skal behandles ud fra skadesreducerende principper, f.eks. således at egen læge må bistå med blodprøver.

Såfremt Sundhedsstyrelsen fastholder at behandlingsindikationen kun kan vurderes af et højt specialiseret team, er det nødvendigt at det af vejledningen fremgår tydeligt hvilke faglige kriterier der skal opfyldes udover personens egen vurdering af kønsligt ubehag.





**Børnerådet**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

1.8.2017  
J.nr. 3.4.4/aei

### **Høring vedr. vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling**

Børnerådet kan i det væsentligste tilslutte sig vejledningen, som bærer præg af at være grundigt udarbejdet og vidner om sensitivitet og respekt over for de personer, som vejledningen drejer sig om. Det er ligeledes positivt, at Sundhedsstyrelsen har inddraget bruger-organisationer og fagpersoner i udarbejdelsen.

Børnerådet forholder sig særligt til kapitel 9 om behandling hos personer under 18 år. Her fremgår det blandt andet, at unge under 18 år kan modtage irreversibel behandling. Dette har Børnerådet tidligere kritiseret i et høringssvar: 'Transkønnede under 18 år skal kun tilbydes en medicinsk behandling, som er reversibel' (25.7.2014). Dengang anbefalede Børnerådet, at der - ud fra et beskyttelseshensyn – kun tilbydes reversibel behandling til unge under 18 år. Denne anbefaling fastholder rådet.

Blandt andet i lyset af den nye rapport fra Amnesty International om kønsmodificerende behandling af spædbørn, 'First, do no harm. Ensuring the rights of children born intersex' (2017), undrer det Børnerådet, at dette aspekt af kønsmodificerende behandling ikke bliver omtalt i vejledningen. Der knytter sig nogle helt særlige udfordringer i forhold til behandling af spædbørn, da barnet ikke kan tage aktiv del i udredningsforløbet og bidrage med sine perspektiver og sit samtykke. Det betyder, at beslutningen udelukkende er op til forældre og det specialiserede sundhedspersonale. Børnerådet mener, at dette aspekt også bør adresseres i vejledningen med fokus på den store usikkerhed forældre måtte opleve, hvis deres barns køn er usikkert ved fødslen, og sundhedspersonalets tilsvarende store ansvar i forhold til at vejlede forældre. Derudover opfordrer Børnerådet til, at der bliver udarbejdet nationale retningslinjer for kønsmodificerende behandling af spædbørn samt kommer yderligere fokus på støtte til forældre samt til de børn og unge, der har gennemgået eller gennemgår kønsmodificerende behandling.

Med venlig hilsen

Per Larsen  
Formand for Børnerådet

Lisbeth Sjørup  
Souschef

Sundhedsstyrelsen,  
Evidens, Uddannelse og Beredskab

Børns Vilkår  
Trekronergade 126 F  
DK – 2500 Valby

M +45 3555 5559  
@ bv@bornsvilkar.dk

[www.bornsvilkar.dk](http://www.bornsvilkar.dk)

1. august 2017

## **Høringssvar vedr.: Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling**

Børns Vilkår takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. ovennævnte vejledning. Børns Vilkårs høringssvar adresserer alene vejledningens afsnit 9, der vedrører 'kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år'.

Børns Vilkår får på BørneTelefonen henvendelser fra børn, der giver udtryk for, at de føler sig ensomme og ikke mødes med forståelse for deres tanker om at være 'fanget i egen krop'.

På den baggrund mener Børns Vilkår fortsat, at det er positivt, at man siden 2016 har arbejdet specifikt med rådgivning af børn og unge på dette område. Det er af afgørende betydning for børn, der er forvirrede over deres følelser om 'rigtigt køn', at de bliver mødt af voksne, der har indsigt og kan støtte dem og deres forældre i den proces det er, at få afklaring.

Henset til den meget begrænsede forskning på området og de endnu mere begrænsede danske erfaringer, vil Børns Vilkår igen appellere til, at man hurtigst muligt iværksætter systematisk videns indsamling. Det vil i den forbindelse være afgørende, at man både dokumenterer praksis ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt, og derudover indsamler viden om, hvordan det opleves at være et barn med en kønsforstyrrelse i behandlingssystemet. Børns Vilkår skal i den forbindelse igen opfordre til, at man i videst muligt omfang inddrager børnene og de unge selv i forbindelse med tilvejebringelsen af dokumentationen.

### ***Kønsmodificerende behandling***

For så vidt angår betegnelsen 'kønsmodificerende' skal Børns Vilkårs bemærke, at det på baggrund af vejledningens beskrivelse af de forskellige behandlingsformer virker som en uhensigtsmæssig samlebetegnelse af meget forskellige behandlinger.

Børns Vilkår kan være bekymrede for, at samlebetegnelsen bliver en hindring for at man fx ordinerer stophormoner før et barn eller en ung er fuldt udredt. De transkønnede børn og unge vi har talt med så gerne, at man ordinerede

Læs mere om os på:  
[bornsvilkar.dk](http://bornsvilkar.dk)

stopphormoner tidligt i forløbet, for dernæst at begynde udredningen, der kan føre til egentlig kønsmodificerende behandling.

### ***Forældresamtykke***

Børns Vilkår er glade for at man specifikt i vejledningen har taget stilling til, hvem der har ansvaret for at informere barnet/den unge og dets forældre, samt for at indhente forældresamtykke for børn under 15 år. Børns Vilkår skal imidlertid henstille til, at man har et særligt fokus på de børn, hvis forældre ikke ønsker at samtykke til den behandling barnet ønsker. Denne gruppe må betegnes som særlig udsat, og vi kan være bekymrede for, om den desperation vi er vidende om hos denne gruppe, kan føre til øget risiko for selvskaade/selv mord, men også selvmedicinering med ulovligt importeret medicin.

### ***Udredningen***

Børns Vilkår er bekymrede for, hvorvidt udredningsprogrammet er tilrettelagt, så det har fokus på, hvordan det opleves af de børn og unge, der skal igennem det. Børns Vilkår så gerne, at man havde det som et specifikt mål, at børn og unge følte sig reelt inddraget i forløbet.

Det er Børns Vilkår opfattelse baseret på de samtaler vi har haft med børn, unge og deres forældre, der har været igennem programmet eller er midt i det, at de mangler information, der forbereder dem på, hvad forløbet består af, hvad samtalerne handler om, samt tidsperspektivet.

Børns Vilkår så gerne, at rammen og processen i udredningsprogrammet var klarere; hvordan man formulerer formålet med samtalen og hvad der kommer til at ske efterfølgende på en måde, så også barnet forstår det.

Børns Vilkår så også gerne, at der var et klarere skel imellem teamets udredende og rådgivende funktioner. Børns Vilkår kan være bekymrede for, hvorvidt det forhold af funktionerne i et vist omfang er blandet sammen kan være en hindring for, at børnene/de unge føler sig trygge nok til at søge rådgivning om de problemer de måtte få - uden at være bange for at dette får betydning for vurderingen af mulighederne for behandling.

### ***Behandling på sexologisk klinik***

Børns Vilkår mener fortsat, at Sexologisk Klinik på Rigshospitalet bør være hovedansvarlige for behandlingen på dette område. Dette henset til, hvor kort tid det har været muligt for transkønnede børn at modtage behandling i DK.

Børns Vilkår kan imidlertid fortsat være bekymrede for at børn og unge, der har brug for rådgivning, fordi de ikke lever i harmoni med deres biologiske køn, oplever den geografiske afstand til klinikken som en hindring for at søge

hjælp. Vi skal derfor understrege, at det fortsat er af afgørende betydning, at indsamlet viden deles og forankres lokalt.

Vi skal derfor derudover anbefale, at man overvejer, hvorvidt dele af behandlingen kan foregå i børnenes og de unges nærområder, fx injektioner med hormoner.

Med venlig hilsen

Rasmus Kjeldahl  
Direktør

Ingrid Hartelius Dall  
Juridisk seniorrådgiver

**Fra:** Michael Hansen [<mailto:dr.mike@me.com>]

**Sendt:** 1. august 2017 09:35

**Til:** SST EnhedEUB

**Emne:** HÅ,ring af vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kÅ,nsidentitetsforhold og kÅ,nsmodificerende behandling

Hermed bedes om, at følgende kommentarer tages i betragtning ved den kommende revidering af Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling:

#### **Bemærkninger til**

**Høring vedr. Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling.**

**Gældende personer over 18 år – udredning og medicinsk behandling.**

Vejledningen bør acceptere og indrettes efter, at transkønnede patienter nu er givet retten til selv at vælge juridisk køn.

Transkønnede er i øjeblikket underlagt en meget langvarig og indgående screenings- og diagnose proces, ledsaget af en skepsis til egen dømmekraft, som næppe ses lige for nogen anden patientgruppe. Der er ingen appelret af Sexologisk Kliniks afgørelse, og dermed havner mange i en gråzone og tyr til selvmedicinering.

Det er klart, hvad transkønnede patienter ønsker: Retten til selvvalg af specialiseret behandling og retten til frit lægevalg (jvf. Amnesty International's to rapporter). Denne ret er da også nu delvis givet til patienterne gennem muligheden for selv at kunne vælge at skifte personnummer til et andet køn. Men retten til selvvalg af den logiske, fysiske opfølgning, som skal svare til det juridiske køn, er dem ikke givet.

Som det sikkert er Sundhedsstyrelsen bekendt, er der skred i de transkønnedes rettigheder andre steder i verden: I Argentina er behandlingen langt om længe sat i det rette perspektiv, og i maj 2012 blev en ny lov enstemmigt vedtaget, som sikrer patienten *"the right to self-identify...[sig som transkønnet]"* (New York Times, 23. Maj, 2012).

Det multidisciplinære team (MDT) har dermed ingen berettigelse, da det tjener som en overstyring af patientens egne ønsker. Der vil ikke ske noget reelt fremskridt før man er villig til at anerkende patienten som et individ med ret til selvvalg.

**Udredningen og behandling flyttes til selvstændig afdeling / enhed / klinik, offentlig eller privat** som varetages af speciallæge i gynækologi, evt. i samarbejde med en speciallæge i psykiatri i udredningsfasen, under anvendelse af nyt standardiseret udredningsprogram (udarbejdes efter denne høring) indeholdende:

- Information/rådgivning/støtte
- *Informeret samtykke*
- Individuel refleksionsperiode
- Psykiatrisk helbredstest
- Somatisk helbredstest
- vurdering af indikationer og kontraindikationer
- Behandling

#### **Behandling-medicinsk**

Den kønsmodificerende hormonbehandling varetages af speciallæge i gynækologi og obstetrik med et fastlagt opfølgningsprogram, – som også anbefalet af The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Det skal ligeledes sikres, at div. cervix-screeningstilbud for *female-to-male* transkønnede følges så længe den transkønnede ikke er omfattet af kønsmodificerende kirurgi. Et væsentlig punkt, da de fleste transkønnede oftest har fået tildelt juridisk kønsskifte og derfor ikke automatisk indkaldes til dette vigtige screeningsprogram.

Med venlig hilsen

Michael Lützhøft Hansen

Specialist Obstetrician-Gynecologist  
Licensed in Denmark and Norway  
Director, Copenhagen Cardiovascular Clinic  
Esplanaden 34 B  
1263 Copenhagen, Denmark  
Phone: +45 33 12 23 61  
[www.cphclinic.com](http://www.cphclinic.com)

Senior Consultant, Dept. of OB/GYN  
Stavanger University Hospital  
Armaur Hansensvej 20  
4011 Stavanger, Norway  
Phone: +47 05151

Susanne Løwe  
Bioingeniør.  
Esplanaden 34B, København K

## **Kommentarer til Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling**

Kommentarerne er udarbejdet af Thea Sikker, Cand.Psych.Aut, Karina Lins, Cand.Psych, Charlie Hedman, Ba.Psych og Julia Ro Robotham, Cand.Psych

### **Rådgivning og støtte**

For at en psykolog kan give rådgivning og støtte, er det nødvendigt, at der er en god behandlingsalliance mellem psykolog og patient. Af væsentlig betydning for en sådan alliance er at samtalerne foregår i trykke rammer, at psykologen har tavshedspligt og at psykologen ikke befinder sig i en magtposition overfor patienten. Disse forudsætninger må være tilstede før end patienten føler sig tryk og har tillid til behandleren. Er disse grundlæggende betingelser ikke tilstede, kan patienten ikke drage nytte af rådgivningen og støtten.

En behandlingsalliance er væsentligt svækket i en situation, hvor psykologen der har beslutningskompetence i forhold til den ønskede behandling og som fungerer som gatekeeper for denne behandling. For at støttende forløb hos en psykolog kan være brugbare, er det således vigtigt at psykologen ikke er en del af den beslutningstagende team.

Så snart psykologen er med til at beslutte om der er eller ikke adgang til behandling vil den støttende funktion ikke være støttende. Patienten vil ikke kunne dele tanker om tvivl og usikkerheder af frygt for at dette vil have betydning for om denne kan få tilbudt behandling. Tvivl og usikkerhed er en vigtig del af enhver beslutningsproces og afgørende for at den enkelte kan tage en beslutning om, hvad der er rigtigt for den enkelte. Som behandlingen er tilrettelagt nu, oplever mange at denne tvivl i stedet kommer til at handle om, om det overhoved vil være muligt at få behandling og ikke hvad der er rigtigt for den enkelte.

Afklarende og støttende samtaler før, under og efter kønsmodificerende behandling må derfor foregå hos psykologer der ikke har en tilknytning til det beslutningstagende team, men er valgt af klienten selv.

Det bør desuden fremgå i vejledningen, at det beslutningstagende team ikke bør få adgang til/anmode om adgang til journalnotater hos denne psykolog. Sker dette, fratager man denne gruppe mennesker muligheden for at have et terapeutisk rum. Og den støttende og rådgivende funktion er ikke længere eksisterende.

Endelig er det vigtigt at de psykologer, der varetager denne funktion har den nødvendige viden om køn samt om den minoritetsstress, man oplever når man tilhører en udsat gruppe som denne.

WPATH anbefaler i "The Standards of Care 7th Version World Professional Association for Transgender Health" følgende krav til behandlere:

1. A master's degree or its equivalent in a clinical behavioral science field. This degree or a more advanced one should be granted by an institution accredited by the appropriate national

or regional accrediting board. The mental health professional should have documented credentials from a relevant licensing board or equivalent for that country.

2. Competence in using the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders and/or the International Classification of Diseases for diagnostic purposes.

3. Ability to recognize and diagnose co-existing mental health concerns and to distinguish these from gender dysphoria.

4. Documented supervised training and competence in psychotherapy or counseling.

5. Knowledgeable about gender nonconforming identities and expressions, and the assessment and treatment of gender dysphoria.

6. Continuing education in the assessment and treatment of gender dysphoria. This may include attending relevant professional meetings, workshops, or seminars; obtaining supervision from a mental health professional with relevant experience; or participating in research related to gender nonconformity and gender dysphoria. In addition to the minimum credentials above, it is recommended that mental health professionals develop and maintain cultural competence to facilitate their work with transsexual, transgender, and gender nonconforming clients. This may involve, for example, becoming knowledgeable about current community, advocacy, and public policy issues relevant to these clients and their families. Additionally, knowledge about sexuality, sexual health concerns, and the assessment and treatment of sexual disorders is preferred.

## **Det multidisciplinære team**

Transkønnethed er ikke en psykiatrisk lidelse. Dette må betyde, at det ikke er nødvendigt, at psykiatere og psykologer altid skal være en del af det tværfaglige team ligesom psykiatere ikke bør være behandlingsansvarlige, når den nødvendige behandling er af somatisk og ikke psykiatrisk karakter.

Man bør således præcisere, at psykologer og speciallæger i psykiatri kun skal inddrages hvis der er mistanke om en psykiatrisk problemstilling. Det bør ligeledes præciseres, at den forløbsansvarlige speciallæge ikke må være en psykiater.

Endelig bør det specificeres, hvilke kvalitative krav der stilles til en behandlers faglige og uddannelsesmæssige kvalifikationer samt til dennes viden for at man kan tilbyde kønskorrigerende behandling i stedet for kvantitative krav til nye forløb. Et kvantitativt krav sikrer ikke nødvendigvis patienterne at behandleren har den nødvendige ekspertise.

## **Udredning**

### **Behandlingsindikation**

For at sikre lige adgang til behandling og gennemsigtighed, bør det præciseres, hvilke kriterier, der skal være tilstede for at behandling kan tilbydes.

Det bør således udtrykkeligt skrives, at den enkelte har behov for behandling, såfremt denne beskriver en uoverensstemmelse mellem kønsidentitet og kønskarakteristika og udtrykker et ønske om behandling.



I denne sammenhæng bør graden og varigheden af det ubehag, der følger af denne uoverensstemmelse ikke indgå. Skal det indgå, bør det specifikt angives hvor ubehageligt det skal være samt hvor længe ubehaget skal have stået på, før det kvalificerer til behandling.

#### Kontraindikationer

Der bør desuden specificeres yderligere, hvilke psykosociale faktorer der menes at kunne kontraindikere behandling.

I den forbindelse bør det uddybes at det at have en psykisk lidelse som depression og angst ikke automatisk ses som en kontraindikation. Kønskorrigerende behandling vil ofte afhjælpe angst og depression, idet disse tilstande i overvejende grad er konsekvenser af køns uoverensstemmelsen samt af ventetiden på behandling.

Det har tidligere været et krav for behandling, at den enkelte har levet i rolle i en længere periode. Dette, at leve som det køn man oplever sig som, uden at have fået den nødvendige behandling, er for mange både angstprovokerende, stressende, lidelsesfuldt og direkte farligt. Det bør således præciseres, at dette ikke længere er et krav for at opnå den nødvendige behandling.

#### Psykologiske tests

Det bør specificeres, at man kun bør foretage en psykologisk/psykiatrisk udredning hvis der er begrundet mistanke for psykiatriske lidelser.

#### Sex, seksualitet og reproduktion

Transkønnethed har intet at gøre med seksualitet, hvorfor det på ingen måde er relevant at inddrage seksualitet i udredningen.

Det er heller ikke relevant at spørge ind til den enkeltes seksuelle praksis. Ved udredning med henblik på nedre kirurgi er det dog absolut relevant at informere patienten om risici ved operationerne samt om mulige konsekvenser for seksuel praksis. Det er ligeledes relevant at tilbyde vejledning i og hjælp til alternative muligheder for reproduktion.

Det har været og er stadig en del af udredningen, at patienter stilles spørgsmål til seksualitet og seksuel praksis, allerede inden første samtale og løbende derefter, uanset hvilken form for behandling den enkelte ønsker. Både børn og voksne stilles meget private og til tider krænkende spørgsmål om sex. Herunder om de har modtaget penge for sex samt hvilket køn deres seksualpartnere har samt hvordan de onanerer. Dette er for det første overhovedet ikke relevant for om en person er transkønnet og bør på ingen måde have betydning for om den nødvendige hjælp kan tilbydes. Dernæst oplever patienterne dette som særdeles ydmygende og stigmatiserende. Vejledningen nævner ikke dette som en del af udredningen, hvilket er en absolut vigtig og positiv udvikling. Men eftersom spørgsmål som de ovennævnte har været og stadig er en helt integreret del af udredningen, bør det udtrykkeligt nævnes, at dette fokus er irrelevant og krænkende.



Sundhedsstyrelsen

Evidens, Uddannelse og Beredskab

Att: Enhedeub@sst.dk

Dato: 22. juni 2017

Sagsnr.: 1704419

Dok.nr.: 390738

Sagsbeh.: UH.DKETIK

## **Høring, vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling**

Det Ethiske Råd takker for modtagelsen af ovennævnte i høring. Rådet har fulgt den igangværende debat på området og udgav i maj 2017 debatmateriale rettet mod grundskolens afgangsklasser, hvori bl.a. udfordringer med kønsidentitetsforhold for unge berøres: Etisk Forum for Unge: Kropumulig! Om sundhed, skønhed og selvværd.

Det Ethiske Råd anerkender det behov, et menneske kan have for at identificere sig som et andet køn end det køn, som den pågældende er blevet tildelt ved fødslen. En usikker kønsidentitetsforståelse er et eksistentielt problem, som kan følge en person gennem hele livet. I nogle tilfælde opleves et behov for sundhedsvæsenets ydelser til afklaring og eventuel behandling af sådanne problematikker.

### *Sygdomsforståelser*

Det er Rådets opfattelse, at den omhandlende gruppe af mennesker møder mange udfordringer i mødet med samfundsmæssige og kulturelle normer. Rådet er klar over, at det ligger gruppen af transkønnede stærkt på sinde at tage afstand fra en opfattelse af, at deres udfordringer med kønsidentitetsforhold er begrundet i en psykiatrisk lidelse. De kulturelle normer om, hvad der udgør acceptabel og ønskelig adfærd, er til dels med til at bestemme, hvornår noget betegnes som psykiatriske lidelser. Kulturelle normer angående hensigtsmæssig og ønsket/uønsket adfærd er igen knyttet sammen med mere overordnede værdier om og opfattelse af mennesket og samfundet. Det kan derfor være forståeligt, at det for marginaliserede grupper i samfundet kan være af væsentlig betydning, at samfundet som helhed gennem bl.a. lovgivning og praksisser udtrykker anerkendelse af livsformer, som ikke i udgangspunktet ligger inden for det alment accepterede normalområde.

*Det Ethiske Råd ser gerne en udvikling fremmet, hvor udfordringer med kønsidentitet ikke i sig selv anses som en sygdom, og hvor sundhedsvæsenet møder denne gruppe af mennesker på en åben og anerkendende måde. Udgangspunktet for mødet mellem sundhedsperson og det menneske, som efterspørger sundhedsvæsenets ydelser, bør være at se det enkelte menneske i sin egen ret på lige fod med andre. At blive mødt med et signal om, at man i større eller mindre grad falder ved siden af de kulturelle værdier og opfattelser af "normale" livsformer, kan påvirke individets selvopfattelse negativt og føre til selvstigmatisering. Hvis der faktisk er ganske mange barrierer i form af mistillid og manglende anerkendelse og måske også fordomme internt i sundhedsvæsenet, kan dette have som konsekvens, at sundhedspersoner reelt bidrager til at vanskeliggøre behandlingsforløbet for nogle af de personer, der henvender sig til dem for at få hjælp.*

#### *Behandlingstilbud*

En problematik, som også er i fokus, er spørgsmålet om behandlingsindikation. Det er sundhedspersoner, der stiller diagnoser og afgør, om der skal tilbydes behandling, og i så fald hvilken behandling. Transpolitiske organisationer har gentagne gange givet udtryk for, at det efter deres opfattelse bør være transpersonen selv, der afgør behandlingsbehovet.

Et dilemma mellem henholdsvis lægens og patientens opfattelse af behandlingsbehov kendes også fra andre områder, hvor nogle patientgrupper oplever, at de af sundhedsvæsenet mødes med mistro og mistænkeliggørelse. Mistroen kan ligge i den måde, som personen mødes på, nemlig med en grundlæggende mistillid til personens egne oplevelser af at have et behov for sundhedsvæsenets hjælp og ydelser. Kernen i denne problematik er den asymmetri i magt der ligger i, at den læge, som er behandlingsansvarlig, har "nøglen" til den behandling, som den transkønnede person efterspørger. Et yderligere dilemma er, at for at blive afklaret omkring behandling, kan det for personen være vigtigt og nødvendigt at kunne tale helt åbent og ærligt om de problemer og udfordringer, som personen oplever. Dette kan imidlertid være yderst problematisk, når lægen samtidig er gatekeeper, fordi det, personen fortæller, kan have meget direkte indflydelse på eventuelle behandlingstilbud.

*Det Ethiske Råd mener, at det som på andre områder i sundhedsvæsenet, må være en sundhedsfaglig vurdering, der afgør, om sundhedsvæsenet kan tilbyde ydelser af sundhedsfaglig karakter. Behandlingstilbud skal være sundhedsfagligt funderet. Rådet ser dog gerne en udvikling fremmet, hvor sundhedsvæsenet anerkender, at det først og fremmest er personen selv, der har sin helt egen personlige erfaring med, hvordan udfordringer med kønsidentiteten opleves, og at personen på den baggrund i så høj grad som det er muligt, inddrages i de sundhedsfaglige overvejelser med det perspektiv, som personen selv har på sit liv. Dette perspektiv bør efter Rådets mening være tungtvejende, ligesom der*

bør være en forpligtelse til at redegøre udførligt og sundhedsfagligt for eventuelle afslag på behandling, således at der kan opnås gensidig indsigt i afgørelserne. Rådet mener også, at man fra sundhedsvæsenets side må tilbyde hjælp og vejledning på en måde, der afhjælper den beskrevne magtulighed mellem behandler og patient. Det er afgørende, at den hjælp, der tilbydes, er reelt tillidsskabende.

#### *Reduktion og stigmatisering*

Det Ethiske Råd har tidligere arbejdet med etiske spørgsmål ved anvendelse af diagnoser og gennem dette arbejde erkendt, at visse typer af diagnoser har den konsekvens, at den kan komme til at skygge for personen bag diagnosen. Man kan sige, at diagnosen for andre utilsigtet kan blive den væsentligste nøgle til at forstå personen. Mange af de væsentligste træk ved personens identitet og historie bemærkes ikke, eller tillægges ikke særlig stor betydning, men personen opfattes i stedet ud fra nogle stereotype kategoriseringer af den sygdom eller lidelse, som diagnosen afspejler. I nogle tilfælde fører sådanne kategoriseringer til, at personen på forskellige måder holdes udenfor, når der skal træffes beslutninger om personen. Et citat fra Rådet arbejde med diagnoser illustrerer dette:

*”En helt tredje og meget subtil måde at blive holdt udenfor på blev også nævnt og blev af flere deltagere betragtet som en af de allerværste former for stigmatisering. Den består i, at ”systemet” blot tildeler én en række ydelser og samtidig organiserer behandlingsforløb og alle andre forløb for én, uden på noget tidspunkt for alvor at involvere én eller forlange noget tilbage. For indeholdt i denne fremgangsmåde er en antagelse om, at der faktisk ikke kan forventes noget af én, og at man ikke kan tage ansvaret for sit eget liv selv. Man er på forhånd afskrevet som en ligeværdig samfundsborger, der er i stand til at yde kvalificeret med- eller modspil – og som sådan henvist til passiv forsøgelse”*

Rådet mener, at nogle stadig i dag har en meget stereotyp opfattelse af transkønnede personer, og at der stadig i samfundet findes fordomme mod denne gruppe mennesker. Rådet mener, at stigmatisering af grupper af borgere er et samfundsproblem, og hvis grupper af patienter i sundhedsvæsenet stigmatiseres og opfattes ud fra bestemte fordomme med den konsekvens, at blikket for personens identitet og øvrige egenskaber svækkes, er det ikke kun et problem for sundhedsvæsenet men for samfundet generelt. Rådet ser gerne en udvikling fremmet, hvor sundhedsvæsenet fremskynder og understøtter en kultur, hvor det professionelle personale i deres tilgang til marginale grupper ikke udviser en stigmatiserende adfærd. Nogle af Rådets medlemmer finder det dog problematisk, hvis gruppen af transpersoner skal ”bære” denne problematik og agere spydspids for et nødvendigt opgør med stigmatisering i sundhedsvæsenet.

#### *Det Etiske Råds konkrete bemærkninger*

Rådet har gennemlæst udkast til vejledning i lyset af ovenstående overvejelser. Det skal bemærkes, at Rådet ikke forholder sig til de forhold, som Rådet betragter som primært sundhedsfaglige forhold – fx om udredning og behandling skal foregå i et multidisciplinært team, eller hvordan og hvor behandling i øvrigt skal foregå. Rådet har tillid til, at Sundhedsstyrelsens vurderinger træffes på et solidt fagligt grundlag. Rådet har følgende konkrete kommentarer til det fremsendte udkast til vejledning:

Rådet finder, at vejledningen generelt anvender et velafbalanceret og anerkendende sprog. Der skelnes mellem hjælp og støtte og sundhedsfaglig behandling. Dette opfatter Rådet som en anerkendelse af, at gruppen af transkønnede personer ikke som udgangspunkt lider af en sygdom.

Rådet finder også, at vejledningen generelt understreger vigtigheden af, at sundhedspersoner møder denne gruppe af mennesker med respekt og inddragelse.

I forhold til rådgivning og støtte finder Rådet dog ikke, at vejledningen i tilstrækkelig grad løser problemet med det ulige magtforhold mellem personale og patient, som beskrevet ovenfor. Det vil efter Rådets opfattelse være at foretrække, at en person med uafklaret kønsidentitetsforhold gennem et offentligt tilbud kan få rådgivning og støtte fra personer, der ikke er tilknyttet behandlingsstedet, i den fase hvor afklaring skal ske.

I forhold til vejledningens bestemmelse om krav til udredning finder Rådet desuden ikke, at vejledningens generelle bestemmelser om respekt og inddragelse i tilstrækkelig grad kommer til udtryk. Det er Rådets opfattelse, at der i vejledningen bør udtrykkes en højere grad af inddragelse ved fastlæggelse af udredningsprogram og behandlingsplan samt en forpligtelse til at redegøre tilstrækkeligt for eventuelle afslag på behandling.

Rådet finder, at der er særligt vanskelige dilemmaer forbundet med kønsmodificerende behandling af personer under 18 år. Det er Rådets opfattelse, at denne behandlingsform kræver indgående overvejelser, at der er sikret tilstrækkelig evidens og viden omkring behandling af børn og unge med kønsidentitetsproblemer, samt at internationale erfaringer i tilstrækkeligt omfang er inddraget.

I det foreliggende udkast mener Rådet ikke, at der i tilstrækkelig grad er opmærksomhed på forholdet mellem forældre og den unge, herunder bl.a. spørgsmålet om inddragelse af forældrene, når den unge selv er beslutningskompetent, eller ved eventuelle uenigheder mellem forældrene og den unge, eller forældrene imellem.

Med venlig hilsen  
på Det Ethiske Råds vegne

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gorm Greisen'. The signature is fluid and cursive, with a prominent initial 'G'.

Gorm Greisen  
Formand

august 2017

### **Kommentar til SST vejledning...**

Diagnosen "kønsligt ubehag" – ønske om at det specificeres at denne diagnose stilles af psykiater/psykolog, idet differentialdiagnoser til dette vil være psykiatriske.

Man bemærker at fertilitetsbevarende tilbud er udeladt af den nye vejledning. Hvordan stiller SST sig i forhold til dette. Praksis i dag er at bio-mænd tilbydes sæd-deponering. Intet tilbud til bio-kvinder.

### **Specifikke kommentarer:**

Side 4 nederst: "en af speciallægerne i MDT skal have det overordnede ansvar for udrednings-og behandlingsforløb..skal sikre at der løbende afholdes MDT-konf...sikre at der løbende udarbejdes status over udrednings-og behandlingsforløb"

Tidligere har det været speciallæger fra psykiatrien der har haft det overordnede ansvar for udredning og behandling, samt forløbskoordinering mellem de involverede specialer. Hvis dette ansvar skal placeres andre steder vil det betyde behov for flere ressourcer i den pågældende afd (fx Gynækologisk Klinik). Desuden forventes der hyppigere MDT-konf end det nuværende x 1/måned, det betyder også at der skal tildeles mere tid/ressourcer til at varetage denne gruppe patienter.

Side 9, 2. afsnit:

Vedr øvre kirurgi på bio-kvinder: "...gælder ikke faste krav til forudgående hormonbehandling" – vil det sige at SST mener der kan foretages mastektomi (som eneste kønskorregerende behandling) uden ønske om HT?

Side 10, 2., 3. og 4. afsnit:

Her anvendes ordet "bør" flere steder og ikke "skal", dvs der kan være usikkerhed om hvordan vejledningen skal tolkes. Hvad er baggrunden for ikke at bruge "skal"?

Fx før fjernelse af livmoder, æggeleder..bør der være gennemført min 12 mdrs.. beh, medmindre denne er kontraindiceret." Mener SST at disse kirurgiske indgreb kan foretages også selvom der ikke er ønske om HT? Der står omvendt nederst i afsnit 3 at praksis på området er binær. Hvilket er i modsætningsforhold til sætning i afsnit 4 hvor det angives at det ikke er en forudsætning for fjernelse af testikler eller æggestokke at der foretages yderligere kønsmodificerende kirurgi?

Ønsker SST at der kan foretages fx udelukkende hysterektomi på indikationen kønsligt ubehag, eller fx udelukkende fjernelse af penis? Uden HT og dermed opnåelse af enten mandlige eller kvindelige sekundære kønskaraktistika?

Foretages der fjernelse af ovarier/testikler uden HT vil det have alvorlige helbredsmæssige konsekvenser. Mener SST at dette kan accepteres?

Der ønskes specificeret at den medicinske behandling skal være opstartet/varetaget/kontrolleret af MDT før kirurgisk behandling i teamet kan tilbydes.





# F.A.T.I.D

Foreningen af Transkønnede I Danmark

Sundhedsstyrelsen  
Enheden for Evidens, Uddannelse og Beredskab  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Foreningen Af Transkønnede I Danmark - FATID – har med interesse læst det udsendte forslag til en ny vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling.

Foreningen er stort set tilfreds med de nye ændringer i forhold til de meget ”gammeldags” termer man opererede med for bare få år siden og vi noterer os at transpersoner nu skal behandles på lige fod med andre i sundhedssystemet, med let og lige adgang til sundhedsvæsenets behandling. Vi noterer os også at det sundhedsfaglige personale skal optræde professionelt og med respekt for den enkeltes situation og præferencer. Dette burde naturligvis være, og have været, en selvfølge og FATID er tilfreds med at det nu understreges, og vi håber at denne meget vigtige forudsætning for et godt møde imellem de transkønnede og sundhedsvæsenet vil blive implementeret og respekteret i enhver behandlers opfattelse af transkønnede.

Alt i alt gode hensigter som vi i FATID naturligvis vil følge igennem vore medlemmer.

Vi kan læse at den psykiatriske del af behandlingen stadig er med, og vi formoder at det er et tilbud, og ikke en obligatorisk del af det der stadig kaldes en udredning. Vi har forståelse for at psykisk sygdom skal ”spottes” men anser ellers at det der kaldes ”Kønsidentitets ubehag” ikke længere omfattes af psykiatriske diagnoser. Da vi endvidere med tilfredshed læser at informeret samtykke nu er gældende i behandlingen, vil vi formode at psykiatrisk hjælp er et tilbud. Ikke et Must!

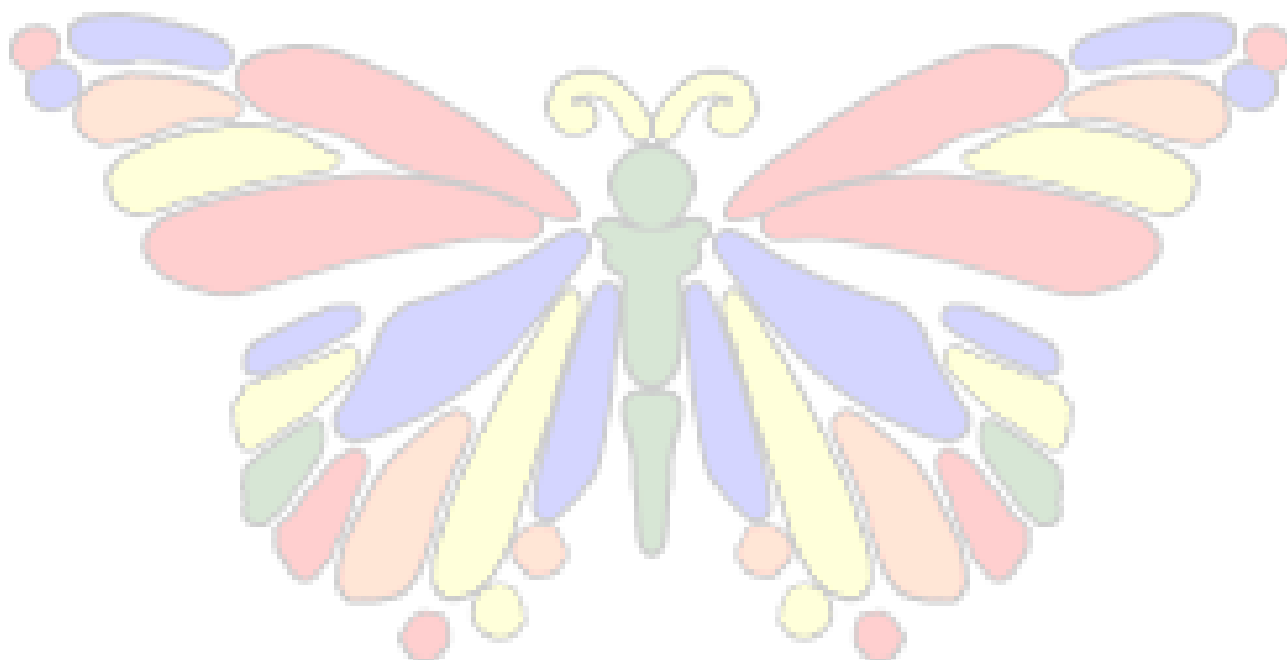
I FATID har vi altid undret os over at man vedvarende kalder behandlingen af transkønnede højt specialiseret. Med frafaldet af de psykiatriske diagnoser er det vel kun det endelige kirurgiske kønsskifte, og til dels den medicinske behandling som er specialiseret. Og skulle vi pege på en usikkerhed fra vores side, er det, at det multidisciplinære team stadig kan ledes af en psykiater. Vi mener ikke at en Psykiater skal have en ledende funktion i MDT.

Vi er tilfredse med at rådgivning, information og støtte får en større plads, men i det udsendte vejledningsforslag savner vi at der tydeligt skrives at enhver transperson der henvender sig i det offentlige sundhedsvæsen, skal præsenteres for sine muligheder. Det gælder både talepædagogik, laserbehandling m.m. Disse muligheder skal gøres tydelige og klare ved førstegangs henvendelser.

I det store hele er vi Foreningen Af Transkønnede I Danmark tilfredse med forslaget til ny vejledning, men som vi har erfaret igennem årene, er hensigten ikke altid den virkelighed der finder sted i den daglige behandling. Vi håber det bedste. Og vi håber på et fortsat godt samarbejde.

Med venlig Hilsen  
Irene Haffner  
Formand

Returadresse, hvis andet ikke er anført:  
Formand: Irene Haffner, Hovsørvej 26, 7700 Thisted  
Fatiddk@gmail.com



## **Høringssvar fra FSTB – Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn, juli 2017 vedr. “Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling”**

FSTB - Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn afgiver hermed høringssvar i forhold til vejledningens afsnit 9. “kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år”.

Vi kommenterer udelukkende på aspekter, som direkte vedrører personer under 18 år. Det er alene et udtryk for at FSTB i dette høringsbrev samt bilag specifikt forholder sig til forhold, der ligger under FSTB's varetagelse som Forening for Støtte til Transkønnede Børn.

Det glæder os i FSTB at det siden januar 2016 har været muligt for transkønnede børn at modtage behandling i Danmark. Ligeså glædes vi over at aldersgrænserne for behandling med såvel stophormoner som kønshormoner er fjernet i “Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling”. Det anser vi som en forbedring i forhold til den eksisterende vejledning.

FSTB finder imidlertid at der fortsat er væsentlige områder som bør ændres i forhold til den sundhedsfaglige hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år. Ændringer, der tilsammen øger behandlingskvaliteten samt minimerer risikoen for stigmatisering.

### Risiko for uønskede irreversible skader samt uoverensstemmelse i forhold til behandlingsform

Vejledningen definerer såvel stophormoner som kønshormoner som værende kønsmodificerende behandling. Formålet med stophormoner er at pausere udviklingen af kønskarakteristika, hvorimod behandlingen med kønshormoner er at modificerer kønskarakteristika. At betegne behandling med stophormoner som en kønsmodificerende behandling synes derfor misvisende og kan afstedkomme forståelsesmæssige uoverensstemmelse i forhold til hvilken medicinsk behandlingsform der tales om når betegnelsen kønsmodificerende behandling benyttes. Ydermere er kravene til begge behandlinger enslydende trods det at behandling med stophormoner er en reversibel behandling, hvorimod behandling med kønshormoner er delvis irreversibel. Ved at stille omfattende krav før reversibel behandling med stophormoner kan igangsættes risikeres udvikling af uønskede irreversible kropsforandringer .

**Derfor bør der skelnes mellem pauserende og modificerende behandling. Desuden bør krav før igangsættelse af behandling være proportionelle med risici ved behandlingen.**

### Risiko for manglende reel afklaring eller fejlbehandling

Vejledningen tager afsæt i at behandler både afholder rådgivning/afklarende samtaler og samtidig er medbestemmende for om ønsket behandling kan imødekommes. Allianceskabelse mellem den transkønnede og ”behandler” er umulig i fald ”behandler” samtidig er ”gatekeeper” for ønsket om medicinsk/kirurgisk behandling. I stedet risikeres at den transkønnede ikke får vendt eventuelle spørgsmål og tvivl af frygt for det vil påvirke muligheden for at opnå den ønskede behandling.

**Derfor bør rådgivning og behandling adskilles og rådgivning og samtale som ikke vedrører selve den pauserende eller kønsmodificerende behandling i stedet tilbydes i eksternt regi.**

### Risiko for under- eller overbehandling samt selvmedicinering

Vejledningen synes at være skrevet med udgangspunkt i, at børn og unge henvises til behandling længe inden de kommer i puberteten, at de har det psykisk vanskeligt og har behov for afklaring af deres kønsidentitet. Desuden at de har forældre som både har villet og nu har fået dem henvist. Disse forhold gør sig gældende for nogle børn, men er langt fra gældende for alle.

FSTB er bekendt med transkønnede børn og unge som ikke har forældreopbakning og derfor ikke kan henvises til behandling, men i stedet har søgt hormoner over nettet. Ligeledes har vi kendskab til transkønnede børn og unge som trives i det daglige og har været afklarede omkring deres kønsidentitet fra 3-4 års alderen. Langt fra alle transkønnede børn og unge har det psykisk vanskeligt inden de kommer i kontakt med behandlingstilbuddet og desuden er psykiske vanskeligheder i sig selv ikke en kontraindikation for behandling. Alligevel afkræves alle børn/unge en psykiatrisk afdækning/udredning samt løbende samtaler omkring sin transkønnethed, hvilket af barnet/den unge, opleves stigmatiserende og kan bevirke de fravælger behandlingsforløb og i stedet starter selvmedicinering.

**Derfor bør vejledningen for sundhedsfaglig hjælp til transkønnede børn og unge udfærdiges så den imødekommer de individuelle forskelle og behov der er i forhold til transkønnede børn og unge.**

#### Risiko i forhold til faglighed og socialt samvær

Vejledningen beskriver at såvel igangsættelse som vedligeholdelse af kønsmodificerende medicinsk behandling skal varetages af teamets speciallæge i pædiatri. Dette betyder, at rutinemæssige injektioner med stophormoner alene kan foretages i København af speciallægen. Børnene skal efter igangsættelsen have rutinemæssige injektioner hver 3. måned. For børn og familier som ikke bor i København eller omegn medfører det, at barnet og forældrene skal have 1 hel dag fri hver 3. måned for at få en rutinebehandling som eksempelvis børn i for tidlig pubertet får foretaget lokalt. Udover disse fraværsdage kommer fravær i forbindelse med rådgivning, udredning, behandling og opfølgning (samlet set 8-15 dage årligt). De yngre børn kan risikere at sakke bagud i skolen rent fagligt og de ældre kan tillige få problemer med fraværsprocenten på ungdomsuddannelserne. Derudover mindskes antallet af forældres feriedage til ferieafholdelse med børnene hvorved det nære familiemæssige sociale samvær reduceres.

**Derfor bør rutinemæssige injektioner i forbindelse med stophormoner kunne foretages lokalt. Derudover bør opfølgende samtaler som ikke vedrører den medicinske behandling, altid være i et omfang, der er i overensstemmelse med barnets/den unges ønske samt kunne foregå på anden vis end at barnet/den unge skal rejse til København.**

#### Risiko for stigmatisering

Som førnævnt kan overbehandling i sig selv opleves stigmatiserende. Det samme gør sig gældende når transkønnede børn, som førnævnt, ikke i lokalt regi, kan modtage vedligeholdende behandling i form af rutinemæssige injektioner som eksempelvis børn i behandling for tidlig pubertet kan.

Den værste form for stigmatisering er imidlertid vejledningens vægtning af psykiatrisk indflydelse idet transkønnethed ikke er en psykiatrisk diagnose. Et forhold, der som tidligere nævnt også er af stor betydning for risikoen for selvmedicinering blandt børn og unge.

I henhold til vejledningen er speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri obligatorisk som deltagende i et multidisciplinært team ligesom der kræves afdækning af psykiatriske lidelser, trods det at transkønnethed ikke er en psykiatrisk diagnose. Desuden har langt fra alle transkønnede under 18 år psykiatriske vanskeligheder eller vanskeligheder som kan være kontraindicerende for behandlingen. Et behandlerteam bør derfor i stedet bestå af speciallæger i pædiatri, vækst og reproduktion samt fagpersoner med specialfaglig viden og erfaring i vurdering af børn og unges normaludvikling og psykosociale forhold.

**Derfor bør børne- og ungdomspsykiater ikke være en obligatorisk del af teamet, men derimod kun tilknyttes i særligt begrundede tilfælde. Ligesom afdækning af psykiatriske lidelser ikke**

**bør kræves rutinemæssigt, men være et tilbud og ellers kun bør foretages i særligt begrundede tilfælde.**

Risiko for forværring/udvikling af psykiske vanskeligheder, mistillid og modvilje

Manglende information omkring forestående behandlingsprocedure, tidshorisont og betingelser for godkendelse til ønsket behandling, er blandt faktorer som opleves stressende og psykisk belastende for de transkønnede. Ifald dele af udredningsforløbet opleves unødvendige, langstrakte og/eller intimiderende er der risiko for tillige at skabe mistillid og modvilje mod behandler og behandlingsregi.

**Derfor bør vejledningen præcisere at den behandleransvarlige skal sikre at børn/unge og deres familie inddrages og informeres i forhold til behandlingsplanen. Ligeledes at såvel skriftlig som mundtlig kommunikation med barnet/den unge foretages ud fra et anerkendende perspektiv og i et sprog tilpasset barnets/den unges alder.**

Risiko for unødigt ventetid for afgørelser og ”flaskehalsproblematikker”

Perioden med udredning og afventning i forhold til hvorvidt der gives tilladelse til den ønskede medicinske behandling er af stor psykisk belastning for barnet/den unge. Desuden er det afgørende for barnet at den medicinske behandling med stophormoner iværksættes tidligt i puberteten så udvikling af sekundære køns karakteristika forhindres. Altså at der sættes ind med den reversible behandling tids nok til at irreversible kropslige forandringer udvikles.

Af vejledningen fremgår det at behandlingsansvarlig skal sikre at der udarbejdes løbende statusbeskrivelser og løbende afholdes tværfaglige konferencer. At kræve endnu en konference i det multidisciplinære team i forhold til behandlingstilladelse synes derfor unødvendig og bliver samtidig en faktor der skaber unødigt ventetid med psykiske belastninger til følge for barnet/den unge.

Vejledningens føromtalte krav om afdækning af psykiatriske lidelser er endnu et punkt som, udover åbenlys stigmatisering og risiko for selvmedicinering, også bidrager til risiko for udvikling af kropslige irreversible forandringer og risiko for ”flaskehalsproblematikker” gennem behandlingsforløbet.

**Derfor bør krav om afdækning af psykiatriske lidelser samt krav om konferencebeslutning inden igangsættelse af medicins behandling slettes. I stedet bør alene forhold kontraindicerende for behandling være afdækket, hvorefter den behandlingsansvarlige kan træffe afgørelse uden ekstraordinær konferenceafholdelse skal finde sted.**

Med venlig hilsen  
Michala Fog Hansen  
Forperson for  
FSTB

FSTB har inden udarbejdelse af høringssvar været i dialog med; LGBT-Danmark, Børns Vilkår, Amnesty samt Laura Mølgaard Tams.

./ bilag: 7 sider med tekstnære kommentarer til vejledningens afsnit 9 omhandlende kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år. Udarbejdet i tæt samarbejde med Linda Thor Pedersen, LGBT-Danmark

## **Tekstnære kommentarer fra FSTB – Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn, vedr. vejledningens afsnit 9 "Kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år"**

### **Tekst:**

*Den sundhedsfaglige rådgivning, udredning og behandling af kønsidentitetsforhold hos personer under 18 år kræver helt særlig ekspertise forankret i et fast multidisciplinært teamsamarbejde, som omfatter både speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri med særlige erfaring og kompetencer indenfor kønsidentitetsforhold hos børn og unge, samt speciallæger i pædiatri med særlig erfaring og kompetencer i pædiatrisk endokrinologi, vækst og reproduktion samt kønsidentitetsforhold.*

### **Ønskes ændret til:**

Den sundhedsfaglige rådgivning og behandling af kønsidentitetsforhold hos personer under 18 år kræver helt særlig ekspertise forankret i et fast multidisciplinært teamsamarbejde, som omfatter speciallæger i pædiatri, vækst og reproduktion med særlig erfaring og kompetencer indenfor kønsidentitetsforhold hos børn og unge samt fagpersoner der med afsæt i et udviklingsperspektiv har specialfaglig viden og erfaring i vurdering af børn og unges normaludvikling og psykosociale forhold.

### **Begrundelse:**

Transkønnethed er ikke en psykiatrisk diagnose og derfor bør behandlerteamets sammensætning afspejle dette forhold. Det kan i særlige begrundede tilfælde være nødvendigt at tilknytte en psykiater til teamet.

### **Tekst:**

*Øvrige lægelige specialer og faggrupper kan inddrages hvor relevant f.eks. psykologer, speciallæger i gynækologer og obstetrik. Speciallæge i plastikkirurgi med særlige erfaring og kompetencer indenfor kønsidentitetsforhold kan inddrages hvor relevant, f.eks. mhp. information og planlægning af senere kønsmodificerende kirurgisk behandling.*

### **Ønskes ændret til:**

Øvrige lægelige specialer og faggrupper kan i samråd med barnet/familien inddrages hvor relevant f.eks. psykologer, speciallæger i gynækologi, obstetrik, psykiatri og plastikkirurgi.

### **Begrundelse:**

Præcisering af inddragelse af barnet/familien i beslutninger om behandling. Derudover en konsekvensrettelse som følge af forrige rettelse samt sproglig forenkling. Ved behandling af børn og unge bliver det vigtigt at såvel barnet/den unge samt forældre har kendskab og tillid til behandlingsudførelse og behandlere. Derfor bliver oplevelsen af inddragelse vigtig ligesom den vil modvirke oplevelsen af stigmatisering.

### **Tekst:**

*Den sundhedsfaglige rådgivning, udredning og behandling af kønsidentitetsforhold hos børn og unge kræver et helt særlig fokus på barnets eller den unges vækst og udvikling samt familiemæssige og sociale forhold m.v. Personer under 18 år med ønske om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold, samt deres forældre, skal have tilbud om rådgivende og støttende samtaler, indtil der eventuelt kan påbegyndes et udrednings-, observations- og behandlings- forløb. Det er væsentligt, at der sikres en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der løbende tilpasses barnet eller den unges alder og*

udvikling.

**Ønskes ændret til:**

Den sundhedsfaglige rådgivning og behandling af kønsidentitetsforhold hos børn og unge skal tage udgangspunkt i barnets/familiens formål med henvendelsen og tilrettelægger et helt særligt fokus på barnets eller den unges ønske, vækst og udvikling samt familiemæssige og sociale forhold m.v. Personer under 18 år med ønske om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold, samt deres familie skal have tilbud om rådgivende og støttende samtaler. Det er væsentligt, at der sikres en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der løbende tilpasses barnet eller den unges ønske, alder og udvikling.

**Begrundelse:**

Idet der kan være forskel på hvad den henvendte ønsker hjælp til (nogle kommer for rådgivning og afklaring, andre oplever sig afklarede og kommer med formålet at få behandling med kønshormoner osv.) bør det præciseres at behandlingen tager udgangspunkt i barnets/familiens formål med henvendelsen og tilrettelægger behandlingen ud fra dette.

**Tekst:**

*Forud for opstart af kønsmodificerende behandling med supprimerende hormonterapi (stop- hormoner) og kønshormoner skal der gennemføres et udrednings- og observationsforløb.*

*Hvornår den unge kan indgå i et udrednings- og observationsforløb må bero på en konkret vurdering ved speciallægen i MDT, og der kan således ikke fastsættes en nedre aldersgrænse.*

**Ønskes ændret til:**

Forud for opstart af behandling med supprimerende hormonterapi (stophormoner) og kønshormoner skal der gennemføres en lægefaglig vurdering.

Hvornår den unge kan indgå i et behandlingsforløb må bero på en konkret vurdering ved speciallægen i MDT, og der kan således ikke fastsættes en nedre aldersgrænse.

**Begrundelse:**

Formålet med stophormoner er at bremse puberteten, give tid til refleksion og afklaring af eventuel tvivl om kønsidentitet. Behandlingen med stophormoner er reversibel hvorimod en udsættelse af behandlingen på grund af udrednings- og observationsforløb medfører irreversible skader.

**Tekst:**

*Den forløbsansvarlige speciallæge har det overordnede ansvar for den løbende information af barnet eller den unge samt dennes forældre, og for, at der bliver indhentet samtykke til udredning og behandling. Sundhedspersonalet skal være særligt opmærksomt på Sundhedslovens skærpede regler om information og samtykke, herunder at personer, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling<sup>ix</sup>.*

**Ønskes ændret til:**

Den forløbsansvarlige speciallæge har det overordnede ansvar for løbende at informere barnet eller den unge samt dennes forældre, og for, at der bliver indhentet samtykke til behandling. Sundhedspersonalet skal være særligt opmærksomt på Sundhedslovens skærpede regler om information og samtykke, herunder at personer, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling<sup>ix</sup>.

**Begrundelse:**

Præcisering af hvem der skal informeres, idet den oprindelige tekst kan tolkes som at det er teamet der skal informeres.

**Tekst:**

*Den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre at det samlede udrednings- og behandlingsprogram er helhedsorienteret og sammenhængende, og at alle nødvendige dele udføres kompetent.*

**Ønskes ændret til:**

Den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre at det samlede rådgivnings- og behandlingsprogram er helhedsorienteret og sammenhængende.

**Begrundelse:**

Enhver behandling indeholder en udredning. Da transkønnethed ikke er en psykiatrisk sygdom er der ikke behov for et psykiatrisk udredningsprogram. Der kan i særlige og begrundede tilfælde være behov for et individuelt tilpasset psykiatrisk udredningsforløb.

”at alle nødvendige dele udføres kompetent” giver opfattelsen af at der er unødvendige dele i behandlingen som gerne må udføres inkompetent, derfor sletning ☺.

**Tekst:**

*Udredningsprogrammet skal tage udgangspunkt i et udviklingsperspektiv, og skal omfatte en grundig vurdering af barnet eller den unges udvikling, psykosociale situation og familieforhold, ligesom forhold vedr. seksualliv og forplantningsevne skal inddrages. Udredningsprogrammet skal også inddrage en grundig vurdering af, om der foreligger somatiske eller psykiske tilstande og lidelser, som kræver vurdering og behandling forud for kønsmodificerende behandling, eller kan kontraindicere denne.*

**Ønskes slettet.****Begrundelse:**

Da transkønnethed ikke er en psykiatrisk sygdom er der ikke behov for et psykiatrisk udredningsprogram. Forhold som skal indgå er medtaget flere gange efterfølgende, blandt andet under punkt opstilling over hvad teamets speciallæge skal sikre i forbindelse med behandlingen.

**Tekst:**

*Indholdet af udredningsprogrammet tilrettelægges af den forløbsansvarlige speciallæge, under hensyntagen til etableret faglige praksis, nationale og internationale faglige retningslinjer m.v. Der foreligger endnu kun sparsomme erfaringer med kønsmodificerende behandling af børn og unge, hvorfor der stilles særligt skærpede krav til sundhedspersonalets omhu og samvittighedsfuldhed, herunder skærpede krav til information og samtykke. Da der er tale om nye behandlingsprincipper, skal der sikres relevant og systematisk erfaringsopsamling og kvalitetssikring<sup>x</sup>.*

**Ønskes ændret til:**

Indholdet af behandlingsprogrammet tilrettelægges af den forløbsansvarlige speciallæge, under hensyntagen til etableret faglige praksis, nationale og internationale faglige retningslinjer m.v. Der foreligger endnu kun sparsomme erfaringer med kønsmodificerende behandling af børn og unge, hvorfor der stilles særligt skærpede krav til sundhedspersonalets omhu og samvittighedsfuldhed, herunder skærpede krav til information og samtykke. Da der er tale om nye behandlingsprincipper,



skal der sikres relevant og systematisk erfaringsopsamling og kvalitetssikring under hensyntagen til gældende regler for forskning<sup>x</sup>.

#### **Begrundelse:**

En præcisering af at regler for forskning skal overholdes. Dermed også, at der ikke indhentes flere oplysninger om det enkelte barn end det er nødvendigt for behandlingen af den enkelte. Desuden, at hele behandlingsprogrammet bør være omfattet og derfor er ordet *udredningsprogrammet* ikke dækkende.

#### **Tekst:**

*Den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre, at der løbende afholdes MDT-konferencer med deltagende af de involverede speciallæger og andet personale, og at der i tilslutning hertil løbende udarbejdes status over udrednings- og behandlingsforløbet. Forud for iværksættelse af behandlingstilbud skal der foreligge en aktuel status og drøftelse ved MDT.*

#### **Ønskes ændret til:**

Den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre, at der løbende afholdes MDT-konferencer med deltagende af de involverede speciallæger og andet personale, og at der i tilslutning hertil løbende udarbejdes status over behandlingsforløbet.

#### **Begrundelse:**

For at undgå unødvendig lange behandlingsforløb bør den ansvarlige læge kunne træffe beslutningen idet der løbende udarbejdes status og afholdes konferencer, hvor forhold af betydning allerede er drøftet. Erfaringer viser at beslutninger som skal træffes på konferencer ofte kan tage måneder, hvilket er en yderst belastende periode for barnet/den unge og familien.

#### **Tekst:**

*Kønsmodificerende behandling hos børn og unge omfatter reversible behandlinger som supprimerende hormonterapi ('stophormoner' som f.eks. GnRH-analoger), potentielt irreversible behandlinger som maskuliniserende eller feminiserende kønshormoner, og irreversibel kirurgisk behandling. Før tilbud om kønsmodificerende behandling skal der være foretaget en grundig vurdering af psykosociale forhold, og evt. behandlingstilbud bør overvejes i et udviklingsmæssigt perspektiv. Behandlingstilbud skal overvejes trinvist, fra reversible til irreversible, og skiftet til næste trin forudsætter tilstrækkelig tid til at både den unge og forældrene kan erkende de fulde effekter.*

#### **Ønskes ændret til:**

Pauserende og kønsmodificerende behandling hos børn og unge omfatter reversible behandlinger som supprimerende hormonterapi ('stophormoner' som f.eks. GnRH-analoger), potentielt irreversible behandlinger som maskuliniserende eller feminiserende kønshormoner, og irreversibel kirurgisk behandling. Behandlingstilbud skal overvejes trinvist, fra reversible til irreversible. Skiftet til næste behandlingstrin påbegyndes når barn og forældre (ifald barnet er under 15 år) ønsker det og forudsætter at både den unge og forældrene har erkendt de fulde effekter af behandlingen.

#### **Begrundelse:**

Vejledningen sætter tid af til at børn og forældre kan erkende de fulde effekter af behandlingen. Vi finder det mere væsentligt at både børn/unge og forældrene har erkendt de fulde effekter af behandlingen end at der afsættes tid til at de kan erkende dem. Derfor ønsker vi en erkendelsesskærping samt fjernelse af tidsfaktoren, som med denne skærpelse bliver overflødig.

**Tekst:**

*Både igangsættelse og vedligeholdelse af kønsmodificerende medicinsk behandling af personer under 18 år skal varetages af teamets speciallæge i pædiatri med særlig erfaring og kompetencer indenfor pædiatrisk endokrinologi, vækst og reproduktion. Speciallægen skal forud for iværksættelse af nye behandlingstilbud sikre, at der foreligger en aktuel status som drøftes ved MDT-konference, og at der er foretaget en aktuel og grundig faglig vurdering ift. effekten af tidligere behandlinger, indikationer og kontraindikationer.*

**Ønskes ændret til:**

Igangsættelse af kønsmodificerende medicinsk behandling af personer under 18 år skal varetages af teamets speciallæge i pædiatri med særlig erfaring og kompetencer indenfor pædiatrisk endokrinologi, vækst og reproduktion. Efterfølgende vedligeholdende behandling kan udføres lokalt under ansvar af teamets speciallæge.

**Begrundelse:**

Hver gang barnet skal rejse længere for en behandling må skolen forsømmes. Dette er med til at fremhæve, at barnet er anderledes end klassekammeraterne og opleves derfor stigmatiserende. Samtidig må en forælder bruge af sine feriedage hvilket går ud over hele familien. Derfor skal rutinebehandling som for eksempel måling af højde, vægt og blodtryk, blodprøvetagning og injektion med stophormoner (GnRH-a) kunne foretages lokalt. Det skal bemærkes at disse rutinebehandlinger i forvejen foretages lokalt ved behandling af for tidlig pubertetsstart.

**Tekst:**

*Ved kønsmodificerende medicinsk behandling, herunder supprimerende hormonterapi (stophormoner) og behandling med kønshormoner skal speciallægen ved hvert nyt behandlingstilbud sikre:*

- *At der er tale om vedholdende og betydeligt kønsligt ubehag, som er fremkommet eller forværret ved pubertetens begyndelse, og ledsaget af ønske om kønsmodificerende behandling*
- *At de psykosociale forhold er afklaret, herunder psykosociale konsekvenser af behandlingen*
- *At kontraindikationer og risikofaktorer er afklarede, herunder at somatiske eller psykiske lidelser er afdækket og behandlet i relevant omfang*
- *At barnet eller den unge samt dennes forældre (værge) er grundigt informerede om, og har samtykket til behandlingen, herunder oplyst om forventede effekter og mulige skadevirkninger. Det bør særligt understreges, at der er tale om ny behandlingsprincipper med begrænsede erfaringer*
- *At der tilbydes rådgivning og støtte til den unges afklaring af egen kønsidentitet*
- *At der tilrettelægges et individuelt tilpasset opfølgningsprogram med henblik på løbende justering af behandlingen med vurdering af effekter og mulige skadevirkninger, herunder vurdering af højdevækst, knoglesundhed, relevante løbende billeddiagnostiske og parakliniske undersøgelser m.v.*

**Ønskes ændret til:**

Ved behandling med supprimerende hormonterapi (stophormoner) skal speciallægen sikre:

- At der er tale om betydeligt kønsligt ubehag, som er fremkommet eller forværret ved pubertetens begyndelse ledsaget af ønske om supprimerende hormonterapi
- At barnet eller den unge samt dennes forældre (værge) er grundigt informerede om, og har samtykket til behandlingen, herunder oplyst om forventede effekter og mulige skadevirkninger. Det bør særligt understreges, at der er tale om ny behandlingsprincipper med begrænsede erfaringer

- At der også udenom det multidisciplinære team tilbydes rådgivning og støtte vedrørende behandlingen samt til afklaring af kønsidentiteten
- At der tilrettelægges et individuelt tilpasset opfølgningsprogram med henblik på løbende justering af behandlingen med vurdering af effekter og mulige skadevirkninger, herunder vurdering af højdevækst, knoglesundhed, relevante løbende billeddiagnostiske og parakliniske undersøgelser m.v.

Ved behandling med kønshormoner skal speciallægen sikre:

- At der er tale om vedholdende og betydeligt kønsligt ubehag ledsaget af ønske om kønsmodificerende behandling
- At de psykosociale forhold er afklaret, herunder psykosociale konsekvenser af behandlingen
- At kontraindikationer og risikofaktorer er afklarede og behandlet i relevant omfang
- At barnet eller den unge samt dennes forældre (væрге) er grundigt informerede om, og har samtykket til behandlingen, herunder oplyst om forventede effekter og mulige skadevirkninger. Det bør særligt understreges, at der er tale om ny behandlingsprincipper med begrænsede erfaringer
- At der tilbydes rådgivning og støtte vedrørende behandlingen
- At der tilrettelægges et individuelt tilpasset opfølgningsprogram med henblik på løbende justering af behandlingen med vurdering af effekter og mulige skadevirkninger, herunder vurdering af højdevækst, knoglesundhed, relevante løbende billeddiagnostiske og parakliniske undersøgelser m.v.

### **Begrundelse:**

Behandling hos børn og unge omfatter reversible behandlinger som suppresserende hormonterapi ('stophormoner' som f.eks. GnRH-analoger), potentielt irreversible behandlinger som maskuliniserende eller feminiserende kønshormoner, og irreversibel kirurgisk behandling. Derfor bør kravene til behandlingsformerne differentieres og beskrives særskilt. Herudover bør de enkelte krav før behandlingsstart være proportionelle med risici ved behandlingen. Der bør derfor skelnes mellem hvilke krav der stilles inden opstart af henholdsvis reversibel og irreversibel behandling. Eftersom der desuden kan være forskel på i hvilken udstrækning de henvendte er oplyste og afklarede omkring kønsidentiteten, skal tilbud om rådgivning, støtte og afklaring tilbydes på baggrund af individuelt behov.

### **Tekst:**

*Suppresserende hormonterapi (stophormoner) kan som udgangspunkt tilbydes ved Tanner stadium 2 eller højere. Kønsmodificerende medicinsk behandling med maskuliniserende eller feminiserende kønshormoner kan tilbydes efter effekten af suppresserende hormonterapi er vurderet, og forudsætter en aktuel og grundig faglig og individuel vurdering, under hensyntagen til den enkeltes situation og forhold.*

### **Ønskes ændret til:**

Suppresserende hormonterapi (stophormoner) kan som udgangspunkt tilbydes ved Tanner stadium 2 eller højere. Kønsmodificerende medicinsk behandling med maskuliniserende eller feminiserende kønshormoner kan tilbydes efter effekten af suppresserende hormonterapi er vurderet, og forudsætter en aktuel og grundig faglig og individuel vurdering, under hensyntagen til den enkeltes ønske, situation og forhold.

### **Begrundelse:**

Præcisering af at den henvistes ønske om behandling medtages i den samlede vurdering.

**Tekst:**

*I forlængelse af behandling med kønshormoner kan der i helt særlige tilfælde, og efter drøftelse ved MDT-konference på baggrund af en aktuel og sammenfattende status, tilbydes henvisning til brystreducerende kirurgi til den unge med kvindeligt fødselstildelt køn. Øvrig kønsmodificerende kirurgi kan ikke tilbydes til unge under 18 år.*

**Ønskes ændret til:**

I forlængelse af behandling med maskuliniserende kønshormoner kan der på baggrund af en aktuel vurdering tilbydes henvisning til brystreducerende kirurgi til den unge med kvindeligt fødselstildelt køn. Øvrig kønsmodificerende kirurgi kan ikke tilbydes til unge under 18 år.

I forlængelse af behandling med feminiserende kønshormoner kan der på baggrund af en aktuel vurdering tilbydes henvisning til dermatologisk afdeling eller speciallægepraksis mhp. epilering ved laser elektrolyse m.v. i ansigtet.

**Begrundelse:**

Unge med kvindeligt fødselstildelt køn som har udviklet uønskede bryster anvender ofte binder til at skjule brysterne i forsøget på at mindske kropsligt ubehag ved at få brystkassen til at fremstå mere maskulint. En binder er en stram vest som presser brysterne flade. Den giver nedsat vejtrækningsfunktion som vanskeliggør motion og kan bøje ribbenene og i værste fald forårsage punktering af lungerne. Det tilrådes at voksne højest anvender en binder 8 timer dagligt. Brug af binder begrænser derfor den unges mulighed for sociale aktiviteter eller leder til en sundhedsskadelig adfærd hos den unge. Unge med uønsket brystudvikling afholder sig i mange sammenhænge fra aktiviteter som indebærer synlighed af brystudviklingen (eks. svømmehal, havbadning med kammerater, kropsnære aktiviteter mm). Manglende henvisning ved den unges ønske og behov for brystreducerende kirurgi har betydning i forhold til oplevelsen af kropsligt ubehag og vil tillige kunne få konsekvenser for den unge af såvel psykosocial som fysisk karakter. Derfor lempelse og procedureforenkling forud for henvisning til brystreducerende kirurgi.

Tilføjelse af mulighed for henvisning til fjernelse af uønsket hårvækst for unge med mandligt fødselstildelt køn idet hårvæksten kan være af et omfang og karakter der har betydning for oplevelsen af kropsligt ubehag og tillige kan være begrænsende for den unges omfang af deltagelse i socialinteraktioner og aktiviteter.

Venlig hilsen  
Michala Fog Hansen  
Forperson for  
FSTB

Sundhedsstyrelsen  
Enheden for Evidens, Uddannelse og Beredskab  
Islands Brygge 67  
2300 København S

E-mail: [Enhedeub@sst.dk](mailto:Enhedeub@sst.dk)

WILDERS PLADS 8K  
DK-1403 COPENHAGEN K  
TELEFON +45 3269 8888  
DIREKTE +45 9132 5655

MATJ@HUMANRIGHTS.DK  
HUMANRIGHTS.DK

DOK. NR. 17/01273-3

4. AUGUST 2017

## **HØRING OVER VEJLEDNING OM SUNDHEDSFAGLIG HJÆLP VED KØNSIDENTITETSFORHOLD OG KØNSMODIFICERENDE BEHANDLING**

Sundhedsstyrelsen har ved e-mail af 2. juni 2017 anmodet om Institut for Menneskerettigheders eventuelle bemærkninger til Sundhedsstyrelsens udkast til vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling.

Danmark har siden 2011 indført lovgivning, som på flere områder styrker indsatsen for LGBTI-personers rettigheder, herunder for transkønnede. Med ændringer af CPR-loven i 2014 markerede Danmark sig som et foregangsland, der anerkender menneskers ret til at leve i overensstemmelse med deres kønsidentitet, og i dag står det i Danmark enhver frit for at vælge sit juridiske køn gennem den såkaldte erklæringsmodel, der er lettilgængelig og ikke stiller krav om kirurgiske indgreb, psykiatriske eller psykologiske godkendelser.

Senest blev transkønnethed fjernet fra Sundhedsstyrelsens diagnosefortegnelse over psykiatriske lidelser, og transkønnede i Danmark har siden 1. januar 2017 ikke skullet have en psykiatrisk diagnose for at få adgang til kønsmodificerende behandling. Det foreliggende udkast til vejledning fra Sundhedsstyrelsen kommer i forlængelse heraf og har til formål at afspejle, at ændringen også formelt anerkendes inden for det danske sundhedsvæsen.

Instituttet har følgende bemærkninger til Sundhedsstyrelsens udkast til vejledning:

### **GENEREL VEJLEDNING**

På trods af forandringer og opbrud i kønsforståelser de seneste årtier samt en stigende erkendelse af, at det ved fødslen tildelte køn ikke nødvendigvis stemmer overens med ens oplevede køn, påvirker og

begrænser stereotype kønsopfattelser fortsat transkønnedes frie livsudfoldelse. Henset til, at transkønnede i Danmark stadig i høj grad oplever at blive diskrimineret på baggrund af deres kønsidentitet, herunder ofte oplever sig mødt af et ikke-inkluderende sundhedsvæsen, finder instituttet det væsentligt, at Sundhedsstyrelsen også har fokus på det sundhedsfaglige personales møde med transkønnede, hvor de transkønnede søger sundhedsfaglig hjælp og behandling for andre forhold end kønsmodificerende behandling.

Instituttet finder det således positivt, at Sundhedsstyrelsen i februar 2017 i et nyhedsopslag anførte, at hensigten med vejledningen er at "... sætte nogle meget klare rammer for sundhedsvæsenets møde med transpersoner, både når de søger hjælp til kønsmodificerende behandling, men også helt generelt."<sup>1</sup>

Ud fra det foreliggende udkast finder instituttet det imidlertid ikke tilstrækkelig klart, at vejledningen også omfatter transkønnedes generelle møde med sundhedsvæsenet. Instituttet ville have fundet det hensigtsmæssigt, at man i forbindelse med udarbejdelsen af det foreliggende udkast også havde udarbejdet en særskilt vejledning om sundhedsvæsenet generelle møde med såvel transkønnede, som andre kønsidentiteter.

Instituttet anbefaler derfor, at det som minimum præciseres i vejledningen, at den også vedrører transkønnedes adgang til sundhedsydelser generelt. Instituttet anbefaler, at det i den forbindelse anføres, at transkønnede skal behandles på lige fod med andre personer, der har tilsvarende helbreds-mæssige behov, og at sundhedsfagligt personale skal undgå at fokusere på kønsidentitet, når transkønnede søger hjælp og behandling for forhold, der ikke er afledt af deres transkønnethed. Endvidere anbefaler instituttet, at det tilføjes, at sundhedsfagligt personale skal være opmærksomme på at omtale transkønnede ved det køn, som de transkønnede selv angiver som det rigtige, ligesom personalet skal være vidende om, at nogle transkønnede – som det også gør sig gældende for andre dele af befolkningen – ikke identificerer sig som "kvinde" eller "mand", men har en non-binær forståelse af køn. Endelig er det særligt væsentligt for transkønnede, at sundhedsfagligt personale har viden om, at der er forskel på kønsidentitet og seksualitet.

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen: Transpersoners møde med sundhedsvæsenet, 15. februar 2017, <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/transpersoners-moede-med-sundhedsvaesnet>

## **RESPEKT OG INDDRAGELSE**

Flere transkønnede har løbende og offentligt tilkendegivet – også efter ændringen af diagnoseklassifikationen i januar 2017 – hvordan de, særligt inden for sundhedsvæsenet, stigmatiseres og mødes uden den respekt og værdighed, som bør kendetegne det danske samfund.

På den baggrund finder instituttet det positivt, at Sundhedsstyrelsens udkast til vejledning indeholder et selvstændigt afsnit om respekt og inddragelse (afsnit 3.1), der understreger vigtigheden af, at transkønnede bliver mødt af et sundhedsfagligt personale, der optræder professionelt med respekt for den enkeltes situation og præferencer.

Instituttet mener dog, at spørgsmålet om inddragelse af den enkelte transkønnede i sin egen behandling skal være mere gennemgående og bør komme til udtryk i vejledningen på en mere fremtrædende måde. Særligt finder instituttet, at det gør sig gældende for udkastets afsnit om krav til udredning (afsnit 7.1) og krav til igangsættelse af behandling (afsnit 7.2). I det foreliggende udkast finder instituttet, at det ikke i tilstrækkelig grad beskrives, hvordan man vil sikre, at de transkønnede får et klart overblik over behandlingsprocessen, herunder hvad et behandlingsforløb indebærer – f.eks. hvilke konkrete behandlingstilbud, der findes, hvilken udredning, der eventuelt er tilknyttet det enkelte tilbud, og hvad den forventede tidsramme vil være. Instituttet bemærker i den forbindelse vigtigheden af, at transkønnede modtager de rigtige og relevante informationer for på et oplyst grundlag at kunne tage del i fastlæggelsen af behandlingsplan samt eventuelt udredningsprogram.

På den baggrund anbefaler instituttet, at spørgsmålet om transkønnedes inddragelse integreres som et generelt gennemgående punkt under samtlige afsnit i vejledningen.

## **ANERKENDEDE SPROG**

Instituttet mener, at det sprog, der anvendes til beskrivelse af transkønnethed, er en væsentlig faktor, når stigmatisering af transkønnede skal undgås.

Instituttet finder det således positivt, at det foreliggende udkast generelt anvender et anerkendende sprog, der ikke unødigt diagnosticerer transkønnethed. Instituttet bemærker til eksempel, at ord som ”sygdom” og ”lidelse” ikke bruges i vejledningen, og at der skelnes mellem støtte og sundhedsfaglig behandling. Instituttet



opfatter den tilgang som en anerkendelse af, at transkønnethed i sig selv hverken er udtryk for psykisk eller somatisk lidelse.

Instituttet finder dog, at der fortsat er plads til sproglige forbedringer i vejledningen. Begrebet kønsidentitet kommer af det engelske udtryk "gender identity", som dækker over en persons opfattelse af sit eget køn – binær såvel som non-binær. Det er således instituttets opfattelse, at begrebet "kønsidentitet" ikke kun vedrører gruppen af transkønnede, men den brede befolkning generelt, og derfor finder instituttet det uhensigtsmæssigt, at vejledningen konsekvent benytter begrebet "kønsidentitetsforhold" også, hvor der mere korrekt kunne stå "transkønnethed". Hertil bemærker instituttet, at henvendelser fra transkønnede, som ønsker kønsmodificerende hormonbehandling og/eller kirurgi, ofte selv føler sig afklarede omkring deres kønsidentitet og derfor formentlig nærmere vil betegne deres oplevelse som en uoverensstemmelse mellem det tildelte og oplevede køn, end et spørgsmål om "kønsidentitetsforhold". På baggrund af ovenstående anbefaler instituttet, at der foretages justeringer i relation til brugen af begrebet "kønsidentitetsforhold", herunder at der tages højde for, at usikkerhed omkring kønsidentitet gælder for en bestemt gruppe af de transkønnede, og ikke for alle.

Endvidere bemærker instituttet, at der under afsnittet om tilladelse til kastration (afsnit 13) henvises til gældende regler, hvorefter en transkønnet kan få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis vedkommende som ét blandt andre krav har fået stillet "diagnosen transseksualitet". Endvidere fremgår det af vejledningen, hvordan Sundhedsstyrelsen fortolker lovens ord om "stillet diagnosen transseksualitet". Instituttet anbefaler, at det i vejledningens afsnit om tilladelse til kastration anføres, at "diagnosen transseksualitet" er et udtryk, der stammer fra perioden før 1. januar 2017, hvor transkønnethed stadig blev anset for en psykiatrisk lidelse, og at udtrykket i dag er forældet.

## **SEXOLOGISK KLINIK**

Instituttet har fulgt debatten om Sexologisk Kliniks monopol på behandling i Danmark og er derfor orienteret om, at der i februar 2017 blev lagt op til et monopolbrud, således at behandling af transkønnede også skal kunne udbydes andre steder i landet end på Sexologisk Klinik i København.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Dagbladet Information: Sundhedsministeren vil bryde Sexologisk Kliniks monopol på behandling af transkønnede, 15. februar 2017 (<https://www.information.dk/indland/2017/02/sundhedsministeren-bryde-sexologisk-kliniks-monopol-paa-behandling-transkoennede>)



Instituttet bemærker hertil, at for at en person, der oplever usikkerhed omkring sin kønsidentitet, kan blive afklaret om de behandlinger, der tilbydes, vil det ofte for personen være essentielt at kunne indgå i en ærlig dialog med en sundhedsfaglig om de udfordringer og problemer, som personen oplever vedrørende sin kønsidentitet. Instituttet finder det derfor problematisk, at det er samme sundhedsfaglige personale, der dels skal yde den uafklarede person rådgivning og støtte, dels senere skal afgøre, om personen er egnet til at modtage kønsmodificerende behandling. På den baggrund anbefaler instituttet, at rådgivning til personer, der er uafklarede om deres kønsidentitet, sker i et andet regi i sundhedsvæsenet og af personale, der ikke er tilknyttet Sexologisk Klinik.

Instituttet efterlyser i den forbindelse, at der i vejledningen gives et klart overblik over og præcisering af, hvilke konkrete behandlingstilbud, der findes, hvilken eventuel udredning, der er knyttet til det enkelte tilbud, og om tilbuddet gives gennem det primære eller sekundære sundhedsvæsen. Endvidere efterlyser instituttet præcisering af, om også praktiserende læger og/eller gynækologer skal kunne forestå behandling eller dele heraf. Instituttet bemærker hertil, at en decideret opstilling i vejledningen af aktører og tilbud vil kunne hjælpe til konkret afklaring af, hvilke tilbud transkønnede og personer med uafklaret kønsidentitet, kan gøre brug af, ligesom en sådan konkretisering også vil styrke muligheden for inddragelse.

#### **TILBUD TIL PERSONER UNDER 18 ÅR**

Af vejledningens afsnit om kønsmodificerende tilbud til personer under 18 år (afsnit 9) fremgår det blandt andet, at det er væsentligt, at der sikres en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der løbende tilpasses barnets/den unges alder og udvikling. Med henvisning til instituttets bemærkninger oven for vedrørende respekt og inddragelse, efterlyser instituttet, at det af vejledningen mere tydeligt fremgår hvilke kønsmodificerende tilbud, der gives til børn og unge, herunder hvordan barnet/den unge og forældrene påtænkes inddraget i processen. Særligt er spørgsmålet om inddragelse af forældrene relevant, når der er tale om en ung, der er fyldt 15 år og dermed, som følge af Sundhedslovens regler, selv kan give informeret samtykke til behandling. Instituttet ville have fundet det hensigtsmæssigt, at man i vejledningen havde taget stilling til, hvordan sundhedsvæsenet vil håndtere eventuelle uenigheder imellem barnet og forældrene, eller forældrene imellem.

Der henvises til sagsnr.: 4-1010/127/5

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' followed by a long horizontal flourish.

Mathilde Worch Jensen

JURIDISK RÅDGIVER

## Høringssvar til vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling.

Intersex Danmark, ønsker hermed at fremkomme med et høringssvar, til vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling

Intersex Danmark, er en forening der arbejder for interkønnedes forhold og rettigheder i Danmark, og repræsenterer personer af alle former for interkøn, her under også en gruppe interkønnede, der i øjeblikket, er i udredning eller behandling som transkønnede.

Interkønnede er personer der er født med en kønsanatomi, reproduktive organer og/eller kromosomelle mønstre, der ikke passer på den typiske definition af hankøn og hunkøn.

Interkønnede er således per definition, ikke entydigt hankøn eller hunkøn, og interkønnede kan, på trods af tildelt fødselskøn, ikke forventes at være i besiddelse af en anatomi, der er fuldt ud, eller udelukkende, er hverken hanlig eller hunlig.

Interkøn refereres ofte i medicinsk regi, til som DSD (Disorder of Sexual Development), og er behandlingsmæssigt ifølge gældende specialevejledning, hjemmehørende i højt specialiserede DSD teams, hos Righshospitalet, på OUH eller på Skejby sygehus.

Intersex Danmark ønsker hermed at fremkomme med følgende kommentarer til vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling:

Indtil 1. Januar 2017, fulgte Danmark WHO's ICD 10, diagnose kriterier for F64,0 Transsexualisme, der i diagnose kriterierne klart gør gældende, at den pågældende diagnose, ikke kan tildeles folk med en interkønsvariation, idet det af diagnostiske retningslinjer fremgår at :

”For at denne diagnose kan stilles, skal den transseksuelle identitet have været vedvarende i mindst 2 år, og må ikke være et symptom på en anden psykisk lidelse, såsom skizofreni, eller være forbundet med nogen interkønsvariation, genetisk eller kønskromosom anomali”

Dette til trods, har man i årevis i Danmark, valgt at behandle interkønnede, der var uenige i det tildelte fødselskøn, som transkønnede, og dermed flytte deres behandling fra de højt specialiserede DSD teams, der ifølge gældende specialevejledning, bør varetage kønsrelateret behandlingen af interkønnede, over i Sexologisk regi, til udredning og behandling for transkønnethed.

Intersex Danmark mener at have grund til at formode, at vi som følge af ændringen af kodesystemet, vil se en stigning i antallet af interkønnede der fejlagtigt vil blive behandlet som transkønnede, idet man med indførelsen af de nye aktionsdiagnoser, har valgt at se bort fra, at en interkønsvariation ifølge WHO's diagnosekriterier, udgør en absolut kontraindikation, i forhold

til tildeling af diagnosen Transkøn.

Ifølge Specialevejledning for Gynækologi og obstetrik af 1. marts 2017 fremgår det, at man i forhold til transkøn og interkøn arbejder med 2 selvstændige specialer, henholdsvis nr. 20 Kønssidentitetsforhold, der ifølge specialevejledningen varetages i tæt samarbejde med psykiatri og plastikkirurgi. og nr. 21 Disorders of Sexual Development (DSD) der ifølge specialevejledningen varetages i tæt samarbejde med pædiatri, intern medicin, endokrinologi og klinisk genetik. Som det fremgår, er det ikke de samme tværfaglige kompetencer, man har vurderet der er behov for, i forhold til de to specialer.

Interkønnede ses således allerede som en gruppe, hvis hormonbehandling og eventuel kønskirurgi, bør varetages af et allerede defineret, højt specialiserede team, og derfor selvsagt må forventes at stille krav om en særligt specialiseret viden, der findes i tværfaglige teams med andre specialer og kompetencer, end de der ifølge specialevejledningen, indgår i udredning og behandling af transkøn, og det er således særdeles bekymrende at se, at denne gruppe, og de specielle krav denne gruppe stiller til behandling, ikke er nævnt i denne vejledning.

Det drejer sig her, om både den manglende viden, om de irreversible kønsnormaliserende procedurer, interkønnede kan have gennemgået i den tidlige barndom, og eventuelle mulige såvel fysiske og psykiske følger her af, idet mange interkønnede der har været udsat for såkaldt "kønsnormaliserende" kirurgi og /eller behandling, ofte opfatter dette som et overgreb, med en deraf følgende traume reaktion, der oftest udmønter sig i PTSD, depression og angst, mange har ingen tillid til sundhedssystemet, mange føler at deres menneskerettigheder er blevet krænket, og ofte har de, der oplever operativt eller ved hjælp af hormonbehandling, at være blevet påtvunget en fysik, der ikke stemmer overens med deres kønsidentitet, der ud over en udpræget dysfori, der i højere eller mindre grad, er pådraget eller forstærket, som følge af medicinsk og/eller kirurgisk behandling, foretaget uden deres forudgående samtykke.

Der ud over ses ofte fysiske følger af disse tidlige operative indgreb, hvor mange blandt andet beretter om problemer i forbindelse med arvævsdannelse, kroniske føleforstyrrelser, smerter og/eller inkontinens.

Det er også problematisk, da disse mennesker er født med en anatomi, der i nogen grad er anderledes, end den for hankøn og hunkøn, og således kan interkønnedes reproduktive organer være af en art, eller være placeret, atypisk for hvad der forventes hos hankøn eller hunkøn. Erfaringer fra udlandet peger på, at hvis dette ikke opdages, kan det udgøre en risiko, og yderligere undersøgelser, kan derfor være nødvendige, forud for en evt. opstart af hormonbehandling.

Ligeledes oplever mange interkønnede, til trods for tilstedeværelsen af gonader, ikke at være i stand til at producere eller omsætte, en adækvat mængde kønshormon, til at forebygge risikoen for følgesygdomme, som eksempelvis Osteoporose. Derfor kan der være tale om, at den interkønnede forud for henvendelsen og på baggrund af, en fra lægeligt hold, formodning om køn, i mange år har været i behandling med et andet kønshormon, end det den interkønnede ønsker.

I forhold til kirurgi ses det ligeledes at udgøre et problem, idet nogle interkønnede allerede få måneder efter fødslen, har gennemgået irreversibel kønsnormaliserende kirurgi på kønsorganer, der kan stå i vejen for kønskorrigerende kirurgi, mens andre allerede i barneårene, har fået fjernet gonader.

For både den tidlige medicinske og kirurgiske behandling af interkønnede gør det sig ofte gældende, at behandlingen er udført eller opstartet, uden at individet forudgående selv har givet sit samtykke til denne behandling, hvorfor nogle interkønnede, i kraft af disse behandlinger, medicinsk er blevet tildelt og tilskrevet et køn og en fysik, de ikke kan relatere til, og plages som følge heraf af dysfori, og vælger at søge behandling for denne.

Interkønnede er som beskrevet født med en kønsanatomi, der ikke kan betegnes som entydigt og/eller fuldt ud hankøn eller hunkøn, derfor er deres anatomiske udgangspunkt og behov, i visse henseender betydeligt anderledes, end de for hankøn og hunkøn, hvorfor behandling af denne gruppe, således bør fastholdes som en specialistopgave.

Idet WHO i deres diagnosekriterier, gør helt klart, at en interkønsvariation, og herunder også de kromosomelle former for interkøn, udgør en absolut kontraindikation, i forhold til tildelingen af diagnosen transkøn, bør man gøre sig helt klart, om man, stik imod WHO's anbefalinger, vil fortsætte praksis med at henvise interkønnede der er uenige i deres tildelte fødselskøn, til udredning og behandling for transkøn.

Intersex Danmark anser det således som afgørende, at der i vejledningen som minimum tages stilling til interkønnede, hvad enten det betyder, at interkønnede flyttes tilbage i DSD regi og får hjælp til eventuel kønskorrigerende behandling der, eller om behandlingen af interkønnede skal fortsætte i Sexologisk regi.

Det er Intersex Danmarks anbefaling, at man bør fastholde behandlingen af alle interkønnede, i de højt specialiserede DSD teams, og at eventuel kønskorrigerende behandling af interkønnede der ikke er enige i deres tildelte fødselskøn, skal tilbydes og varetages i DSD regi.

Dette da DSD teams i forvejen varetager al medicinsk og kirurgisk behandling af interkønnede, eksempelvis kirurgi på interkønnede spædbørns, børns og unges kønsorganer, også kaldet kønsnormaliserende kirurgi, gonadektomier af interkønnede børn og voksne, og mastektomier på voksne interkønnede der er tilskrevet hankøn og identificerer sig med dette.

Såfremt man omvendt fortsat ønsker, at man skal varetage behandlingen af denne gruppe i Sexologisk regi, da er det Intersex Danmarks anbefaling at man sikrer sig :

- At denne gruppe som minimum, specifikt er nævnt i vejledningen, og at der i vejledningen gives anvisninger i forhold til, udredning af denne gruppes specifikke behov, under hensyntagen til den interkønnedes fysik, med en viden om og en forståelse for, at den interkønnedes kønsanatomi, kan være betydelig anderledes end den for hankøn eller hunkøn, og at den interkønnedes livserfaring, ofte vil bære præg af dette.

- At personalet på de klinikker der skal forestå udredningen, er uddannet i at varetage de

specifikke problemstillinger, man som interkønnet kan stå over for.

- At personalet uddannes i, og har en indgående viden om de irreversible såkaldte kønsnormaliserende procedurer, den interkønnede kan have gennemgået i den tidlige barndom, i ungdommen og i voksenlivet, og eventuelle mulige fysiske og psykiske følger her af.
- At personalet uddannes i, og har en indgående viden om, andre såkaldte kønsnormaliserende behandlinger den interkønnede kan have gennemgået i den tidlige barndom, i ungdommen og i voksenlivet, herunder hormonbehandling, og psykiatrisk behandling, i et forsøg på, at sikre og fastholde en udvikling, i tråd med det tilskrevne køn.
- Det bør specifikt fremgå af vejledningen, at al hormon og kønskirurgisk behandlingen af interkønnede, er en specialist opgave og derfor bør varetages af, specialteams, med de nødvendige specialer indenfor pædiatri, intern medicin, endokrinologi og klinisk genetik, der kræves, i tråd med specialevejledningen.

Med Venlig Hilsen

Inge Toft Thapprakhon  
Talsperson for Intersex Danmark  
Bjolderupvej 38  
6000 Kolding

\*Kilde : Side 168, under F64,0 <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

**Fra:** Anne-Mette Schroll [<mailto:JMF-AMS@jordemoderforeningen.dk>]

**Sendt:** 7. juni 2017 10:24

**Til:** SST EnhedEUB

**Emne:** HØRING af vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold

Til Sundhedsstyrelsen

Jordemoderforeningen har modtaget materialet vedrørende høring af vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold.

Vi er enige i, at sundhedspersonalet til enhver tid naturligvis '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'. Derudover vurderer Jordemoderforeningen, at materialet primært vedrører forhold omkring kønsmodificerende behandling, hvilket ligger uden for det jordemoderfaglige område.

Vi har derfor ikke yderligere kommentarer, men takker for det tilsendte materiale.

Med venlig hilsen

Anne-Mette Schroll

Forsknings- og udviklingskonsulent, jordemoder, cand.scient.san, ph.d.

Jordemoderforeningen

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Direkte telefon: 46 95 34 03



**Fra:** Anne Leth [<mailto:CQ91@buf.kk.dk>]

**Sendt:** 10. juli 2017 10:03

**Til:** SST EnhedEUB

**Emne:** Høringssvar vedr. vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling

Til sundhedsstyrelsen, Evidens, Uddannelse og Beredskab.

Vi har med stor interesse læst udkastet til den nye vejledning og har et høringssvar til vejledningens afsnit 10. Øvrige tilbud.

At dette afsnit fremgår følgende. "Teamets læger bør vejlede om mulighederne for at søge bopælskommunen om tilskud til paryk eller anden hovedbeklædning ved varigt hårtab som følge af kønsmodificerende behandling, og om audiologopædisk hjælp med henblik på modificering af stemme- og talefunktion."

Vores høringssvar vedrører specifikt den audiologopædiske specialundervisning, som - så vidt vi er orienteret - er det eneste af de i vejledningen nævnte regionale og kommunale tilbud, hvor borgeren frit kan henvende sig, uden en lægelig henvisning.

Den fri henvendelsesret betyder, at en borger til enhver tid kan henvende sig direkte til et kommunikationscenter eller specialundervisningscenter og anmode om en udredningssamtale, med henblik på modificering af stemmen og talen. Efter vores vurdering er det vigtigt, at lægerne vejleder om dette særlige forhold, hvorfor vi foreslår dette nævn i vejledningen, således at det bliver tydeligt, at en henvendelse til et kommunikationscenter eller et specialundervisningscenter ikke kræver en lægelig henvisning.

Med venlig hilsen

**Anne Leth**

Centerchef

Center for Specialundervisning for Voksne

---

KØBENHAVNS KOMMUNE

Børne- og Ungdomsforvaltningen

Fagligt Center

Frankrigsgade 4

2300 København S





Sundhedsstyrelsen

[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)

Kopi:

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby

Sundheds- og Ældreudvalget

31. juli 2017

LGBT Danmark hilser det velkomment, at processen med udarbejdelsen af den nye *vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling* skrider frem og skal hermed bidrage med et høringssvar.

Det skal indledningsvist bemærkes, at baggrunden for vores holdninger bl.a. er den situation, der er opstået, hvor mange transkønnede fravælger sundhedsvæsenets tilbud og derfor tyr til selvmedicinering – noget vi ser blandt både voksne og unge – eller til privat behandling i udlandet. Blandt bevæggrundene for, at det sker, er uoverskuelige ventetider på behandling i sygehusvæsenet, modvilje mod psykiatrisk udredning samt afvisning i og manglende tillid til sygehusvæsenet. Det er vores klare opfattelse, at situationen forværredes i 2012, da Sundhedsstyrelsen skærpede kravene til adgang til behandling, og også med udgivelsen af den gældende vejledning.

Overordnet set finder LGBT Danmark det afgørende, at forholdet mellem den transkønnede og sundhedsvæsenet er båret af gensidig tillid, hvor der lægges vægt på den enkeltes kønsidentitet og egen oplevelse af kønsligt ubehag.

LGBT Danmark har været dybt engageret i hele processen omkring den nye vejledning, og vi bemærker med tilfredshed, at der er blevet lyttet, hvilket blandt andet giver sig til kende i ordbrugen i vejledningsudkastet. Vi har gennem forløbet kredset om en række vigtige temaer, og vi finder, at der i udkastet er behov for nogle præciseringer, hvilket vi vil uddybe her.

### **Psykiatrisk udredning**

LGBT Danmark har flere gange i foråret spurgt ind til den nye vejlednings forhold til psykiatrisk udredning. Det er her blevet uddybet, at den nye vejledning ikke indeholder et obligatorisk krav til psykiatrisk udredning, hvilket vi finder meget tilfredsstillende. Der er imidlertid formuleringer i vejledningsudkastet, som kan tolkes modsat, hvorfor vi finder det afgørende vigtigt, at det i vejledningen klart, specifikt og utvetydigt anføres, at adgang til behandling ikke forudsætter en psykiatrisk udredning.

**LGBT Danmark** – Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner  
NGO in special consultative status with the Economic and Social Council of the United Nations

NYGADE 7, 2. th. • 1164 KØBENHAVN K • TLF. 3313 1948  
[LGBT@LGBT.DK](mailto:LGBT@LGBT.DK) • [WWW.LGBT.DK](http://WWW.LGBT.DK)



## Det multidisciplinære team

LGBT Danmark har forståelse for, at sygehusvæsenet anvender multidisciplinære teams for at sikre, at alle discipliner behørigt inddrages ved komplekse behandlingsforløb. Nogle transkønnede har behandlingsbehov af en kompleksitet, der tilsiger inddragelsen af flere discipliner. Til gengæld er der andre, der ikke har behov for komplekse behandlinger, men kun har brug for en enkelt disciplin – f.eks. kønshormonbehandling.

Vi har i dialogen gennem foråret forstået, at det for den enkelte transkønnede skal afstemmes, hvilke discipliner, der er behov for at inddrage, og at der godt kan være tale om, at det blot er en enkelt disciplin. Selvom vejledningsudkastet kan fortolkes sådan, er det dog ikke klart, fx når der gentagne gange tales om en fast psykiater i det multidisciplinære team. LGBT Danmark ønsker det derfor præciseret i teksten, at det multidisciplinære team alene omfatter relevante discipliner, og at dette ikke nødvendigvis inkluderer en psykiater.

## Nedklassificering af behandling

I forlængelse af foregående, bemærker LGBT Danmark, at en række behandlinger, som anvendes i forhold til transkønnede, er almindelige og hyppigt forekommende i det danske sundhedsvæsen. Det gælder bl.a. brystkirurgi, fjernelse af kønskirtler, fjernelse af livmoder og kønshormonbehandling. Hertil kommer, at i årene 2012-2016 har 160-200 personer årligt fået stillet en DF64\*-diagnose, hvor det må antages, at den i langt de fleste tilfælde er stillet i forbindelse med behandling med kønshormoner. I de første 6 måneder af 2017 er påbegyndt i alt 222 forløb i København og Aalborg.

Vi vil heller ikke undlade igen at bemærke, at kønshormonbehandling indtil indskærpelsen i 2012 i årtier havde fungeret problemfrit decentralt.

På den baggrund finder LGBT Danmark, at der ikke er belæg for at klassificere behandlingerne som højt speciale. Det er vores opfattelse, at alene genitalkirurgi har karakter af højt speciale, og vi finder, at andre behandlinger skal nedklassificeres. I den udstrækning dette fører til behov for ændringer i vejledningsudkastet og specialeplanens specialevejledninger, må disse foretages.

Det bemærkes, at en nedklassificering også kan danne grundlag for en decentralisering af behandlingstilbuddene.

## Børn og unge

Behandlingstilbuddet til transkønnede børn og unge blev indført i januar 2016 hos Sexologisk Klinik i samarbejde med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Bispebjerg samt Klinik for Vækst og Reproduktion, Rigshospitalet. Et forløb består pt. af samtaler på Sexologisk Klinik – en gennemgribende psykiatrisk screening, som alle underkastes uden en faglig vurdering – og behandling med stop-/kønshormoner. For børn og unge med kendte psykiatriske forhold, som er grundigt udredte og behandlede, startes i dag forfra med en ny udredning af samme forhold.

Suppresserende hormonterapi (stophormoner) udsætter puberteten, men ændrer ikke på kønskarakteristika, og er desuden en fuldt reversibel behandling. Det er derfor ukorrekt, når vejledningsudkastet omtaler suppresserende hormonterapi som kønsmodificerende behandling.

Som for voksne må LGBT Danmark fastholde, at transkønnethed også hos børn og unge ikke er en psykiatrisk sygdom, hvorfor en ubegrundet brug af psykiatriske udredninger er både krænkende og stigmatiserende for den enkelte.

**LGBT Danmark** – Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner  
NGO in special consultative status with the Economic and Social Council of the United Nations



Vi skal endvidere bemærke, at tid er en afgørende faktor, når det drejer sig om behandling med stophormoner. Gennem puberteten gennemgår den unges krop irreversible forandringer, som for unge transkønnede øger det kønslige ubehag, ligesom det efterfølgende kræver kirurgisk behandling at udbedre disse skader. Det er derfor afgørende, at behandling kan igangsættes uden hensyntagen til et længerevarende udredningsforløb. Modsat puberteten er stophormonbehandlingen fuldt reversibel.

LGBT Danmark ønsker også at påpege, at mange funktioner kan foregå decentralt. Måling af højde og vægt, blodprøvetagning og injektion med stophormoner er rutinebehandling for børn med for tidlig pubertet. De hyppige rejser til København er meget indgribende i familielivet, forældres arbejdsliv og barnets skolegang.

LGBT Danmark ønsker en præcisering af, at udredte og behandlede psykiatriske forhold ikke skal gøres til genstand for en fornyet udredning.

Endelig bakker LGBT Danmark op om høringsskrivelsen fra FSTB – Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn og har assisteret foreningen i udarbejdelsen af bilaget hertil, 'Tekstnære kommentarer fra FSTB – Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn, vedr. vejledningens afsnit 9 "Kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år"'.

## Planlægning

For voksne såvel som for børn og unge er det vigtigt at kunne overskue, hvad man skal igennem. LGBT Danmark ønsker derfor præciseret, at der ved indledningen af sundhedsfaglig hjælp og i samarbejde med den behandlingssøgende udarbejdes en tidsplan.

Det er vores forståelse, at punkterne om *psykiatrisk udredning* og *multidisciplinære teams* blot er præciseringer, hvorimod punkterne om *nedklassificering af behandling* og om *børn og unge* i en vis udstrækning går videre end intentionen i vejledningsudkastet.

LGBT Danmark har bestræbt sig på at skitsere tilbud, som er sundhedsfagligt forsvarlige, som kan nedbringe ventetider og som kan skabe tillid mellem transpersoner og sundhedsvæsenet. Samtidig er det vores opfattelse, at de vil udnytte ressourcerne bedre end tilfældet er i dag.

Der medsendes også en tekstnær læsning af vejledningsudkastet, hvor vi kommer med detaljerede forslag. Dette skal ikke forstås som en gennemskrivning endsige facitliste, men som bemærkninger til konkrete formuleringer.

Med venlig hilsen

## LGBT Danmark

Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner

Søren Laursen  
Forperson

Linda Thor Pedersen  
Transpolitisk talsperson

**LGBT Danmark** – Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner  
NGO in special consultative status with the Economic and Social Council of the United Nations

NYGADE 7, 2. th. • 1164 KØBENHAVN K • TLF. 3313 1948  
[LGBT@LGBT.DK](mailto:LGBT@LGBT.DK) • [WWW.LGBT.DK](http://WWW.LGBT.DK)



Dato 22-05-2017

Sagsnr. 4-1010-127/5

## **HØRINGSVERSION**

### **Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling**

1. Indledning .....	2
2. Anvendelsesområde .....	2
3. Generelt .....	2
3.1. Respekt og inddragelse .....	3
3.2. Information og samtykke .....	3
4. Faglige rammer .....	4
4.1. Det multidisciplinære team (MDT) .....	4
5. Rådgivning og støtte ved kønsidentitetsforhold .....	5
6. Vurdering før kønsmodificerende behandling .....	5
7. Kønsmodificerende medicinsk behandling hos voksne .....	6
7.1. Krav til udredning .....	6
7.2. Krav til igangsættelse af behandling .....	6
8. Kønsmodificerende kirurgi hos voksne .....	7
8.1. Kønsmodificerende kirurgi på bryst eller brystkasse .....	8
8.2. Kønsmodificerende kirurgi på kønsorganer .....	9
9. Kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år .....	10
10. Øvrige tilbud .....	13
11. Rettigheder .....	13
12. Registrering .....	14
13. Tilladelse til kastration .....	14
14. Ordliste .....	16
15. Ophævelse .....	17

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

## 1. Indledning

Det enkelte menneskes kønsidentitet kan være forskelligt fra det køn, der bliver konstateret og tildelt ved fødslen, og fra de samfundsmæssige og kulturelle normer forbundet med ~~fødselstildelt køn~~~~fødsels-kønnet~~. For den enkelte kan det betyde, at man ønsker at ændre eller tilpasse de medfødte køns karakteristika. Kønsidentitetsforhold kan medføre ønske om sundhedsfaglig hjælp for tilstande, der i sig selv hverken er udtryk for psykisk eller somatisk lidelse.

Uoverensstemmelse mellem kønsidentitet og fødselstildelt køn kan hos den enkelte medføre varierende grader af kønsligt ubehag, som bl.a. kan søges afhjulpet gennem kønsmodificerende behandling, der tilsigter ændring af medfødte køns karakteristika.

Der er sundhedsfaglige opgaver forbundet med at hjælpe og understøtte den enkeltes kønsidentitet og kønsudtryk, herunder ved rådgivning og afklaring af kønsidentitetsspørgsmål samt ved afhjælpning af kønsligt ubehag gennem tilbud om kønsmodificerende behandling. Det er samtidig en sundhedsfaglig opgave at sikre lighed i sundhed ved, hvor relevant, at sikre hjælp til udredning og behandling af evt. somatisk eller psykisk lidelse, både generelt i sundhedsvæsenet og specifikt ved kønsmodificerende behandling.

Sigtet med denne vejledning er at sikre høj kvalitet og lige adgang til sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling. Sundhedsfaglig hjælp kan være rådgivning og støttende samtaler ved afklaring af kønsidentitet, sundhedsfaglig ~~udredningssamt~~ ~~behandling~~ af personer, der ønsker kønsmodificerende hormonbehandling og eventuelt ~~kønsmodificerende kirurgi~~.

Psykosocial støtte, herunder støttende samtaler ~~før~~, under og efter kønsmodificerende behandling, er desuden en naturlig del af den samlede indsats. Det samlede sundhedsfaglige tilbud skal være helhedsorienteret og sammenhængende, og ~~kan i nogle tilfælde~~ ~~forudsætte~~ ~~forudsætter~~ et stærkt tværfagligt samarbejde.

## 2. Anvendelsesområde

Vejledningen præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed som læger og andet sundhedspersonale skal udvise i deres virke ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling<sup>i</sup>. Vejledningen fastlægger de sundhedsfaglige rammer for hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling samt ansvarsfordelingen imellem de involverede sundhedspersoner<sup>ii</sup>. Forhold vedr. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning berøres, men der henvises i den forbindelse til de til enhver tid gældende specialevejledninger, der kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside<sup>iii</sup>. Vejledningen præciserer også den lægefaglige udredning og indstilling, der skal ligge til grund ved Sundhedsstyrelsens behandling af ansøgninger om kastration efter Sundhedslovens § 115. Denne vejledning omfatter ikke juridisk kønsskifte, som er reguleret i lov om Det Centrale Personregister<sup>iv</sup>.

## 3. Generelt

Sundhedsfaglig hjælp til kønsmodificerende behandling er generelt omfattet af sundhedslovens bestemmelser om regionsrådets ansvar for sundhedsydelser. I det omfang den kønsmodificerende behandling, herunder kirurgi, tager sigte på at afhjælpe kønsligt ubehag ved uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet er der ikke tale om kosmetisk behandling, hvor hovedformålet er at forandre eller forbedre udseendet.

**Commented [LTP1]:** Alle andre steder, på nær et, anvendes "fødselstildelt køn" så det vil være naturligt også at anvende det her.

**Commented [LTP2]:** Enhver behandling forudsætter og indeholder en udredning. Derfor kan udtryk som 'udredning og behandling' nemt misforstås som om, at der kræves et særligt udredningsforløb for behandling af transkønnede. LGBT Danmark kan frygte, at der vil være faggrupper, som vælger at kræve et psykiatrisk udredningsforløb med henvisning til kravet om udredning.

**Commented [LTP3]:** Der er mange behandlinger som kun nødvendiggør en disciplin. For at undgå bureaukratiske forløb, hvor behandlingen forsinkes, bør multidisciplinære team kun etableres når flere discipliner er involveret.

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

Personer, der søger sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling, skal behandles på lige fod med andre, med let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsnitligt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling.

## 3.1. Respekt og inddragelse

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 ~~ikke virker stigmatiserende eller ubehagelig~~ bidrager til at mindske stigmatisering og ubehag for den enkelte. Sundhedspersonerne skal i den forbindelse være særligt opmærksomme på, at mennesker, der søger hjælp ved kønsidentitetsforhold kan have været udsat for stigmatisering både i samfundet og ved tidligere kontakter med sundhedsvæsenet. Konkret skal det sundhedsfaglige personale bl.a. være opmærksom på at bruge det kaldenavn og stedord, som personen selv ønsker anvendt, ligesom personens præferencer vedr. betegnelse af kropsdele m.v. skal respekteres. Generelt bør sundhedspersonale undgå at fokusere på kønsidentitet når den pågældende søger hjælp og behandling i sundhedsvæsenet for andre forhold.

**Commented [LTP4]:** Den oprindelige formulering tillader de facto fortsat stigmatisering og ubehag blot den er mindre end i dag. Det kan næppe være intentionen.

De sundhedsfaglige indsatser skal bygge på respekt, lydhørhed, rummelighed og fleksibilitet. Den enkelte skal betragtes som den bedste kilde til forståelse af personens ståsted og liv. Den sundhedsfaglige indsats skal gives i en ramme og atmosfære, hvor personen føler sig velkommen. Personalet bør opleves som tilgængeligt, og at der ~~skal~~ være mulighed for at få hjælp, både i form af samtaler og praktisk støtte, når dette er relevant.

**Commented [LTP5]:** En hensigtserklæring vil i praksis betyde, at dette ikke tilbydes.

Det enkelte menneskes værdier og perspektiv skal inddrages så det samlede behandlingstilbud så vidt muligt tilrettelægges efter personens ønsker og forudsætninger. Personen skal sammen med de ansvarlige sundhedspersoner opsætte mål for det samlede ~~behandlingsudrednings-~~ og ~~tidsforløbbehandlingsforløb~~, og tilbud bør forklares i et forståeligt, neutralt og respektfuldtprog.

**Commented [LTP6]:** Udredning, se tidligere kommentar. Tidsforløb har stor betydning for den enkelte og den nuværende mangel på information om tidsforløb er et stort problem de transkønnede.

Kønsmodificerende behandling kan medføre betydelige fysiske og psykiske ændringer, med både positive og negative sociale konsekvenser. Nogle ændringer kan være irreversible. Ved tilbud om kønsmodificerende behandling skal den sundhedsfaglige vurdering af behandlingsbehov (indikation) inddrage både den enkeltes ønsker og behov samt potentielle skadevirkninger ved behandlingen. Der skal gives en grundig information både om fordele og ulemper ved den tilbudte behandling, samt om andre behandlingsmuligheder, ligesom der skal gives ~~mulighed for grundig information og rum til~~ refleksion, ~~hvis det ønskes~~.

**Commented [LTP7]:** Nogle har brug for refleksion mens et krav om refleksion for andre blot vil være et forsinkende element.

## 3.2. Information og samtykke

Ved sundhedsfaglig hjælp til afklaring og udvikling af kønsidentitet, herunder afhjælpning af kønsligt ubehag og tilbud om kønsmodificerende behandling, gælder de generelle regler om information og samtykke<sup>v</sup>. Det følger bl.a. heraf, at en behandling ikke må indledes eller fortsættes uden, at den pågældende har givet sit informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov. Samtykkekravet understreger den enkeltes selvbestemmelsesret, og et samtykke til behandling er således personens frivillige accept af at ville modtage en bestemt tilbudt behandling.

Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information, og kræver derfor at den enkelte forud for sin stillingtagen har modtaget den nødvendige og tilstrækkelige information om behandlingsmuligheder, risici m.v., og er i stand til at overskue konsekvenserne af sit samtykke.

En person kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke til behandling. Samtykket skal være givet til en konkret behandling, hvilket indebærer, at det skal være klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter, både ift. type af behandling, herunder behandlingsmetode, og ift. formålet med behandlingen.

Informeret samtykke er et nødvendigt, men ikke tilstrækkeligt krav forud for et sundhedsfagligt behandlingstilbud. 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.

#### 4. Faglige rammer

For regionale sygehuse, og for offentligt finansierede sygehusydelser ved private aktører, fastsætter Sundhedsstyrelsen kriterier og godkender varetagelse af specialfunktioner, som er beskrevet i de til enhver tid gældende specialevejledninger. Generelt udbyder speciallægepraksis kun offentligt finansierede sygehusydelser, når det specifikt er aftalt med regionerne. Autorisationslovens bestemmelser om omhu og samvittighedsfuld, som præciseret i nærværende vejledning, gælder generelt, både for offentligt finansierede sygehusydelser, for sygesikringsfinansierede ydelser og for privatfinansierede ydelser ved speciallæge, privathospital, klinik m.v.

Kønsmodificerende behandling skal varetages af sundhedspersoner med erfaring og særlige kompetencer ift. rådgivning, udredning og behandling af kønsidentitetsforhold eller under supervision af en sundhedsperson med disse kompetencer. Kompetencer ift. både somatiske, psykiske og sociale forhold kan være vigtige, og både sygeplejersker, psykologer, og speciallæger indenfor somatiske og psykiatriske specialer kan være relevante. 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. Der skal imidlertid kun inddrages de discipliner, som der konkret vurderet i det enkelte tilfælde er behov for.

De involverede sundhedspersoner skal have opdateret efteruddannelse i kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling, deltage i løbende sparring med andre sundhedspersoner med betydelig erfaring på området, deltage i faglige netværk, konferencer m.v. på både nationalt og internationalt niveau, samt i relevant omfang deltage i kvalitetsudvikling og forskning på området. De involverede sundhedspersoner bør desuden løbende udbygge en bredere forståelse af kønsidentitetsforhold gennem bl.a. dialog med brugerrepræsentanter og orientering i den generelle samfundsmæssige debat.

##### 4.1. Det multidisciplinære team (MDT)

Såfremt der indgår flere specialer i behandlingen, kan der nedsættes et multidisciplinært team.

Det samlede sundhedsfaglige tilbud skal være helhedsorienteret og sammenhængende, og forudsætter et stærkt tværfagligt samarbejde. Det tværfaglige team skal have veletablerede rammer for samarbejde, med klar ansvarsfordeling imellem de involverede sundhedspersoner og være forankret i et fast multidisciplinært team (MDT) med jævnlige konferencer.

**Commented [LTP8]:** Præcisering af krav til sundhedspersoners kompetencer samt præcisering af, at kun relevante discipliner inddrages.

**Commented [LTP9]:** Langt de fleste kønsmodificerende behandlinger vil kunne varetages af en enkelt speciallæge. Et krav om MDT for al behandling vil kun være forsinkende for den enkelte transkønnede og samtidig et spild af sundhedsvæsnets ressourcer.



# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

En af speciallægerne i MDT skal i disse tilfælde have det overordnede ansvar for udrednings- og behandlingsforløb, men kan uddelegere dele af forløb til andet sundhedsfagligt personale, herunder sygeplejersker, psykologer og læger. Den forløbsansvarlige speciallæge skal i disse tilfælde sikre, at det samlede behandlingsprogram er helhedsorienteret og sammenhængende, og at alle nødvendige dele udføres kompetent, samt at tidsforløbet overholdes. Den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre, at der i nødvendigt omfang ~~afholdes~~ MDT-konferencer med deltagende af de involverede speciallæger og andet personale, og at der i tilslutning hertil løbende udarbejdes status over behandlingsudrednings- og tidsforløbet ~~behandlingsforløbet~~.

**Commented [LTP10]:** Forenkling af arbejdet for MDT som konsekvens af den forrige ændring.

De organisatoriske og fysiske rammer skal understøtte en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der ikke virker stigmatiserende ~~minder stigmatisering, f.eks. ved etablering af fysiske eller murstensløse tværfaglige kønsidentitetsklinikker.~~

**Commented [LTP11]:** Stigmatisering, se tidlige kommentar.

Ansvarsfordeling og specialkompetencer i teamet skal tilpasses efter indhold og kompleksitet. Ved udredning mhp. kønsmodificerende medicinsk behandling hos voksne, og ved varetagelsen af denne, skal teamet indeholde relevante speciallægekompetencer, herunder speciallæger i gynækologi og obstetrik eller intern medicin: endokrinologi. Det tværfaglige team skal desuden, hvis det konkret i det enkelte tilfælde vurderes nødvendigt, omfatte relevante kompetencer indenfor vurdering af psykosociale forhold, herunder psykologer og speciallæger i psykiatri med særlig erfaring og kompetencer.

**Commented [LTP12]:** Kun nødvendige discipliner bør indgå.

Ved varetagelse af kønsmodificerende kirurgisk behandling hos voksne suppleres teamet med speciallæger ~~i~~ med særlige kompetencer i plastikkirurgi samt i gynækologi og obstetrik m.v. Ved varetagelse af udredning og behandling af kønsidentitetsforhold hos mennesker under 18 år suppleres teamet med relevante kompetencer indenfor pædiatri (pædiatrisk endokrinologi, vækst og reproduktion) samt børne- og ungdomspsykiatri, i det varetagelse af denne målgruppe kræver helt særlige kompetencer og erfaring med børn og unges vækst og udvikling samt familiemæssige og sociale forhold m.v.

Speciallæger som udfører nedre kirurgi ~~Både det samlede team og de deltagende sundhedspersoner~~ skal opbygge og vedligeholde særlige kompetencer. 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 sygehusydelser vil kriterier og krav til varetagelse indgå i Sundhedsstyrelsen sagsbehandling ved specialeplanlægning.

**Commented [LTP13]:** Nedre kirurgi er højt specialiseret og der bør derfor stilles særlige krav hertil. Dette gælder ikke for anden kønsmodificerende behandling som bør nedklassificeres.

## 5. Rådgivning og støtte ved kønsidentitetsforhold

Ved kønsidentitetsforhold kan den enkelte være uafklaret og have behov for rådgivning og støtte, før der indledes et ~~regleret udrednings- og~~ behandlingsforløb. I denne del af forløbet er det ikke en forudsætning, at den enkelte ses af speciallæge, ligesom omfattende udredning af evt. somatisk og psykisk lidelse som udgangspunkt ikke er relevant. Rådgivning og støtte kan foretages af f.eks. psykologer, socialrådgivere, læger, sygeplejersker m.v. Der kan med fordel tilbydes generel information om både medicinske og kirurgiske behandlingsmuligheder ved kønsligt ubehag, og information og rådgivning om psykosociale aspekter af kønsidentitetsforhold. Såfremt afklaringen viser, at den pågældende har ønske om kønsmodificerende behandling, skal den videre udredning og behandling ikke forsinkes.

**Commented [LTP14]:** Udredning, se tidligere kommentar.



## 6. Vurdering før kønsmodificerende behandling

Kønsmodificerende behandling er generelt en effektiv behandling af kønsligt ubehag, og få fortryder. Som ved al behandling kan der være skadevirkninger. Før lægen kan iværksætte kønsmodificerende behandling skal der foreligge en klar sundhedsfaglig vurdering og begrundelse (indikation), ligesom lægen skal afklare evt. sundhedsfaglige forbehold ved behandlingen (kontraindikationer), herunder faktorer der kan øge risikoen ved behandlingen eller gøre at denne må helt frarådes.

Formålet med udredningsprogrammet før tilbud om kønsmodificerende behandling er at afklare indikationer og kontraindikationer, og omfang af og indhold i udredningen skal tilpasses herefter. Tilbud om behandling forudsætter ikke bestemte diagnoser, men lægefaglige indikationer som f.eks. tilstedeværelsen og **karakterengraden** af kønsligt ubehag skal beskrives i journalen ligesom evt. tilstande og lidelser, der kan udgøre kontraindikationer. Det er ikke en betingelse for at modtage kønsmodificerende medicinsk behandling, at den pågældende ønsker efterfølgende kønsmodificerende kirurgi, ligesom det heller ikke er en betingelse at den pågældende har, eller ønsker, juridisk kønsskifte.

**Commented [LTP15]:** Graden er misvisende da denne ikke kan måles.

## 7. Kønsmodificerende medicinsk behandling hos voksne

Ved udredning og kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne skal der i det multidisciplinære team indgå en eller flere speciallæger i gynækologi og obstetrik samt **efter en konkret vurdering i det enkelte tilfælde** i psykiatri. Afhængigt af lokale forhold kan en speciallæge i intern medicin: endokrinologi erstatte gynækologens funktion. Disse speciallæger skal have særlig erfaring og kompetencer på området. En af dem skal have det overordnede ansvar for udrednings- og behandlingsforløbet, men kan uddelegere dele af forløbet til andet sundhedsfagligt personale, herunder sygeplejersker, psykologer og læger.

### 7.1. Krav til udredning

Udredningsprogrammet skal omfatte en vurdering af den pågældendes kønsidentitetsforhold, herunder **karakterengraden** af kønsligt ubehag, samt en vurdering af, om der foreligger somatiske eller psykiske tilstande og lidelser, som kræver behandling forud for kønsmodificerende behandling, eller kan kontraindicere denne. Indholdet af udredningsprogrammet tilrettelægges af den forløbsansvarlige speciallæge, med udgangspunkt i den enkeltes situation og præferencer, under hensyntagen til etableret faglig praksis, nationale og internationale faglige retningslinjer m.v.

**Commented [LTP16]:** Graden, se tidligere kommentar.

~~Både den somatiske og den psykosociale del af udredningen skal stå i rimeligt forhold til formålet med udredningen og skal tilpasses den enkeltes situation. Standardiserede testmetoder kan anvendes ud fra en konkret vurdering, i det omfang de er relevante og valide ift. formålet med udredningen, og på en måde som ikke bidrager til øget stigmatisering.~~

**Commented [LTP17]:** Udredning. Se tidligere kommentar.

### 7.2. Krav til igangsættelse af behandling

Igangsættelse af kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne varetages af teamets speciallæge i gynækologi og obstetrik, alternativt speciallæge i intern medicin: endokrinologi. Speciallægen skal sikre følgende:

- At der er tale om kønsligt ubehag med ønske om kønsmodificerende medicinsk behandling.
- ~~At psykosociale forhold og psykosociale konsekvenser af potentielt irreversible forandringer er afklarede~~

**Commented [LTP18]:** Psykosociale giver associationer til det nuværende psykiatriske udredningsforløb og LGBT Danmark kan frygte, at nogle faggrupper vil bruge det som påskud til at opretholde den nuværende praksis.

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

- At kontraindikationer er afklarede, herunder, at somatiske eller psykiske lidelser er afdækket og behandlet i relevant omfang
- At den pågældende er velinformeret om forventede effekter og mulige skadevirkninger ved behandlingen, herunder at forandringerne kan være irreversible samt at der kan være varig påvirkning af reproduktion
- At der **i samarbejde med transpersonen** tilrettelægges et individuelt tilpasset opfølgningsprogram med henblik på løbende justering af behandlingen og vurdering af mulige skadevirkninger m.v., herunder i relevant omfang relevante løbende billeddiagnostiske og parakliniske undersøgelser samt støttende samtaler.

**Commented [LTP19]:** Inddragelse af brugeren.

Igangsættelse af kønsmodificerende medicinsk behandling er i regionalt regi omfattet af Sundhedsstyrelsen gældende specialeplan. På privatklinik m.v. kan udredning og medicinsk behandling af voksne varetages, jfr. også afsnit 4, under hensyn til autorisationslovens bestemmelser om omhu og samvittighedsfuld, som præciseret i nærværende vejledning vedr. kompetencer, tværfagligt samarbejde, helhedsorienteret vurdering af indikationer og kontraindikationer m.v.

Ud fra det fastlagte opfølgningsprogram kan hele eller dele af vedligeholdelsesbehandling og kontrol – ud fra en konkret og individuel vurdering ved den behandlingsansvarlige speciallæge ~~ved MDT~~ – varetages på andet sygehus, speciallægepraksis eller hos egen læge ('shared care'). ~~Ved behov for ændring af det fastlagte opfølgningsprogram skal der henvises til, eller konfereres, med speciallæge i MDT.~~

**Commented [LTP20]:** Det bør være den enkelte speciallæge som træffer beslutningen. Et krav om inddragelse af MDT er kun forsinkende og samtidig spild af speciallægerne i det multidisciplinære teams tid.

Der bør generelt udvises forsigtighed og anbefales tid til refleksion, hvis den pågældende netop er begyndt at udforske sin kønsidentitet, eller hvis det kønslige ubehag er nyopstået, episodisk eller kun i mindre grad påvirker den enkeltes samlede livssituation.

**Commented [LTP21]:** Der er ikke behov for MDT for kønshormonbehandling og dermed følger at der heller ikke vil være et behov i undtagelsestilfælde.

~~I udvalgte tilfælde kan det være nødvendigt at tilbyde kønsmodificerende medicinsk behandling i regi af MDT uden at alle ovenstående kriterier er opfyldt, f.eks. ved overtagelse af iværksat behandling fra udlandet eller ved substitution af selvmedicinering. I sådanne tilfælde er den behandlingsansvarlige speciallæge ansvarlig for vurdering af indikationen, og skal samtidig sørge for at der sideløbende iværksættes relevant udredning og opfølgning.~~

Bestående psykisk eller somatisk lidelse er ikke i sig selv en kontraindikation mod kønsmodificerende medicinsk behandling, men afhængig af lidelsens art og alvorlighed kan der være behov for behandling af lidelsen enten forud for, eller samtidigt med, iværksættelsen af kønsmodificerende medicinsk behandling.

Der er sjældent absolutte kontraindikationer mod kønsmodificerende medicinsk behandling. Somatiske kontraindikationer og forsigtighedsforhold ved kønsmodificerende feminiserende medicinsk behandling kan bl.a. være tromboembolisk risiko, cerebrovaskulær sygdom inkl. migræne, svær leversygdom, brystkræft m.v. Somatiske kontraindikationer og forsigtighedsforhold ved kønsmodificerende maskuliniserende medicinsk behandling kan bl.a. være graviditet, ustabil koronarkarsygdom, hæmatokrit > 50 %, hormonfølsomme tumorer, ~~svær akne m.v.~~ ~~m.v.~~ **Psykiatriske kontraindikationer og forsigtighedsforhold ved kønsmodificerende behandling generelt kan f.eks. svær psykotisk lidelse og autisme med særinteresse.**

## 8. Kønsmodificerende kirurgi hos voksne

Kønsmodificerende kirurgi hos voksne omfatter indgreb på bryster og brystkasse ('øvre' kirurgi) samt indgreb på kønsorganer ('nedre' kirurgi). Der er generelt tale om irreversible destruktive og rekonstruktive og rekonstruktive kirurgiske indgreb på raske organer med betydelige, ~~både positive og negative~~, fysiske og psykiske forandringer, ~~både positive og negative~~.

**Commented [LTP22]:** Både de fysiske og de psykiske forandringer kan være positive og negative.

Den kønsmodificerende kirurgiske behandling er samtidigt forbundet med risiko for alvorlige og varige skadevirkninger, hvorfor kravene til lægens omhu og samvittighedsfuldhed generelt er skærpede, herunder kravene til vurdering af lægefaglige indikationer og kontraindikationer. Varigheden og ~~karakteren~~ ~~graden~~ af kønsligt ubehag samt resultaterne af tidligere kønsmodificerende behandling skal således nøje vurderes og sammenholdes med vurdering af evt. somatiske og psykiske lidelser og tilstande samt øvrige risikofaktorer, der kan kontraindicere kirurgi. De kirurgiske indgreb, der tilbydes, herunder deres type, omfang, rækkefølge, kombination m.v., skal følge etableret faglig praksis samt nationale og internationale faglige retningslinjer m.v. Ved anvendelse af nye behandlingsprincipper skal der sikres relevant og systematisk erfaringsopsamling og kvalitetssikring<sup>vi</sup>.

Ved varetagelse af kønsmodificerende kirurgisk behandling af voksne skal teamet suppleres med mindst en speciallæge i plastikkirurgi med særlig erfaring og kompetencer på området. Der gælder i øvrigt de samme krav til forløbsansvarlig speciallæge, ~~MDT-konferencer~~ m.v. som beskrevet ovenfor vedr. iværksættelse af kønsmodificerende medicinsk behandling. Øvrige specialer kan inddrages hvor relevant f.eks. speciallæger i urologi.

**Commented [LTP23]:** MDT, se tidligere kommentar

Før iværksættelse af kønsmodificerende kirurgisk behandling skal der foreligge en aktuel udredning og vurdering som beskrevet i afsnittet om kønsmodificerende medicinsk behandling. Udredningen skal i relevant omfang suppleres med fysisk undersøgelse af bryst og kønsorganer, ligesom relevante fysiske og psykosociale forhold vedr. den pågældendes seksualitet og seksualliv skal være afdækket og evt. fremtidige reproduktive ønsker skal være drøftet.

### 8.1. Kønsmodificerende kirurgi på bryst eller brystkasse

Ved kvindeligt fødselstildelt køn omfatter kønsmodificerende kirurgi på bryst eller brystkasse indgreb med fjernelse af bryster (bilateral mastektomi) og tildannelse af mandligt brystparti, herunder evt. genplacering af brystvorter.

Ved mandligt fødselstildelt køn omfatter kønsmodificerende kirurgi på bryst eller brystkasse indgreb med brystforstørrelse, herunder indlægnings af implantater.

Behandlingerne ~~foretages~~ ~~varetages~~ af ~~en~~ ~~teamets~~ speciallæge i plastikkirurgi, ~~efter drøftelse og indstilling fra teamets MDT-konference~~. Speciallægen skal sikre følgende:

**Commented [LTP24]:** MDT-konference er kun et forsinkende led, såfremt der måtte være behov for en udtalelse den speciallæge som varetager kønshormonbehandling kan denne indhentes.

- At der er tale om kønsligt ubehag med ønske om kønsmodificerende kirurgi på bryst, ~~At psykosociale forhold er afklaret herunder forhold vedr. seksualitet samt psykosociale konsekvenser af potentielt irreversible forandringer~~
- At varighed og ~~karakteren af~~ ~~det~~ ~~grad~~ af ~~kønslige~~ ~~kønsligt~~ ubehag samt resultaterne af tidligere ~~kønsmodificerende~~ ~~kønsmodificerende~~ behandling er vurderet i tilstrækkeligt omfang, og kan begrunde det kirurgiske indgreb
- At kontraindikationer og risikofaktorer er afklarede, herunder at somatiske eller psykiske lidelser er afdækket og behandlet i relevant omfang
- At den pågældende er velinformeret om forventede positive effekter samt mulige skadevirkninger ved behandlingen. Forventede forandringer bør visualiseres.
- At den pågældende er velinformeret om forhold vedr. forebyggelse og opsporing af

**Commented [LTP25]:** Psykosociale forhold, se tidligere kommentar.

**Commented [LTP26]:** Graden, se tidligere kommentar.

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

## brystkræft

For personer, der ved fødslen fik tildelt mandligt køn, bør brystforstørrelse med indlægning af implantater ~~sædvanligvis~~ ikke tilbydes før der er gennemført minimum 12 måneders feminiserende kønsmodificerende hormonbehandling, med mindre denne er kontraindiceret. ~~da det kirurgiske resultat kan være mindre tilfredsstillende og da man bør afvente effekt af feminiserende hormonbehandling på brystvækst. I mange tilfælde er op til 18-24 måneders feminiserende hormonbehandling at foretrække, og det vil således altid bero på en konkret lægefaglig vurdering, hvor længe effekten af medicinsk behandling skal afventes.~~ På indikationen kønsligt ubehag ~~kan der kun~~ tilbydes ~~der kun~~ indgreb, så brystet bliver normalt anatomisk proportionelt til kropsbygningen, som vurderet ved speciallægen i plastikkirurgi ud fra etableret faglig praksis. Ønske om ikke-anatomisk brystforstørrelse kan ikke varetages som offentlig finansieret sygehusydelse, og behandlingen vil, i tillæg til nærværende vejledning, være omfattet af reglerne om kosmetisk behandling<sup>viii</sup>.

For personer, der ved fødslen fik tildelt kvindeligt køn, gælder ikke faste krav til forudgående hormonbehandling, men ~~dadet kan i udvalgte tilfælde være hensigtsmæssigt at afvente effekt af hormonbehandling og evt. styrketræning på bryststørrelsen før tilbud om fjernelse af bryster (bilateral mastektomi), og i betragtning af, at~~ der er tale om irreversible forandringer ved fjernelse af bryster bør der generelt udvises tilbageholdenhed ved nyopstået kønsligt ubehag.

Kønsmodificerende kirurgi på bryst og brystkasse er i regionalt regi omfattet af Sundhedsstyrelsen gældende specialeplan, således at ~~udredning og~~ vurdering som beskrevet skal foretages på de specialafdelinger, der er godkendt hertil, mens selve indgrebet ~~efter vurdering og indstilling fra MDT~~ som udgangspunkt kan varetages på hovedfunktionsniveau. På privatklinik m.v. kan behandling af voksne varetages, jfr. også afsnit 4, under hensyn til autorisationslovens bestemmelser om omhu og ~~samvittighedsfuldhed~~ ~~samvittighedsfuld, som præciseret i nærværende vejledning vedr. kompetencer, tværfagligt samarbejde, helhedsorienteret vurdering af indikationer og kontraindikationer m.v.~~

## 8.2. Kønsmodificerende kirurgi på kønsorganer

Ved kvindeligt fødselstildelt køn omfatter kønsmodificerende kirurgi på kønsorganer fjernelse af livmoder, æggeleder og æggestokke (hysterektomi og salpingo-ooforektomi), fjernelse eller tillukning af skeden (vaginektomi eller kolpoplekse) samt forlængelse af urinrør (urethroplastik) og tildannelse af lem (fallopplastik eller metoidoplastik).

Ved mandligt fødselstildelt køn omfatter kirurgi på kønsorganer indgreb med fjernelse af testikler (orkiektomi), penisamputation (penektomi), samt tildannelse af skede, klitoris og køns-læber (vaginoplastik, kliteroplastik og labiaplastik).

Indgrebene kan i varierende omfang foretages i ét trin eller i serie. Ofte suppleres indgrebene af permanent hårfjerning på ydre kønsorganer ved laserepilering, elektrolyse m.v.

Kønsmodificerende kirurgisk behandling på kønsorganer varetages af teamets speciallæge i plastikkirurgi, med inddragelse af speciallæge i gynækologi og obstetrik samt øvrige relevante speciallæger ~~og efter drøftelse og indstilling fra teamets MDT-konference.~~ Speciallægen skal sikre følgende:

- At der, hvis relevant, foreligger tilladelse til kastration jfr. afsnit 13.
- At der er tale om kønsligt ubehag med ønske om kønsmodificerende kirurgi på kønsorganer.

**Commented [LTP27]:** Den oprindelige formulering vil de facto betyde mindst 2 år. Det bør være speciallægen i samråd med transkvinden, som fastsætter tidspunktet.

**Commented [LTP28]:** I Sverige tilbydes transkvinder brystaugmentation som et led i deres feminiserende behandling. Kønsudtryk udgøres af en lang række elementer, f.eks. ansigtsform, hår, skulder bredde, hoftebrede og bryster. For de fleste transkvinder vil der være faktorer som ikke virker feminine. Anvendelse af brystproteser giver feminint udtryk, men afskærer samtidig transkvinder fra aktiviteter som f.eks. en tur på stranden eller i svømmehallen.

**Commented [LTP29]:** Det bør være speciallægen i samråd med transmanden, som fastsætter tidspunktet.

**Commented [LTP30]:** Udredning, se tidligere kommentar.

**Commented [LTP31]:** MDT, se tidligere kommentar.

**Commented [LTP32]:** ???

**Commented [LTP33]:** MDT, se tidligere kommentar.

**Commented [LTP34]:** Psykosociale forhold, se tidligere kommentar.

- At psykosociale forhold er afklaret, herunder forhold vedr. seksualitet samt psykosociale konsekvenser af potentielt irreversible forandringer
- At varighed og **karakterengræd** af **det kønslige kønsligt** ubehag samt resultaterne af tidligere kønsmodificerende behandling er vurderet i tilstrækkeligt omfang, og kan begrunde det kirurgiske indgreb.
- At kontraindikationer og risikofaktorer er afklarede, herunder, at somatiske eller psykiske lidelser er afdækket og behandlet i relevant omfang At den pågældende er velinformeret om forventede positive effekter samt om mulige skadevirkninger ved behandlingen herunder irreversible ændringer af forplantningsevnen, forandret seksualfunktion, risiko for utilfredsstillende funktionelt og kosmetisk resultat, risiko for varige gener fra urinveje m.v.
- At forventede forandringer er visualiseret med understregning af at forandringerne er irreversible

Før fjernelse af livmoder, æggeleder, æggestokke eller testikler bør der være gennemført minimum 12 måneders sammenhængende kønsmodificerende hormonbehandling, med mindre denne er kontraindiceret.

Før fjernelse eller tillukning af skeden (vaginektomi eller kolpoplekse) samt forlængelse af urinrør (uretroplastik) og tildannelse af **penis** (falloplastik eller metoidoplastik), eller før **penisamputation** (**penis-amputation** (penektomi), samt tildannelse af skede, klitoris og kønslæber (vaginoplastik, kliteroplastik og labiaplastik) bør der foreligge en grundig vurdering af varighed og **karakterengræd** af **det kønslige kønsligt** ubehag. Henset til indgrebenes destruktive og irreversible natur, med risiko for utilfredsstillende funktionelt og kosmetisk resultat, bør der generelt være tale om et vedholdende kønsligt ubehag og ønske om kirurgi. **med afklaret kønsidentitet i minimum 12 sammenhængende måneder svarende til de køns karakteristika, der søges opnået med de ønskede kirurgiske indgreb. Det bemærkes i den forbindelse, at de beskrevne indgreb og den generelle faglige praksis på området er binærfsv. at der tilstræbes enten mandlige eller kvindelige køns karakteristika ved den rekonstruktive kirurgi.**

Kastration mhp. kønsskifte, dvs. fjernelse af æggestokke eller testikler, skal godkendes af Sundhedsstyrelsen<sup>viii</sup>, se også afsnit 13. Fjernelse af æggestokke eller testikler forud for, eller samtidigt med, anden kønsmodificerende kirurgi som beskrevet ovenfor, skal altid være fagligt velbegrunder. Omvendt er det ikke en forudsætning for fjernelse af testikler eller æggestokke, at personen ønsker yderligere kønsmodificerende kirurgisk behandling på kønsorganer. Såfremt den pågældende tidligere af medicinsk grund har fået fjernet æggestokke eller testikler kræves ikke Sundhedsstyrelsens tilladelse til øvrig kønsmodificerende kirurgisk behandling på kønsorganer. Fjernelse af livmoder, æggeleder, æggestokke eller testikler på medicinsk indikation, herunder ved forhold afledt af kønsmodificerende behandling som f.eks. celleforandringer af livmoderslimhinden som følge af testosteron-behandling, er ikke omfattet af reglerne om kastration som led i kønsskifte eller nærværende vejlednings faglige anvisninger.

## 9. Kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år

Den sundhedsfaglige rådgivning, **udredning** og behandling af kønsidentitetsforhold hos **personer** **per-soner** under 18 år kræver helt særlig ekspertise forankret i et fast multidisciplinært **teamsamarbejde** **teamsam-arbejde**, som omfatter **både speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri med særlige erfaring og kompetencer indenfor**

Commented [LTP35]: ???

Commented [LTP36]: Grad, se tidligere kommentar.

Commented [LTP37]: Der er mange forskellige grunde til ønske om nedre kirurgi. F.eks. En transmand kan ønske metoidoplastik med det formål at kunne lade vandet stående, men samtidig have et ønske om at bevare fertiliteten. Kravet om binær praksis er de facto et krav om tvangskastration.

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

~~kønsidentitetsforhold hos børn og unge, samt speciallæger i pædiatri, vækst og reproduktion med særlig erfaring og kompetencer indenfor kønsidentitetsforhold hos børn og unge samt fagpersoner der med afsæt i et udviklingsperspektiv har specialfaglig viden og erfaring i vurdering af børn og unges normaludvikling og psykosociale forhold i pædiatrisk-endokrinologi, vækst og reproduktion samt kønsidentitetsforhold.~~

**Commented [LTP38]:** Transkønnethed er ikke en psykiatrisk diagnose og derfor bør behandlerteamets sammensætning afspejle dette forhold. Det kan i særlige begrundede tilfælde være nødvendigt at tilknytte en psykiater til teamet.

Øvrige lægelige specialer og faggrupper kan i samråd med barnet/familien inddrages hvor relevant f.eks. psykologer, ~~speciallægerspeci-~~ allæger i gynækologi, gynækologer og obstetrik, psykiatri og -Speciallæge i plastikkirurgi med særlige erfaring og kom- ~~petencer indenfor kønsidentitetsforhold kan inddrages hvor relevant, f.eks. mhp.~~ information og planlægning af senere kønsmodificerende kirurgisk behandling.

**Commented [LTP39]:** Præcisering af inddragelse af barnet/familien i beslutninger om behandling. Derudover en konsekvensrettelse som følge af forrige rettelse samt sproglig forenkling. Ved behandling af børn og unge bliver det vigtigt at såvel barnet/den unge samt forældre har kendskab og tillid til behandlingsudførelse og behandlere. Derfor bliver oplevelsen af inddragelse vigtig ligesom den vil modvirke oplevelsen af stigmatisering.

Den sundhedsfaglige rådgivning, ~~udredning~~ og behandling af kønsidentitetsforhold hos børn og unge skal tage udgangspunkt i barnets/familiens formål med henvendelsen og tilrettelægger kræver et helt særligt/særlig fokus på barnets eller den unges ønske, vækst og udvikling samt familiemæssige/fami- liemæssige og sociale forhold m.v. Personer under 18 år med ønske om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold, samt deres familieforældre, skal have tilbud om rådgivende og støttende samtaler , indtil der eventuelt kan påbegyndes et udrednings-, observations- og behandlings- forløb. Det er væsentligt, at der sikres en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der løbende tilpasses barnet eller den unges ønske, alder og udvikling.

**Commented [LTP40]:** Idet der kan være forskel på hvad den henvendte ønsker hjælp til (nogle kommer for rådgivning og afklaring, andre oplever sig afklarede og kommer med formålet at få behandling med kønshormoner osv.) bør det præciseres at behandlingen tager udgangspunkt i barnets/familiens formål med henvendelsen og tilrettelægger behandlingen ud fra dette.

Forud for opstart af ~~kønsmodificerende~~ behandling med supprimerende hormonterapi (~~stophormonerstop- hormoner~~) og kønshormoner skal der gennemføres en lægefaglig vurdering/et udrednings- og observationsforløb.

Hvornår den unge kan indgå i et behandlingsforløb/udrednings- og observationsforløb må bero på en konkret vurdering ved speciallægen i MDT, og der kan således ikke fastsættes en nedre aldersgrænse.

**Commented [LTP41]:** Formålet med stophormoner er at bremse puberteten, give tid til refleksion og afklaring af eventuel tvivl om kønsidentitet. Behandlingen med stophormoner er reversibel hvorimod en udsættelse af behandlingen på grund af udrednings- og observationsforløb medfører irreversible skader.

Den forløbsansvarlige speciallæge har det overordnede ansvar for den løbende at informere/information af barnet eller den unge samt dennes forældre, og for, at der bliver indhentet samtykke til udred- ning og behandling. Sundhedspersonalet skal være særligt opmærksomt på Sundhedslovens skærpede regler om information og samtykke, herunder at personer, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling<sup>ix</sup>.

**Commented [LTP42]:** Præcisering af hvem der skal informeres, idet den oprindelige tekst kan tolkes som at det er teamet der skal informeres.

Den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre at det samlede rådgivningsudrednings- og behandlingsprogram er helhedsorienteret og sammenhængende, og at alle nødvendige dele udføres kompetent.

**Commented [LTP43]:** Enhver behandling indeholder en udredning. Da transkønnethed ikke er en psykiatrisk sygdom er der ikke behov for et psykiatrisk udredningsprogram. Der kan i særlige og begrundede tilfælde være behov for et individuelt tilpasset psykiatrisk udredningsforløb. "at alle nødvendige dele udføres kompetent" giver opfattelsen af at der er unødvendige dele i behandlingen som gerne må udføres inkompetent, derfor sletning☹.

Udredningsprogrammet skal tage udgangspunkt i et udviklingsperspektiv, og skal omfatte en grundig vurdering af barnet eller den unges udvikling, psykosociale situation og familieforhold, ligesom forhold vedr. seksualliv og forplantningsevne skal inddrages. Udredningsprogrammet skal også inddrage en grundig vurdering af, om der foreligger somatiske eller psykiske tilstande og lidelser, som kræver vurdering og behandling forud for kønsmodificerende behandling, eller kan kontraindicere denne.

**Commented [LTP44]:** Da transkønnethed ikke er en psykiatrisk sygdom er der ikke behov for et psykiatrisk udredningsprogram. Forhold som skal indgå er medtaget flere gange efterfølgende, blandt andet under punkttopstilling over hvad teamets speciallæge skal sikre i forbindelse med behandlingen.

Indholdet af behandlingsprogrammet/udredningsprogrammet tilrettelægges af den forløbsansvarlige speciallæge, under hensyntagen til etableret faglige praksis, nationale og internationale faglige retningslinjer m.v. Der foreligger endnu kun sparsomme erfaringer med kønsmodificerende behandling af børn og unge, hvorfor der stilles særligt skærpede krav til



# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

sundhedspersonalets omhu og samvittighedsfuldhed, herunder skærpede krav til information og samtykke. Da der er tale om nye behandlingsprincipper, skal der sikres relevant og systematisk erfaringsopsamling og kvalitetssikring under hensyntagen til gældende regler for forskning<sup>8</sup> og kvalitets- sikring<sup>9</sup>.

Den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre, at der løbende afholdes MDT-konferencer med deltagende af de involverede speciallæger og andet personale, og at der i tilslutning hertil løbende udarbejdes status over behandlingsforløbet<sup>10</sup>.

bende udarbejdes status over udrednings- og kønsmodificerende behandlingsforløbet. Forud for iværksættelse af behandlingstilbud skal der foreligge en aktuel status og drøftelse ved MDT.

Pauserende kønsmodificerende behandling hos børn og unge omfatter reversible behandlinger som suppresserende hormonterapi ('stophormoner' som f.eks. GnRH-analoger), potentielt irreversible behandlinger som maskuliniserende eller feminiserende kønshormoner, og irreversibel kirurgisk behandling. Før tilbud om kønsmodificerende behandling skal der være foretaget en grundig vurdering af psykosociale forhold, og evt. behandlingstilbud bør overvejes i et udviklingsmæssigt perspektiv. Behandlingstilbud skal overvejes trinvist, fra reversible til irreversible. Skiftet irreversible, og skiftet til næste behandlingstrin påbegyndes når barn og forældre (ifald barnet er under 15 år) ønsker det og trin forudsætter tilstrækkelig tid til at både den unge og forældrene har erkendt kan erkende de fulde effekter af behandlingen<sup>11</sup>.

Igangsættelse Både igangsættelse og vedligeholdelse af kønsmodificerende medicinsk behandling af personer under 18 år skal varetages af teamets speciallæge i pædiatri med særlig erfaring og kompetencer indenfor pædiatrisk endokrinologi, vækst og reproduktion. Efterfølgende vedligeholdende behandling kan udføres lokalt under ansvar af teamets speciallæge.

Ved behandling med ,herunder suppresserende hormonterapi (stophormoner) og behandling med kønshormoner skal speciallægen ved hvert nyt behandlingstilbud sikre:

- At der er tale om vedholdende og betydeligt kønsligt ubehag, som er fremkommet eller forværret ved pubertetens begyndelse, og ledsaget af ønske om suppresserende hormonterapi kønsmodificerende behandling
- At de psykosociale forhold er afklaret, herunder psykosociale konsekvenser af be- handlingen
- At kontraindikationer og risikofaktorer er afklarede, herunder at somatiske eller psykiske lidelser er afdækket og behandlet i relevant omfang
- At barnet eller den unge samt dennes forældre (værge) er grundigt informerede om, og har samtykket til behandlingen, herunder oplyst om forventede effekter og mulige skadevirkninger. Det bør særligt understreges, at der er tale om ny behandlingsprincipper behandlingsprin- cipper med begrænsede erfaringer
- At der også udenom det multidisciplinære team tilbydes rådgivning og støtte vedrørende behandlingen samt til den unges afklaring af kønsidentiteten kønsidentitet
- At der tilrettelægges et individuelt tilpasset opfølgningsprogram med henblik på løbende justering af behandlingen med vurdering af effekter og mulige skadevirkninger, herunder vurdering af højdevækst, knoglesundhed, relevante løbende billeddiagnostiske og parakliniske undersøgelser m.v.

**Commented [LTP45]:** En præcisering af at regler for forskning skal overholdes. Dermed også, at der ikke indhentes flere oplysninger om det enkelte barn end det er nødvendigt for behandlingen af den enkelte. Desuden, at hele behandlingsprogrammet bør være omfattet og derfor er ordet udredningsprogrammet ikke dækkende.

**Commented [LTP46]:** For at undgå unødvendig lange behandlingsforløb bør den ansvarlige læge kunne træffe beslutningen idet der løbende udarbejdes status og afholdes konferencer, hvor forhold af betydning allerede er drøftet. Erfaringer viser at beslutninger som skal træffes på konferencer ofte kan tage måneder, hvilket er en yderst belastende periode for barnet/den unge og familien.

**Commented [LTP47]:** Vejledningen sætter tid af til at børn og forældre kan erkende de fulde effekter af behandlingen. Vi finder det mere væsentligt at både børn/unge og forældrene har erkendt de fulde effekter af behandlingen end at der afsættes tid til at de kan erkende dem. Derfor ønsker vi en erkendelsesskærping samt fjernelse af tidsfaktoren, som med denne skærpelse bliver overflødig.

**Commented [LTP48]:** Hver gang barnet skal rejse længere for en behandling må skolen forsømmes. Dette er med til at fremhæve, at barnet er anderledes end klassekammeraterne og opleves derfor stigmatiserende. Samtidig må en forælder bruge af sine feriedage hvilket går ud over hele familien. Derfor skal rutinebehandling som for eksempel måling af højde, vægt og blodtryk, blodprøvetagning og injektion med stophormoner (GnRH-a) kunne foretages lokalt. Det skal bemærkes at disse rutinebehandlinger i forvejen foretages lokalt ved behandling af for tidlig pubertetsstart.

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

Ved behandling med kønshormoner skal speciallægen sikre:

- At der er tale om vedholdende og betydeligt kønsligt ubehag ledsaget af ønske om kønsmodificerende behandling
- At de psykosociale forhold er afklaret, herunder psykosociale konsekvenser af behandlingen
- At kontraindikationer og risikofaktorer er afklarede og behandlet i relevant omfang
- At barnet eller den unge samt dennes forældre (væрге) er grundigt informerede om, og har samtykket til behandlingen, herunder oplyst om forventede effekter og mulige skadevirkninger. Det bør særligt understreges, at der er tale om ny behandlingsprincipper med begrænsede erfaringer
- At der tilbydes rådgivning og støtte vedrørende behandlingen
- At der tilrettelægges et individuelt tilpasset opfølgningsprogram med henblik på løbende justering af behandlingen med vurdering af effekter og mulige skadevirkninger, herunder vurdering af højdedækst, knoglesundhed, relevante løbende billeddiagnostiske og parakliniske undersøgelser m.v.

Supprimerende hormonerterapi (stophormoner) kan som udgangspunkt tilbydes ved Tanner stadium 2 eller højere. Kønsmodificerende medicinsk behandling med maskuliniserende eller feminiserende kønshormoner kan tilbydes efter effekten af suppresserende hormonerterapi er vurderet, og forudsætter en aktuel og grundig faglig og individuel vurdering, under hensyntagen til den enkeltes ønske, situation og forhold.

I forlængelse af behandling med maskuliniserende kønshormoner kan der i helt særlige tilfælde, og efter drøftelse ved MDT-konference på baggrund af en aktuel vurdering og sammenfattende status, tilbydes henvisning henvisning til brystreducerende kirurgi til den unge med kvindeligt fødselstildelt køn. Øvrig kønsmodificerende kirurgi kan ikke tilbydes til unge under 18 år.

I forlængelse af behandling med feminiserende kønshormoner kan der på baggrund af en aktuel vurdering tilbydes henvisning til dermatologisk afdeling eller speciallægepraksis mhp. epilering ved laser elektrolyse m.v. i ansigtet.

## 10. Øvrige tilbud

Efter en individuel vurdering med drøftelse ved MDT-konference, kan der som led i den kønsmodificerende behandling i regionalt regi tilbydes øvrig behandling i relevant omfang, såfremt betingelser for kønsmodificerende behandling kirurgi i øvrigt er opfyldt. Ved personer, der ved fødslen fik tildelt mandligt køn, kan der ved utilstrækkelig effekt af audiologopædisk hjælp henvises til otorhino-laryngologisk specialafdeling til vurdering mhp. stemmebåndsplastik. Tilsvarende kan henvises til dermatologisk afdeling eller speciallægepraksis mhp. epilering ved laser, elektrolyse m.v. i ansigtet. Øvrige indgreb som ansigtskirurgi, strubehovedreduktion, fedtsugning m.v. kan kun helt undtagelsesvist tilbydes i regionalt regi, og kun ved betydelige funktionelle og psykologiske gener.

Teamets læger skal vejlede om mulighederne for at søge bopælskommunen om tilskud til paryk eller anden hovedbeklædning ved varigt hårtab som følge af kønsmodificerende behandling, og om audiologopædisk hjælp med henblik på modificering af stemme- og talefunktion.

## 11. Rettigheder

Kønsskifteoperation er undtaget fra reglerne om udvidet frit sygehusvalg<sup>xi</sup>, hvilket betyder at

**Commented [LTP49]:** Behandling hos børn og unge omfatter reversible behandlinger som suppresserende hormonerterapi ('stophormoner' som f.eks. GnRH-analoger), potentielt irreversible behandlinger som maskuliniserende eller feminiserende kønshormoner, og irreversibel kirurgisk behandling. Derfor bør kravene til behandlingsformerne differentieres og beskrives særskilt. Herudover bør de enkelte krav før behandlingsstart være proportionelle med risici ved behandlingen. Der bør derfor skelnes mellem hvilke krav der stilles inden opstart af henholdsvis reversibel og irreversibel behandling. Eftersom der desuden kan være forskel på i hvilken udstrækning de henvendte er oplyste og afklarede omkring kønsidentiteten, skal tilbud om rådgivning, støtte og afklaring tilbydes på baggrund af individuelt behov.

**Commented [LTP50]:** Præcisering af at den henvistes ønske om behandling medtages i den samlede vurdering.

**Commented [LTP51]:** Unge med kvindeligt fødselstildelt køn som har udviklet uønskede bryster anvender ofte binder til at skjule brysterne i forsøget på at mindske kropsligt ubehag ved at få brystkassen til at fremstå mere maskulint. En binder er en stram vest som presser brysterne flade. Den giver nedsat vejtrækningsfunktion som indebærer synlighed af brystudviklingen (eks. svømmehal, havbadning med kammerater, kropsnære aktiviteter mm). Manglende henvisning ved den unges ønske og behov for brystreducerende kirurgi har betydning i forhold til oplevelsen af kropsligt ubehag og vil tillige kunne få konsekvenser for den unge af såvel psykosocial som fysisk karakter. Derfor lempelse og procedureforenkling forud for henvisning til brystreducerende kirurgi.

**Commented [LTP52]:** Unge med kvindeligt fødselstildelt køn som har udviklet uønskede bryster anvender ofte binder til at skjule brysterne i forsøget på at mindske kropsligt ubehag ved at få brystkassen til at fremstå mere maskulint. En binder er en stram vest som presser brysterne flade. Den giver nedsat vejtrækningsfunktion som indebærer synlighed af brystudviklingen (eks. svømmehal, havbadning med kammerater, kropsnære aktiviteter mm). Manglende henvisning ved den unges ønske og behov for brystreducerende kirurgi har betydning i forhold til oplevelsen af kropsligt ubehag og vil tillige kunne få konsekvenser for den unge af såvel psykosocial som fysisk karakter. Derfor lempelse og procedureforenkling forud for henvisning til brystreducerende kirurgi.

Tilføjelse af mulighed for henvisning til fjernelse af uønsket hårvækst for unge med mandligt fødselstildelt køn idet hårvæksten kan være af et omfang og karakter der har betydning for oplevelsen af kropsligt ubehag og tillige kan være begrænsende for den unges omfang af deltagelse i socialinteraktioner og aktiviteter.

**Commented [LTP53]:** MDT, se tidligere kommentar.

**Commented [LTP54]:** Det virker voldsomt, at en transkvinde i kønshormonbehandling som ønsker hårfjerning skal vurderes mhp. På kirurgi.

**Commented [LTP55]:** LGBT Danmark ser ingen grund til en stramning i forhold til gældende vejledning.

**Commented [LTP56]:** Hårtab som medfører ønske om paryk sker som oftest før den kønsmodificerende behandling.



# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

en person, der er fuldt udredt og ~~som er~~ henvist til 'nedre' til 'øvre' eller 'nedre' kirurgi, som beskrevet i nærværende vejledning, ikke kan vælge at blive behandlet på et evt. aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke inden for 1 måned kan tilbyde kønsskifteoperation. I betragtning af at kønsligt ubehag kan være forbundet med en betydelig påvirkning af den enkeltes livssituation, og under hensyn til at personer, der venter på kønsskiftekirurgi kan have haft lange udrednings- og behandlingsforløb, skal 'nedre' bør 'øvre' og 'nedre' kirurgi ~~som udgangspunkt~~ tilbydes indenfor rimelige tidsfrister.

For ~~al udredning og for~~ al øvrig kønsmodificerende behandling som beskrevet i denne vejledning gælder de almindelige regler for frit og udvidet frit sygehusvalg, for ret til udredning hvis fagligt muligt indenfor 1 måned m.v.

Sundhedsfaglig virksomhed kan indklages til Styrelsen for Patientsikkerhed. Ved sundhedsfaglig virksomhed forstås ikke kun behandling og pleje, som udføres af sundhedspersonalet, men også forhold som information og indhentelse af samtykke, udfærdigelse af lægeerklæringer, journalføring, og overtrædelse af reglerne om tavshedspligt. Der kan kun klages over forhold, der ligger maksimalt fem år tilbage fra den dag, klagen indsendes digitalt til Styrelsen for Patientsikkerhed. Dog afkortes klagefristen til kun to år, hvis klager har haft kendskab til, eller burde have haft kendskab til, at der var sket en fejlbehandling.

Brud på patientrettigheder kan også indklages til Styrelsen for Patientsikkerhed, f.eks. hvis man mener, at sygehuset eller regionen har tilsidesat rettigheder vedr. f.eks. frit og udvidet frit sygehusvalg, udredningsret, oplysningspligt m.v.

Klager over regionens serviceniveau, for eksempel personalets opførsel, arbejdets tilrettelæggelse, lokaleforhold, mad og rengøring, skal rettes til regionens ledelse.

Ved skade i forbindelse med en behandling eller en undersøgelse kan der søges om erstatning ved Patienterstatningen.

## 12. Registrering

Generelt har sundhedsfagligt personale pligt til at dokumentere sundhedsfaglig virksomhed, og regioner, kommuner, privatpraktiserende sundhedspersoner og private klinikker m.v. har pligt til at indberette oplysninger om sundhedsfaglig virksomhed til de centrale myndigheder.

Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) udvikles og vedligeholdes af Sundhedsdatastyrelsen og bruges primært inden for sygehusvæsenet, bl.a. i forbindelse med registrering af sundhedsfaglige ydelse i de patientadministrative systemer og efterfølgende indberetning til Landspatientregistret (LPR).

I SKS indgår danske udgaver af internationale klassifikationer, f.eks. baseret på Verdenssundhedsorganisationen, WHO's ICD-10; og operationsklassifikationen, baseret på den nordiske NCSP. Siden 1. januar 2017 er koder i afsnit DF64 nedlagt i SKS.

Til registrering af kontakter vedr. kønsidentitetsforhold kan kontaktkoden ~~DZ768E1~~ (kontakt pga. transkønnethed) generelt anvendes ved kønsmodificerende udredning og behandling – både medicinsk og kirurgisk – hos voksne, som beskrevet i denne vejledning, mens ~~DZ768E2~~ ~~DZ768E3~~ (kontakt pga. kønsidentitetsforhold i barndommen) tilsvarende kan anvendes ved kønsmodificerende udredning og behandling hos personer under 18 år.

**Commented [LTP57]:** ???

Lange udredningsforløb henviser til personer der er påbegyndt et forløb under den gældende vejledning.

**Commented [LTP58]:** Opstramning af at der skal tilbydes behandling indenfor rimelig tid.

**Commented [LTP59]:** DZ768E2 Kontakt pga. kønsidentitetsforhold i barndommen  
DZ768E3 Kontakt pga. andre kønsidentitetsforhold

Ved kodning af behandling bør disse kontaktårsager suppleres med relevante behandlings- og ydelseskoder, som f.eks. BBHG0 (behandling med kvindeligt kønshormon), BBHG1 (behandling med mandligt kønshormon), BBHG32 (behandling med GnRH-analog), KLEE40 (konstruktion af vagina) m.v. Tilstande eller lidelser, der er bestående, eller som erkendes i forløbet, skal i relevant omfang kodes som bidiagnoser efter generelle principper for dokumentation.

### 13. Tilladelse til kastration

Efter gældende regler<sup>xii</sup> kan en ansøger få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf. Reglerne har specifikke krav til ansøgningens udformning samt krav til lægelig vejledning om indgrebs beskaffenhed og direkte følger og om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet. Det fremgår desuden af reglerne, at Sundhedsstyrelsen ikke må tillade kastration af personer under 18 år, ligesom der er særlige regler for vægemål hos voksne inhabile. Der henvises i øvrigt til lovbemærkninger ifm. ændringen af sundhedsloven i 2014<sup>xiii</sup>.

I det følgende præciseres regler fvs. Sundhedsstyrelsen sagsbehandling, idet det bemærkes at styrelsen fortolker lovens ord om 'stillet diagnosen transseksualitet' jfr. også lovbemærkninger ifm. ændring af sundhedsloven<sup>xiv</sup> som at den pågældende har en vedvarende tilstand af ubehag eller forpinthet som følge af uoverensstemmelse mellem sit fødselstildelte køn og sin kønsidentitet, fødselskøn og egen kønsidentitet, og at denne tilstand af kønsligt ubehag er vurderet og bekræftet af en speciallæge med særlige kompetencer som led i et tværfagligt udredningsprogram som anført i afsnit 4.

Ved kastration forstås et indgreb, hvorved kønskirtlerne (testikler eller æggestokke) fjernes, eller behandlinger, hvorved de varigt sættes ud af funktion. Kastration som led i kønsskifte forstås som indgreb hvor testikler eller æggestokke fjernes uden anden lægefaglig indikation end kønsligt ubehag med ønske om kønsmodificerende behandling.

Den person, som ønsker kastration som led i kønsskifte, skal sende en ansøgning til Sundhedsstyrelsen.

Ansøgningen skal være dateret, underskrevet og indeholde følgende oplysninger:

- Ansøgerens navn, bopælsadresse og CPR-nummer
- Hvilke kønskirtler der ønskes fjernet, hvor længe ønsket om kastration har bestået samt begrundelser for ønsket om kastration ud fra den enkeltes situation og kønsidentitetsforhold.
- Hvem der har varetaget hidtidig udredning og kønsmodificerende behandling
- Tilladelse til at Sundhedsstyrelsen kan indhente udtalelse fra speciallæger ved den MDT, hvor udredning og kønsmodificerende behandling er varetaget, samt - hvis relevant – tilladelse til at indhente udtalelse fra Retslægerådet

Sundhedsstyrelsen indhenter herefter en speciallægeerklæring fra den MDT, hvor ansøger har været i udredning og behandling. Såfremt ansøger ikke har været udredt eller behandlet i Danmark henviser Sundhedsstyrelsen ansøgeren til kønsidentitetsklinik ved offentligt sygehus nærmest ansøgers bopæl: Resultater af udenlandske udredningsforløb kan ud fra en konkret vurdering ved den forløbsansvarlige speciallæge i MDT erstatte hele eller dele af udredningen.

**Commented [LTP60]:** Fødselskøn, se tidligere kommentar. Tværfagligt udredningsprogram kan næppe tolkes anderledes end at psykiatrisk udredning er en forudsætning.

**Commented [LTP61]:** Udredning, se tidligere kommentar.

**Commented [LTP62]:** Udredning, se tidligere kommentar.

**Commented [LTP63]:** Udredning, se tidligere kommentar.

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

Hvis Sundhedsstyrelsen vurderer, at ansøgeren opfylder betingelserne, sender Sundhedsstyrelsen en tilladelse til kastration til ansøger, og meddeler samtidig tilladelsen til den kønsidentitetsklinik, som har udarbejdet erklæringen.

Hvis erklæringen giver Sundhedsstyrelsen anledning til tvivl om grundlaget for at give tilladelse kan styrelsen indhente en udtalelse fra Retslægerådet. Vurderer Sundhedsstyrelsen, at betingelserne ikke er opfyldt, partshøres ansøgeren inden styrelsen træffer endelig afgørelse.

Erklæringen skal være udfærdiget eller godkendt af den forløbsansvarlige speciallæge, og indeholde følgende:

- en redegørelse for det samlede udredningsforløb, herunder væsentlige forhold i sygehistorien og væsentlige resultater af undersøgelser og vurderinger
- en beskrivelse af den kønsmodificerende behandling, ansøger har modtaget, herunder type, varighed og resultat
- en vurdering af varighed og omfang af kønsligt ubehag -og ønske om kastration
- en beskrivelse af den lægelige vejledning, der er givet vedr. kastrationsindgrebets beskaffenhed og direkte følger og om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet.
- en vurdering af ansøgers habilitet, herunder om ansøger vurderes at kunne overskue konsekvenserne heraf
- øvrige sundhedsfaglige forhold, der vurderes relevante for Sundhedsstyrelsens behandling af ansøgningen

Erklæringen skal indeholde et resume og en samlet konklusion på udredningsforløbet, med angivelse af, tilkendegivelse om der er noget, der taler afgørende imod ansøgerens ønske om kastration som led i kønsskifte kan støttes.

Ved modtagelse af ansøgninger om tilladelse til kastration som led i kønsskifte vil Sundhedsstyrelsen senest 8 kalenderdage efter modtagelsen tilsende ansøger kvittering og evt. information om manglende formelle forhold ved ansøgning. Når der er modtaget en fyldestgørende ansøgning vil Sundhedsstyrelsen senest 8 kalenderdage efter modtagelsen indhente en erklæring fra den kønsidentitetsklinik, hvor ansøgeren har været i et udredningsforløb. Sædvanligvis skal klinikken fremsende erklæringen senest 30 kalenderdage fra modtagelsen af styrelsen henvendelse. Ved modtagelsen af fyldestgørende erklæring fra kønsidentitetsklinik vil Sundhedsstyrelsen fremsende tilladelse til kastration til ansøger senest 830 kalenderdage fra modtagelsen af erklæringen. Ved behov for indhentelse af udtalelse fra Retslægerådet vil styrelsens sagsbehandlingstid være stillet i bero indtil modtagelse af rådets udtalelse.

~~For at undgå unødigt lang ventetid på kastration og nedre kirurgi kan ansøgning om kastration indsendes til Sundhedsstyrelsen når der er gennemført 9 måneders sammenhængende kønsmodificerende hormonbehandling, idet evt. tilladelse i givet fald gøres betinget af endelig vurdering ved den forløbsansvarlige speciallæge af gennemført mindst 12 måneders sammenhængende behandling før kastration.~~

Sundhedsstyrelsen afgørelser efter Sundhedslovens § 115 kan indklages for Sundheds- og Ældreministeriet, som dog ikke kan tage stilling til Sundhedsstyrelsens faglige skøn.

**Commented [LTP64]:** Såfremt der måtte være forhold som taler imod ønsket skal disse klart fremgå.

**Commented [LTP65]:** Otte dage må være tilstrækkeligt til at læse erklæringen.

**Commented [LTP66]:** Indførelsen af et krav om 9 måneders sammenhængende kønshormonbehandling er en markant forringelse af de transkønnedes rettigheder.

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

## 14. Ordliste

Behandling	En sundhedsfaglig indsats, der sigter på at påvirke fysiske eller psykiske processer, tilstande og forhold i en bestemt retning.
Fødselstildelt køn	Det køn, der konstateres ved fødslen og dermed tildeles det nyfødte barn.
Indikation	En lægefaglig vurdering af behandlingsbehov og begrundelse for et konkret behandlingstilbud.
Juridisk kønsskifte	Ændring af kønsbetegnelse, personnummer og evt. fornavn i CPR – Det Centrale Personregister.
Kastration	Kirurgisk fjernelse af æggestokke eller testikler, eller anden varig reduktion af disses funktion.
Kontraindikation	Sundhedsfagligt forbehold ved behandling. Tilstand eller faktor, som øger risikoen ved at udføre en bestemt behandling. En absolut kontraindikation er en tilstand, som forbyder anvendelsen af behandlingen i det hele taget.
Kønsligt ubehag	En tilstand af ubehag som følge af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet
Kønshormoner	Steroidhormoner af typerne androgener, østrogener eller progesteron. Produces naturligt i kroppen af kønskirtlerne (æggestok eller testikler), samt i mindre omfang i binyrerne samt i fedt- og levervæv. Kan tilføres kroppen som syntetisk fremstillede lægemidler.
Kønsidentitet	Den enkelte persons indre og individuelle oplevelse af sit køn.
Kønsmodificerende behandling	Medicinsk eller kirurgisk behandling, der har til formål at ændre kønsudtrykket og understøtte den enkeltes <del>ønskede</del> kønsidentitet
Kønsskifteoperation	Kønsmodificerende kirurgisk behandling på kønsorganer
Kønsudtryk	Måden at udtrykke sit køn, f.eks. ved valg af tøj, frisure, makeup, aktiviteter, bevægelser, tale, social omgang m.v.
Kønsoverensstemmelse	Uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet ( <del>engelsk: gender incongruence</del> )

**Commented [LTP67]:** Personer med unisex navne behøver ikke fornavneskift og er almindeligt forekommende hos mange transkønnede da et fornavneskift til et unisexnavn ikke er betinget af en refleksion periode.

**Commented [LTP68]:** Ønskede kønsidentitet? Transkønnede som ønsker kønsmodificerende behandling gør det som følge af deres kønsidentitet.

**Commented [LTP69]:** Gender incongruence er en psykiatrisk diagnose. En sammenkædning med kønsuoverensstemmelse betyder de facto, at transkønnede som søger kønsmodificerende behandling er psykiatrisk syge.

Observation	En sundhedsfaglig indsats, hvor en spontan udvikling, eller effekt af iværksat behandling, overvåges og afventes
Informeret samtykke	En habil persons frivillige accept af tilbudt sundhedsfaglig indsats, på baggrund af information om denne fra den ansvarlige sundhedsperson
Stophormoner	Lægemidler, der hæmmer den enkeltes egen produktion af kønshormoner eller virkningen af disse. Kal-des også hormonblokkere, suppresserende hormonbehandling m.v. GnRH-analoger er én type syntetisk fremstillet stophormon.
Sundhedsfaglig hjælp	Rådgivning, støtte, udredning, observation, behandling, opfølgning, rehabilitering m.v., der ydes af sundhedspersoner og af sundhedsvæsenet
Sundhedsperson	En person med sundhedsfaglig uddannelse, der er autoriseret af de centrale myndigheder
Udredning	En sundhedsfaglig indsats, hvor den enkeltes forhold afdækkes systematisk, herunder både fysiske, psykiske og sociale forhold

## 15. Ophævelse

Denne vejledning ophæver Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 10353 af 19. december 2014 om udredning og behandling af transkønnede.

<sup>i</sup> Lovbekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven). Jfr. § 17.

<sup>ii</sup> Lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016. Bekendtgørelse af sundhedsloven. Jfr. § 214.

<sup>iii</sup> Jfr. Sundhedslovens § 207-209, se også: Vejledning nr. 9053 af 27. januar 2014 om udmøntning af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning.

<sup>iv</sup> Lov nr. 752 af 25. juni 2014. Lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister.

<sup>v</sup> Sundhedslovens kapitel V, jfr. bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. samt vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

<sup>vi</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning af 2. juli 1999 vedr. indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet.

<sup>vii</sup> Bekendtgørelse nr. 834 af 27. juni 2014. Bekendtgørelse om kosmetisk behandling.

<sup>viii</sup> Lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016. Bekendtgørelse af sundhedsloven. Jfr. § 115 stk. 1 og 3 samt § 116. Se også: Bekendtgørelse nr. 957 af 28. august 2014. Bekendtgørelse om sterilisation og kastration.

<sup>ix</sup> Lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016. Bekendtgørelse af sundhedsloven. Jfr. § 17.

<sup>x</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning af 2. juli 1999 vedr. indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet.

<sup>xi</sup> Lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016. Bekendtgørelse af sundhedsloven. Jfr. § 82b og § 87. Bekendtgørelse nr. 1207 af 22. september 2016. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. Jfr. § 21.

<sup>xii</sup> Lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016. Bekendtgørelse af sundhedsloven. Jfr. § 115 stk. 1 og 3 samt § 116. Se også: Bekendtgørelse nr. 957 af 28. august 2014. Bekendtgørelse om sterilisation og kastration.

<sup>xiii</sup> Jfr. L 189 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. (Kriterier for kastration og justeringer som følge af indførelse af juridisk kønsskifte m.v.). Folketingssamling 2013-14. Det fremgår heraf bl.a. at Sundhedsstyrelsen ved behandling af en ansøgning skal påse, at ansøgeren har diagnosen transseksualitet, hvilket indebærer ubehag eller utilstrækkelighed ved egne køns karakteristika. Samtidig vil Sundhedsstyrelsen påse, at ansøgerens ønske har været vedhol-

# LGBT Danmarks tekstnære kommentarer til høringsversion

dende gennem længere tid, at det vurderes at ville være vedvarende, og at ansøgeren kan overskue konsekvenserne. Endvidere vil det blive påset, at der ikke foreligger øvrige oplysninger, der taler imod indgrebet.

<sup>xiv</sup> Jfr. L 189 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. (Kriterier for kastration og justeringer som følge af indførelse af juridisk kønsskifte m.v.). Folketingssamling 2013-14. Det fremgår heraf bl.a. at Sundhedsstyrelsen ved behandling af en ansøgning skal påse, at ansøgeren har diagnosen transseksualitet, hvilket indebærer ubehag eller utilstrækkelighed ved egne køns karakteristika. Samtidig vil Sundhedsstyrelsen påse, at ansøgerens ønske har været vedholdende gennem længere tid, at det vurderes at ville være vedvarende, og at ansøgeren kan overskue konsekvenserne. Endvidere vil det blive påset, at der ikke foreligger øvrige oplysninger, der taler imod indgrebet.

**Fra:** Ankestyrelsen [<mailto:ast@ast.dk>]

**Sendt:** 31. juli 2017 09:46

**Til:** SST EnhedEUB

**Emne:** Høringssvar

Kære Christina Debes Helm

Vi har den 2. juni 2017 modtaget høring om udkast til vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling.

Ligebehandlingsnævnet har ikke nogen bemærkninger til udkastet.

Venlig hilsen

Anne Louise Bødker Petersen  
Specialkonsulent  
Arbejdsskade 2 og  
Sekretariatet for Ligebehandlingsnævnet



**Ankestyrelsen**

Postadresse: Ankestyrelsen, 7998 Statsservice

Mail: [ast@ast.dk](mailto:ast@ast.dk), Tlf.: 33 41 12 00

Hjemmeside: [www.ast.dk](http://www.ast.dk)

Åbningstid: 9.00-15.00 alle hverdage

---

*Fortrolige og personfølsomme oplysninger  
skal sendes til [sikkermail@ast.dk](mailto:sikkermail@ast.dk)*

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 herfor<sup>i</sup>.

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)<sup>ii</sup>.

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
<p>"At der er tale om kønsligt ubehag med ønske om kønsmodificerende medicinsk behandling."</p> <p>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.<sup>iii</sup></i></p>	<p>"En vurdering af, om patienten opfylder kriterierne for diagnosen transseksuel."</p> <p>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.<sup>iv</sup></i></p>	<p>Efter sundhedslovens § 115 kan der gives tilladelse til kastration herunder med henblik på kønsskifte, såfremt ansøgerens kønsdrift medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse.</p>

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 <sup>v</sup>), 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 højtspecialiseret 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).<sup>vi</sup>

**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.*<sup>vii</sup>) 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 området 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.<sup>viii</sup>

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<sup>ix</sup> 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<sup>x</sup> 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 <sup>xi</sup>.

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

---

<sup>i</sup> 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>

<sup>ii</sup> 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](http://www.wpath.org) ]

<sup>iii</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

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

<sup>v</sup> 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>

<sup>vi</sup> 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>

<sup>vii</sup> 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>

<sup>viii</sup> 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>

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

<sup>x</sup> *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+>

<sup>xi</sup> 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>

Til  
Sundhedsstyrelsen  
cc Sundheds- og ældreudvalg  
cc Sundheds- og ældreminister

København august 2017  
Lisa Andersen, Prof. emeritus

Vedlagte skitse til en moderne vejledning er fremsat som alternativ til den 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling' Sundhedsstyrelsen har sendt til høring i juli måned dette år.

Skitsen skal betragtes som et supplement til de kommentarer jeg tidligere fremsendte ultimo juli <sup>1</sup>. Desværre nåede jeg ikke at udarbejde denne skitse samtidigt med kommentarerne, hvorfor den herved eftersendes med håb om, at den kan vedlægges kommentarerne.

At skitsere en alternativ vejledning til en vejledning som allerede er sendt i høring, kan betragtes som galimatias al den stund, at den høringsfremsendte vejledning næppe ændres ret meget inden den offentliggøres. Når jeg alligevel gør det, er det for forhåbentlig at sætte et frø til spiring – for der er ingen tvivl om, at den psykiatriorienterede vejledning der nu foreslås af Sundhedsstyrelsen heller ikke holder længe. Den afløser en kun to år gammel vejledning, men er i sin substans identisk med den tidligere: opererer 'skjult' med psykiatriske diagnosebetegnelser (gender dysphoria) som forudsætning for behandlingen, som skal varetages af et 'multidisciplinært team' som bl.a. skal *"omfatte relevante kompetencer indenfor vurdering af psykosociale forhold, herunder psykologer og speciallæger i psykiatri"* (si. 5), hvorfor psykiateren er den selvfølgelig hovedansvarlige, selv om det ikke nævnes eksplicit.

For det første er den i konflikt med 'aftagerne', der ikke ønsker at blive omklamret af psykiatrien, hvor de i hvert tilfælde ikke hører hjemme, for det andet er den omkostningstung og ressourcekrævende i helt unødvendig grad – ikke alene for sundhedssystemet, men i lige så høj grad for brugeren af disse sundhedsydelser. For det tredje fordi den internationale udvikling indenfor behandling af transpersoner går i modsat retning: fra centraliseret og højt specialiserede behandlingsteams til en decentraliseret og en nedklassificeret behandlingsorganisation <sup>2</sup>. Dels på grund af den nærmest eksplosive stigning der er i forekomsten af transkønnede, som søger behandling i hele den vestlige verden, dels på grund af den hastige udvikling i behandlingstilgangen.

---

<sup>1</sup> Kan ses her: Lisa Andersen (København 2017/aug.). Kommentarer til: HØRINGSVERSION: VEJLEDNING OM SUNDHEDSFAGLIG HJÆLP VED KØNSIDENTITETSFORHOLD OG KØNSMODIFICERENDE BEHANDLING <http://www.ft.dk/samling/20161/almindel/SUU/bilag/429/1779342.pdf>.

<sup>2</sup> *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+>



Dette kan allerede udlæses af den gældende 'Standards of Care; v.7', som Sundhedsstyrelsen hævder at være inspireret af, som sidst blev revideret i 2011 – dvs. udarbejdet for 7-10 år siden. Version 8 er nu under udarbejdelse, hvor netop disse temaer også er til diskussion: *"As the world is rapidly changing, and the trans\*world in particular, adaptations and new recommendations are strongly needed on a regular basis. At this moment there are many issues and debates around a number of different topics such as: non-binary identities, criteria for surgeries, age of genital surgery for youth, ... elaboration of "informed consent".... These and perhaps other subjects need to be addressed and elaborated in the new version..... The discussion of a respectful, non-discriminatory and non-pathologizing language is also relevant for the SOC review process."*<sup>3</sup>

Den nedenstående skitse til en behandlingsvejledning forsøger derfor konsekvent at benytte sig af et ikke-diskriminerende og ikke-patologiserende sprog og begrebsapparat. Til bestemmelse af den undergruppe af transpersoner der søger hjælp til kønsmodificerende behandling anvendes det tunge '*kønsidentitets-inkongruens*' fremfor det patologiserende '*kønsligt ubehag*' (direkte oversat fra DSM5 diagnosen '*gender dysphoria*') eller kønsidentitetskonflikt, der tales om en udvikling fra '*divergens*' mod '*konvergens*' mellem det subjektive køn og kroppen, '*kønsskorrigerende*' behandling fremfor '*kønsmodificerende*' behandling, fordi der er tale om en korrektion af det kropslige køn og ikke en modifikation af kønnets som sådan. Videre tales om '*indikation*' for behandling fremfor '*diagnose*' og om '*klient*' fremfor '*patient*' (ordet '*patient*' kommer af latin '*patiens*' 'lidende').

Det er fuldt bevidst, at dette betegnes som en skitse i ordets egentlige betydning. Der er tale om et hurtigt udarbejdet forslag som, hvis det skulle gennemskrives til en egentlig vejledning, ville kræve flere detaljer og nuancer indarbejdet i teksten.

Men det er skrevet som et eksempel på, at man kan skrive om og behandle transpersoner på en anden måde end man er vant til fra psykiateres hånd, der ikke alene lægger en speciel faglighed ned over vejledningen, men også bevidst eller ubevidst indtænker en specifik behandlingskultur og tradition i skriveriet. Dette forklares ofte med ord som '*omhu*' og '*faglighed*', men er ofte udtryk for ønsket om at bevare det eksisterende. Med en let omskrivning af den italienske forfatter Lampedusa's ord, kunne man sige, "*vil man bevare alt som det er, må alt (begreber og sprogbrug) nødvendigvis ændres*". Institutioner har som bekendt en indbygget inertie og er sjældent omstillingsparate.

Med venlig hilsen

Lisa Andersen

---

<sup>3</sup> Dr. GrietDecuypere, Dr. LinFraser, Dr. EliColeman, Dr. Gail Knudson, Dr. Amets Suess Schwend, Dr. Walter Pierre Bouman, Prof. Joz Motmans, Mr. Adam Smiley: *Standards of care upcoming version 8 and EPATH Language Policy*. 2<sup>nd</sup> EPATH conference: Contemporary Trans Health in Europe: Focus on Challenges and Improvements. Belgrave April 2017.

## *Skitseret udkast til:*

# Vejledning om sundhedsfaglig hjælp til rådgivning og kønskorrigerende behandling ved kønsidentitetsinkongruens

## Indledning

Denne vejledning erstatter den seneste vejledning fra 2015, fordi kønsidentitetsinkongruens ikke længere betragtes som en psykiatrisk tilstand eller diagnose, i overensstemmelse med førende internationale eksperter og vejledninger desangående. Det er derfor nødvendigt med en ny vejledning til erstatning af den eksisterende psykiatriske udredningsmodel og tilgang til personer med et handicap bestående af en divergens eller inkongruens mellem kønsidentiteten og det, oftest 'modsatte', køn personen er blevet tildelt fra fødslen af. I lighed med andre fysiske handicap skal disse søges afhjulpet under iagttagelse af personens egne ønsker om behandling(er) ifølge princippet om informeret samtykke.

De fleste mennesker får bestemt det fysiske køn ved fødslen ud fra en enkel observation af de ydre køns karakteristika, og personens køn indskrives i personnummersystemet med en entydig kønsbestemmelse, hvilket understreges yderligere ved tildeling af et kønsspecifikt navn. I langt de fleste tilfælde vil personen vokse op og opleve en naturlig sammenhæng mellem sit køn og sin krop. Den psykosociale socialiseringsproces underbygger desuden denne sammenhæng, således at personen selv og andre oplever en kongruens eller konvergens mellem personens kønsidentitet og det fysiologiske køn.

Men i sjældnere tilfælde sker det, at personen i løbet af barndommen eller senere, oplever at deres fysiske køn ikke svarer til den kønsidentitet de har, og denne divergens mellem kønnet og den fysiske fremtoning fører naturligt til et ønske om at rette op på dette, med henblik på at opnå en konvergens mellem psyke og krop ved at bringe fremtoningen i overensstemmelse med kønnet. Kønsidentiteten er konstant kunne man sige, mens den legemlige fremtoning ønskes bragt i overensstemmelse med kønsidentiteten.

Tilstanden er altså ikke udtryk for en 'kønsidentitetskonflikt' som man tidligere antog og brugte som kategorisering af tilstanden i en psykiatrisk terminologi, fordi man betragtede tilstanden som en *identitetskonflikt* hos personen – baseret på en á priori antagelse om, at kønnet primært er kromosomalt bestemt. Nyere viden peger i stedet på, at kønsidentiteten, som del af personligheden, er langt mere influeret af kønshormonerne og således har forrang frem for en ren fysiologisk

betragtning og bestemmelse af kønnet. Tidligere betragtninger om, at 'man kan ikke skifte køn' baseret på en kromosomal betragtning, må således betragtes som forældet. Eller snarere, at kønnet er en del af personens personlighedskerne, og er som sådan konstant og kun delvist bestemt af kromosomfordelingen og den psykosociale opvækst. Tilstanden er heller ikke i sig selv forbundet med dysfori eller ubehag ('transgender dysphoria' er diagnosebetegnelsen i DSM5, den amerikanske diagnoseliste over psykiske lidelser). Men at personen hjælpes til at behandle divergensen – en behandling hvor tilførelsen af kønshormoner er helt central til understøttelse af det subjektive køn, vil betyde en øget livskvalitet for den enkelte.

Men i mange tilfælde kan personen være psykisk belastet af denne tilstand. Social fordømmelse og manglende forståelse forekommer ofte også i dag, ligesom den lægefaglige behandling også tidligere som nævnt, har taget udgangspunkt i, at personen er psykisk syg og at kønsmodificerende behandling, der er blevet anset som irreversibel og risikofyldt, så vidt muligt burde udelades. Mange har som følge af disse forhold oplevet, at deres situation har været stigmatiseret, vanskelig og problemfyldt, hvilket i sig selv kan føre til psykisk ubalance og belastningsreaktioner. Nyere forskning viser til gengæld, at den større forekomst af psykiske problemer, herunder selvmord og selvmordsforsøg, man har konstateret blandt denne gruppe personer, i betydelig grad afhjælpes ved behandling med hormoner og kønskorigerende operationer.

I modsætning til tidligere, hvor behandlingen var meget langvarig og bestående af lange og dybtgående udredningsforløb, psykologiske test, inddragelse af pårørende og pålagte såkaldte refleksionsperioder inden den egentlige behandling kunne sættes i gang, tager behandlingen nu afsæt i det forhold, at personen er selvberørende og –bestemmende og således kan træffe kvalificerede beslutninger vedrørende sit eget liv under vejledning i lighed med andre sundhedsfaglige behandlinger.

## Behandlings- og vejledningsformer

Kønsdivergens er som nævnt udtryk for, at personens legemlige udtryk ikke svarer til den kønsidentitet personen har, eksempelvis kan en person som ved fødslen er blevet identificeret og erklæret for en dreng på grundlag af de ydre kønskaraktistika, senere, efterhånden som personligheden dannes, opleve at 'han' ikke identificerer sig med den sociale kønsrolle som han identificeres ved.

For nogle sker dette tidligt i barndommen og puberteten, men i andre tilfælde sker det senere. I alle tilfælde vil personen dog på et tidspunkt nå frem til en mere afklaret indsigt og forståelse af sin situation og vil, med de øgede behandlingsmuligheder der er med kønshormoner og kønskorigerende operationer, opsøge sundhedsvæsenet med henblik på at opnå en så stor som mulig kongruens mellem psyke og krop.

Behandlings- og vejledningsformer må tage afsæt i hvor personen befinder sig på denne udviklingslinje, og med udgangspunkt i personens ønsker igangsætte vejledning og behandling på dette grundlag. De tre hovedformer for behandling omfatter:

a) aldersbetinget rådgivning og vejledning, eventuel psykologisk behandling i sværere tilfælde, hvor personen oplever manifesterede konflikter personligt og i forhold til omverdenen,

b) kønskorigerende hormonbehandling og

c) kønskorigerende kirurgiske behandlinger. Behandlingstilbud skal selv sagt tilpasses den enkeltes situation og ønsker og kan derfor bestå af en eller flere af de nævnte former, dog vil behandling med kønshormoner gå forud for kirurgiske behandlinger.

## Behandlingsindikation

Behandlingen kan igangsætte på grundlag af, at personen giver udtryk for sin kønsidentitet, set i forhold til det ved fødslen tildelte køn, på en sådan måde, at det må betragtes som et validt udtryk for et vedvarende ønske om at konvergere psyke og krop.

Ingen undersøgelser eller test kan afgøre dette, hvorfor personens udsagn herom i normale tilfælde er den indikation der forudsætter behandlingens igangsættelse.

Der er som udgangspunkt ikke grundlag for at gøre behandlingen betinget af, at personen føler ubehag eller nedtrykthed i forhold til behandlingsønsket. Personer der er afklarede omkring deres situation vil således ofte ikke opleve negative følelser eller ubehag i forbindelse med tilstanden og behandlingsønsket.

Er personen usikker eller uafklaret, kan behandlingen starte med vejledning og rådgivning med henblik på at afklare behandlingsbehovet, og eventuelle samtidige psykiske problemer kan vurderes og eventuelt behandles.

## Behandling af voksne

### Behandlingens igangsættelse

Når en person henvender sig med et ønske om vejledning og/eller behandling for kønsidentitetsinkongruens, vil en indledende 'visitationssamtale', i overensstemmelse med personens ønsker og behov, enten munde ud i at personen ønsker at modtage mere vejledning og rådgivning, eller for den afklarede persons vedkommende, i et forløb der direkte fører frem til behandling med kønshormoner. En opfølgende samtale vil derfor grundlæggende informere personen, således at denne er i stand til, på grundlag af informeret samtykke, at godkende en behandlingsplan for det næste år med kønshormoner. I løbet af denne periode mødes personen 2-3 gang med sin behandler, bl.a. med henblik på at beslutte om behandlingen skal a) afsluttes eller

at yderligere rådgivning og psykologisk støtte er nødvendig, b) at behandlingen fortsættes alene med behandling med hormoner eller c) om behandlingen skal fortsætte med øvre/nedre operationer.

## Rådgivning, vejledning og psykisk behandling

Det er vigtigt at især vejledning- og rådgivning holdes adskilt fra den egentlig kønsmodificerende behandling, for at undgå at personen oplever, at denne form for behandling er en forudsætning for den kønsmodificerende behandling. Det er velkendt, at psykologisk rådgivning, som i sagens natur er betinget af et gensidigt tillidsforhold, ikke hensigtsmæssigt kan kædes sammen med evalueringer og eventuelle begrænsninger for den videre behandling. Derfor bør vejledning og rådgivning holdes klart adskilt fra overvejelser vedrørende indikationer for eller imod kønskorrigerende behandling - og eventuelle personvurderinger fra psykologen, må kun med klientens tilsagn indgå i afgørelser vedrørende evt. uklarheder omkring behandlingsindikationen.

Denne del af behandlingen kan derfor med fordel varetages eksternt af autoriserede psykologer med specielinteresse og kompetence i behandling af mennesker med kønsidentitetsinkongruens.

## Behandling med hormoner

Behandling med kønshormoner er den primære og mest effektive behandling af kønsidentitetsinkongruens. Da behandlingen rummer få risici og samtidig i det store og hele er reversibel indenfor det første år, kan behandlingen igangsættes umiddelbart. Personen vil i løbet af det første år opleve en række positive forbedringer psykisk såvel som legemligt, ligesom det bliver lettere at leve til dagligt som tilhørende det 'rette køn'.

(Her kan indsættes oversigts tabeller fra fx Standards of Care med anvisninger på kønshormonernes effekt og tidsforløb for hvornår disse indtræder. Tilsvarende med tabeller der angiver de forskellige behandlingskombinationer af kønshormonerne.)

Samtidigt kan det første år med hormoner bruges til afklarings- og refleksionsperiode. Nogle få vil opleve, at det de efterspurgte ikke blev realiseret og vil stoppe videre behandling, evt. erstattet med videre psykologisk rådgivning til støtte og afklaring af personens problemer. Flertallet vil trives med udviklingen og kan bruge det første år til at afklare om, og i givet fald hvilke, kønskorrigerende operationer og indgreb der yderligere ønskes under vejledning og i samråd med behandleren.

## Kønskorrigerende kirurgisk behandling

Behandlingen igangsættes normalt efter at personen i et år har været behandlet med kønshormoner. På grundlag af grundig information om behandlingsmuligheder og deres konsekvenser træffes på grundlag af informeret samtykke beslutning om det videre forløb. Behandlingen varetages her af et tværfagligt team med ekspertise indenfor de relevante områder.

## Sundhedspersonalets kvalifikationer

Hovedparten af den behandling der skal foretages kan varetages på alment- til specialiseret niveau, undtaget herfra er alene nedre kirurgi.

Efter Sundhedsstyrelsens anvisninger udarbejdes skriftligt vejledningsmateriale specielt rettet til det sundhedspersonale der varetager behandlingen af personer med kønsinkongruens ligesom regionerne opretter kortere suppleringskurser (1-2 dage) til sundhedspersonale der ønsker at arbejde indenfor dette område.

Behandlingstilbud, bortset fra nedre kirurgi, kan følgelig bredes ud til flere sygehuse og speciallæger (endokrinologer og gynækologer). Den indledende samtale, her benævnt visitationssamtalen, kan gennemføres hos personens egen læge såfremt denne har modtaget nævnte suppleringskursus, i modsat fald kan henvises til speciallæger eller hospitalsafdelinger, der er oprettet til at modtage personer der ønsker kønskorrigerende behandling eller vejledning om kønsidentitetsforhold. Behandlerne vil være læger eller psykologer der har deltaget i nævnte suppleringskursus.

Vejledningen fortsætter med afsnit om behandling af børn og unge....  
OSV. OSV....

**NOTAT**Til: **Sundhedsstyrelsen****Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000  
**Direkte** 3866 6015  
**Mail** csu@regionh.dkJournal nr.: 12011213  
Ref.: hasura

Dato: 31. juli 2017

**Høringssvar til ny vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling**

Nedenstående høringssvar er fra det team i Sexologisk Klinik, der varetager behandlingsopgaver i forhold til voksne, der henvises med behov for sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling, samt det team der varetager behandlingsopgaver i forhold til børn og unge, der henvises for samme.

Vejledningen er tillige drøftet i hele det multidisciplinære team (alle seks involverede specialer i det nuværende tilbud til patientgrupperne).

Grundet planer om omstrukturering af området er alle specialer også blevet bedt om egne redegørelser, som det multidisciplinære team er enige i, selvom de ikke er afgivet samlet.

Derfor følger også kommentarer til vejledningen fra Gynækologisk Klinik, Klinik og plastikkirurgi og brandsårsbehandling og Klinik for vækst og reproduktion fra Rigshospitalet.

Samtidig med høringsrunden er iværksat undersøgelse af mulighed for anden organisering af området, hvilket muligvis påvirker høringssvaret.

**Generelle kommentarer:**

Afsnittet om Respekt og inddragelse (kontra stigmatisering) er fint beskrevet, men det gentages i mange andre afsnit. Det foreslås derfor at undlade afsnittet, da det kan give indtryk af, at der ikke altid udredes og behandles med respekt.

Om hele afsnittet om børn/unge (afsnit 9), er der tidligere orienteret fra Sundhedsstyrelsen om, at denne del af vejledningen først skulle revideres på et senere tidspunkt og efter en evaluering af nuværende tilbud. Udredning og behandling af børn og unge har, i dets nuværende form, kun eksisteret i godt et år og det skønnes derfor præmaturot at lave større ændringer.

Om afsnittet om indikation/kontraindikation (afsnit 7) er beskrivelsen af relative kontraindikationer i forhold til psykiatrisk lidelse beskrevet for overordnet og bør beskrives mere detaljeret. Region Hovedstadens Psykiatri giver gerne input til dette.

Det er positivt, at behov for uddannelse, efteruddannelse, vidensdeling nationalt og internationalt er nævnt. Behovet for forskning og kvalitetssikring af området er også nævnt om end mere kortfattet og uden økonomisk sikring heraf.

I afsnittet om børn og unge, såvel som i afsnit om voksne, er ikke nævnt den nytilkomne sundhedsfaglige gruppe; specialpsykologer. Disse foreslås nævnt i relevante afsnit, når andre grupper listes op.

### **Tekstnære kommentarer**

Afsnit 3.1: Sætningen begyndende med *"Personalet bør opleves...praktisk støtte, når det er relevant"*. Det er usikkert, hvad der menes hermed, og generelt har psykiatrien kun begrænset mulighed for social/praktisk støtte, som hører under kommunerne.

Afsnit 5: Der synes at være diskrepans mellem, at området er højt specialiseret, og at der kræves særlig viden herom, og så at det ikke nødvendigvis er en speciallæge, som afklarer behov for grundig udredning.

Afsnit 9: Speciallæge i psykiatri er ikke med i afsnit 9 omkring børn. Der er kun nævnt Børne – og ungepsykiatere. Det foreslås, at speciallæger i psykiatri kommer med under øvrige lægelige specialer som læger/psykiatere med særlig kompetence indenfor området.

Afsnit 4 på side 7 foreslås gentaget under den del, der gælder for børn og unge, da det skønnes særligt relevant for denne patientgruppe, at der generelt bør udvises forsigtighed og anbefales tid til refleksion, hvis den pågældende netop er begyndt at udforske sin kønsidentitet, eller hvis det kønslige ubehag er nyopstået, episodisk eller kun i mindre grad påvirker den enkeltes samlede livssituation.

Afsnit 9: s.12. Fjernelse af aldersgrænser uden forudgående evaluering af nuværende tilbud skønnes præmaturlt. Vi skønner, at det er vigtigt at få præciseret hvilke "mål", der i så fald skal anvendes. Ved stophormon er Tanner stadium 2 formentlig brugbart, mens der ikke er sikre mål omkring krydshormoner.

### ***Fra Afsnit fra Vækst og reproduktion ved professor, overlæge Katharina Main***

*Vejledning tilgodeser behov for individualiseret tilgang til den enkelte patient og lægens opgave i forhold til at tilbyde behandling ud fra en lægelig indikation. Dette giver mere rummelighed i forhold til den enkelte patient, men også en betydelig øget udfordring i forhold til at definere kriterier for tidspunkt og type af behandling samt for begrebet 'informeret samtykke' af børn og unge. En del patienter vil kunne have en så ung alder, at den nødvendige information, som skal gives, vil være svært at forstå.*



*Kommentarer, tilføjelser og rettelser:*

*Side 4 pkt. 4.1.: Den forløbsansvarlige speciallæge bør for børn og unge være en speciallæge i børnepsykiatri, da dette speciale har ekspertisen til at vurdere om der er tale om transkønnethed og om der foreligger psykiske, sociale, kognitive eller psykiatriske udfordringer som sideløbende skal adresseres, samt ekspertise til at give støttende og vejledende samtaler i forløbet. Derfor forslås det, at det er den samme forløbsansvarlige speciallæge som menes i pkt. 9 side 12 paragraf 3.*

*Side 5 pkt. 5: Det bør specificeres, at der her er tale om voksne. Vi anser omfattende udredning af børn og unge som relevant.*

*Side 6 pkt. 7.1: det er uklart hvordan "graden af kønsligt ubehag" defineres og hvad forstås ved begrebet.*

*Side 11 afsnit 7: Afsnit om seksualliv og forplantningsevne som kraftigt anbefales at inddrage. Dette afsnit giver den største udfordring i forhold til at sløjfe aldersgrænser specielt for krydshormon. Såfremt stophormon startes som meget ung (8-10 år) på grund af pubertetsstart og kønshormonbehandling meget tidligere end nu (f.eks. 12-13 år) har patienten ikke nødvendigvis oplevet /taget stilling til disse emner. Der vil heller ikke kunne tilbydes fertilitetsbevarende behandlinger, hverken ovarie kryopræserveration er muligt ved 8-10 års alderen eller sæddeponering hvis puberteten bremses med det samme. Det bliver således mest forældre, som beslutter behandling fremfor personen selv og her er der således en konflikt med 'informeret samtykke'.*

*Side 13 afsnit 11, paragraf 2: "udredning indenfor 1 måned" foreslås ændret til "påbegyndt udredning indenfor 1 mdr.", da denne hos børn og unge fagligt tager længere end dette ud fra det princip, at der her skal gives 'tid til refleksion'.*

*En stor procentdel af unge har autisme spektrum disorders eller andre udfordringer og kan ikke gennemgå et accelereret forløb. Også her må tempo individuelt tilpasses udviklingsstadiet.*

*Side 14 pkt. 12 paragraf 4 (koder): Koden til børn og unge < 18 år forslås som DZ768E2 i stedet for DZ768E3.*

*Som behandlingskode for GnRH analog foreslås BBHF5, i stedet for BBHG32*

### ***Fra Gynækologisk afdeling ved overlæge Malene Hilden***

#### ***Vedr. voksenafsnittene:***

*Diagnosen "kønsligt ubehag" – Der er ønske om at det specificeres, at denne diagnose stilles af psykiater/psykolog, idet differentialdiagnoser til dette vil være psykiatriske.*

*Fertilitetsbevarende tilbud er udeladt af den nye vejledning. Hvordan stiller Sundhedsstyrelsen sig i forhold til dette? Praksis i dag er at bio-mænd tilbydes sæddeponering. Men der er intet tilbud til bio-kvinder.*

Specifikke kommentarer:

Side 4 nederst: I forhold til "en af speciallægerne i det Multidisciplinære Team skal have det overordnede ansvar for udrednings-og behandlingsforløb" bør det sikres, at der løbende afholdes Multidisciplinært Team-konference, for at sikre at" der løbende udarbejdes status over uderednings-og behandlingsforløb".

Tidligere har det været speciallæger fra psykiatrien der har haft det overordnede ansvar for udredning og behandling, samt forløbskoordinering mellem de involverede specialer. Hvis dette ansvar skal placeres andre steder, vil det betyde behov for flere ressourcer i den pågældende afd. (fx Gynækologisk Klinik). Desuden forventes der hyppigere Multidisciplinære Team konference end nuværende x 1/måned. Det betyder også, at der skal tildeles mere tid/ressourcer til at varetage denne gruppe patienter.

Side 9, 2. afsnit: Vedr. øvre kirurgi på bio-kvinder: "... gælder ikke faste krav til forudgående hormonbehandling". Det bør afklares, om Sundhedsstyrelsen mener, at der kan foretages mastektomi som eneste kønskorrigerende behandling, uden ønske om HT?

Side 10, 2., 3. og 4. afsnit: Her anvendes ordet "bør" flere steder og ikke "skal", dvs. at der kan være usikkerhed om hvordan vejledningen skal tolkes. Hvad er baggrunden for ikke at bruge "skal"?

Fx før fjernelse af livmoder, æggeleder, "**bør** der være gennemført minimum 12 mdrs. behandling, medmindre denne er kontraindiceret."

Mener Sundhedsstyrelsen, at disse kirurgiske indgreb kan foretages, også selvom der ikke er ønske om HT?

Omvendt står der nederst i afsnit 3, at praksis på området er binær. Hvilket er i modsætningsforhold til sætning i afsnit 4, hvor det angives, at "det ikke er en forudsætning for fjernelse af testikler eller æggestokke at der foretages yderligere kønsmodificerende kirurgi".

Ønsker Sundhedsstyrelsen, at der kan foretages fx udelukkende hysterektomi på indikationen kønsligt ubehag, eller fx udelukkende fjernelse af penis? Uden HT og dermed opnåelse af enten mandlige eller kvindelige sekundære kønskarakteristika?

Foretages der fjernelse af ovarier/testikler uden HT vil det have alvorlige helbreds-mæssige konsekvenser. Mener Sundhedsstyrelsen, at dette kan accepteres?

Der ønskes specificeret, at den medicinske behandling skal være opstartet/varetaget/kontrolleret af det Multidisciplinære Team før kirurgisk behandling i teamet kan tilbydes.

### **Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet**

Diagnosen ”kønsligt ubehag” – ønske om at det specificeres at denne diagnose stilles af psykiater/psykolog, idet differentialdiagnoser til dette vil være psykiatriske. Man bemærker at fertilitetsbevarende tilbud er udeladt af den nye vejledning. Hvordan stiller SST sig i forhold til dette. Praksis i dag er at bio-mænd tilbydes sæd-deponering. Intet tilbud til bio-kvinder.

Specifikke kommentarer:

Side 4 nederst: ”en af speciallægerne i MDT skal have det overordnede ansvar for udrednings-og behandlingsforløb..skal sikre at der løbende afholdes MDT-konf...sikre at der løbende udarbejdes status over udrednings-og behandlingsforløb”

Tidligere har det været speciallæger fra psykiatrien der har haft det overordnede ansvar for udredning og behandling, samt forløbskoordinering mellem de involverede specialer. Hvis dette ansvar skal placeres andre steder vil det betyde behov for flere ressourcer i den pågældende afd (fx Gynækologisk Klinik). Desuden forventes der hyppigere MDT-konf end det nuværende x 1/måned, det betyder også at der skal tildeles mere tid/ressourcer til at varetage denne gruppe patienter.

Side 9, 2. afsnit: Vedr øvre kirurgi på bio-kvinder:”...gælder ikke faste krav til forudgående hormonbehandling” – vil det sige at SST mener der kan foretages mastektomi (som eneste kønskorrigerende behandling) uden ønske om HT?

Side 10, 2., 3. og 4. afsnit: Her anvendes ordet ”bør” flere steder og ikke ”skal”, dvs der kan være usikkerhed om hvordan vejledningen skal tolkes. Hvad er baggrunden for ikke at bruge ”skal”?

Fx før fjernelse af livmoder, æggeleder..bør der være gennemført min 12 mdrs.. beh, medmindre denne er kontraindiceret.” Mener SST at disse kirurgiske indgreb kan foretages også selvom der ikke er ønske om HT? Der står omvendt nederst i afsnit 3 at praksis på området er binær. Hvilket er i modsætningsforhold til sætning i afsnit 4 hvor det angives at det ikke er en forudsætning for fjernelse af testikler eller æggestokke at der foretages yderligere kønsmodificerende kirurgi?

Ønsker SST at der kan foretages fx udelukkende hysterektomi på indikationen kønsligt ubehag, eller fx udelukkende fjernelse af penis? Uden HT og dermed opnåelse af enten mandlige eller kvindelige sekundære køns karakteristika?

Foretages der fjernelse af ovarier/testikler uden HT vil det have alvorlige helbreds-mæssige konsekvenser. Mener SST at dette kan accepteres?

Der ønskes specificeret at den medicinske behandling skal være opstartet/varetaget/kontrolleret af MDT før kirurgisk behandling i teamet kan tilbydes.

### **Klinik for plastikkirurgi og brandsårsbehandling, Rigshospitalet**

Indledningsvis skal det påpeges, at det findes upassende at bruge de første 1½ side til at indskærpe overfor sundhedspersonale, der har med behandling af transpersoner at gøre, at de skal opføre sig ordentligt. Det virker groft provokerende.

Ved gennemlæsning af vejledningen peges på følgende problemstillinger:

Ved at vejledningen benytter sig af termen "tildelt køn" i stedet for det ved fødslen "konstaterede køn" åbner op for et skylds spørgsmål. Og med dette, risiko for sagsanlæg og klagesager. Ved fødslen observeres om der er en penis, og konstatere at der er tale om et drengebarn, og modsat, om der er en vagina, og dermed konstatere at der er tale om et pigebarn.

"Kønsligt ubehag" som i denne vejledning afløser begrebet kønsdysfori, er i vejledningen ikke defineret. Dette er et problem, idet "indikation" for behandling, både medicinsk og kirurgiske ifølge vejledningen skal stilles på baggrund af en vurdering af netop "kønsligt ubehag". En definition og en gradering af dette begreb "ubehag" vil derfor være væsentlig.

Sidst på side 2 forsøges at lave en snitflade overfor kosmetisk kirurgi, hvor det angives at ved kosmetisk kirurgi er "...hovedformålet er at forandre eller forbedre udseendet.". Ved kirurgi på indikation transkønnethed, er det netop det man gør. Det er ikke muligt at lave funktionsdygtige kønsorganer, men noget der ligner. Altså kosmetisk kirurgi.

Det kan vel være forbundet med problemer at Sundhedsstyrelsen i udkast til vejledning, kan indskrive "kort ventetid", når finansieringen og dermed prioriteringen overfor andre patientgrupper, f.eks. cancerpatienter ligger på Regionsniveau.

Formuleringen omkring tilbud om brystimplantater bør ændres, således at det skal være reglen at vurdering af behov for implantater først kan foretages efter min. 12 mdrs. hormonbehandling iværksat via det multidisciplinære team.

Kønsmodificerende kirurgi på kønsorganer er ikke tildannelse af lem, - men en rekonstruktion til efterligning af et lem. Der kan ikke tildannes et kønsorgan! Det samme argument for transkvinder. Der kan tildannes noget der ligner en skede og som kan anvendes som sådan med passende hjælpemidler.

Ligesom fjernelse af mammae hos transmænd kan foregå på hovedfunktionsniveau, kan fjernelse af æggestokke eller testikler vel også foregå på hovedfunktionsniveau efter indstilling fra MDT?

### **Klinik for vækst og reproduktion, Rigshospitalet**

Kommentarerne vedrører kun delen som beskriver tilbud for børn og unge.

Vejledningen tilgodeser behov for individualiseret tilgang til den enkelte patient ved at fjerne faste aldersgrænser og anerkender lægens opgave i forhold til at tilbyde behandling ud fra en lægelig indikation. Dette giver mere rummelighed i forhold til den enkelte patient, hvilket er positivt.

Samtidig giver dette en betydelig udfordring ved at definere kriterier for tidspunkt og type af behandling samt for begrebet 'informeret samtykke' af børn og unge. En del patienter vil kunne have en så ung alder, at den nødvendige information, som skal gives, vil være svært at forstå.

Børn og unge har et helt andet udgangspunkt for beslutningsprocessen og behandling end voksne, og derfor ville det være ønskeligt at den overordnede vejledning deles tydeligt i de to grupper. Begreber som 'information tilpasset udviklingsstadiet', 'tid til refleksion', 'modenhed' er helt afgørende for børn og unge og disse varierer en del selv for samme alderstrin. Både forældrene og behandlingsteamet tildeles derved et meget stort ansvar for at sikre, at den unge selvstændigt træffer en beslutning for livet. Der er behov for maksimal støtte og rådgivning gennem hele processen, hvorfor forankring i psykiatrisk regi er altafgørende.

Kommentarer, tilføjelser og rettelser:

Side 4 pkt 4.1.: Den forløbsansvarlige speciallæge for børn og unge skal være en speciallæge i psykiatri, da dette speciale har ekspertisen til at vurdere, om der er tale om transkønnethed og om der foreligger psykiske, sociale, kognitive eller psykiatriske udfordringer som sideløbende skal løses, samt ekspertise til at give støttende og vejledende samtaler i forløbet. Derfor foreslås det også, at det er den samme forløbsansvarlige psykiater som menes på side 11 og side 12 afsnit 3.

Side 5 pkt 5: det bør specificeres, at der her er tale om voksne. Vi anser en grundig udredning af børn og unge som nødvendig for alle. Første erfaringer har vist, at en stor del af unge har sociale, familiære og psykiske problemer. Nogle mangler helt et socialt netværk, andre har betydeligt psykiatrisk co-morbiditet, som kræver intervention, andre har kognitive vanskeligheder. En detaljeret beskrivelse af disse udfordringer er afgørende for at kunne informere og behandle 'tilpasset den enkeltes udviklingsstadiet og situation'. Dette er endnu mere centralt i en situation, hvor der er konflikter i familien f.eks. når forældrene ikke er enige om beslutningen.

Side 6 pkt 7.1: hvordan defineres 'graden af kønsligt ubehag' og hvad forstås ved dette begreb, også hos et præpubertalt barn?

Side 11 afsnit 7 (afsnit om at 'seksualliv og forplantningsevne' SKAL inddrages): Dette afsnit giver den største udfordring i forhold til at sløjfe aldersgrænser specielt for krydshormon. Såfremt stophormon startes som meget ung (8-10 år) på grund af pubertetsstart og kønshormonbehandling meget tidligere end nu (f.eks. 12-13 år) har patienten formentlig ikke oplevet / taget stilling til/ fået erfaring med disse emner. Der kan ikke tilbydes fertilitetsbevarende behandlinger (hverken ovarie kryopræservasjon via operation eller sæddeponering, hvis puberteten bremses med det samme). Det bliver således mest forældre, som beslutter behandling fremfor personen selv, og her er der således en åbenlys konflikt med 'informeret samtykke'.

Side 13 afsnit 11, paragraph 2: 'udredning indenfor 1 måned' bør ændres til 'påbegyndt udredning indenfor 1 mdr', da denne hos børn og unge fagligt tager længere tid end dette ud fra det princip, at der her skal gives 'tid til refleksion'. En ret stor procentdel af transkønnede unge har autisme spektum disorders eller andre væsentlige udfordringer og kan ikke gennemgå et accelereret forløb. Også her må tempo individuelt tilpasses udviklingsstadiet. Selvfølgelig skal processen ikke forsinkes unødvendigt.

Side 14 pkt 12 paragraph 4 (koder): Koden til børn og unge < 18 år foreslås som DZ768E2 i stedet for DZ768E3. Som behandlingskode for GnRH analog foreslås BBHF5 (i stedet for BBHG32).

**Fra:** Signe Maria Thorup [<mailto:signe.maria.thorup.01@regionh.dk>]

**Sendt:** 11. august 2017 13:55

**Til:** SST EnhedEUB

**Emne:** Att. Christina Helms

Kære Christina

Vi talte sammen i sidste uge omkring høring vedr. vejledning om behandling af transkønnede.

Vi aftalte, at jeg kunne sende et supplerende bidrag vedr. afsnit 11 om rettigheder uagtet, at fristen er overskredet.

Hvis det fortsat ikke er for sent, har du mit bidrag.

## 11. Rettigheder

### Ventetider

For al udredning gælder reglerne for ret til hurtig udredning, frit sygehusvalg samt det udvidede frie sygehusvalg.

For al øvrig kønsmodificerende behandling gælder reglerne om frit sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg.

Behandlingen kønsskifteoperation er undtaget fra reglerne om udvidet frit sygehusvalg. Det betyder at en person, der henvist til 'øvre' eller 'nedre' kirurgi, ikke kan vælge at blive opereret på et privathospital. Dette gælder, selvom bopælsregionen ikke kan tilbyde en dato for kønsskifteoperation inden for 30 dage efter modtagelsen af henvisningen.

1. jeg har byttet om på rækkenfølgen og kortet sætningerne ned.

2 – bør man ift. operationen nævne det frie sygehusvalg? Det eksisterer jo, men vil ikke være en reel mulighed for patienten, da det for nu kun vil være RIH, der udfører operationerne.

Kunne man skrive noget med, at det frie sygehusvalg fsva kønsoperationerne kan anvendes i henhold til gældende specialeplan for dette område. Så er rettigheden nævnt.

I betragtning af at kønsligt ubehag kan være forbundet med en betydelig påvirkning af den enkeltes livssituation, og under hensyn til at personer, der venter på kønsskiftekirurgi kan have haft lange udrednings- og behandlingsforløb, bør 'øvre' og 'nedre' kirurgi som udgangspunkt tilbydes inden-for rimelige tidsfrister.

3. - jeg mener, at dette afsnit bør udelades. Det er overflødigt og kan kun give anledning til bristede forudsætninger og unødigt konflikt. Alle behandlinger bør gives inden for en rimelig tidsfrist, jf. lighedsbetragtninger. Den visiterende læge vil og bør altid søge, at tilbyde en dato for behandling så hurtigt så muligt for den enkelte patient efter en konkret vurdering. Herudover vil patienten ikke kunne støtte nogen form for ret på dette.

Med venlig hilsen

Signe Thorup  
Juridisk specialkonsulent  
Enhed for Patientvejledning

Telefon: 38 64 99 39

Mail: [signe.maria.thorup.01@regionh.dk](mailto:signe.maria.thorup.01@regionh.dk)

Denne email indeholder fortrolige oplysninger. Hvis du ikke er den rette modtager af denne email eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette emailen uden at videresende eller kopiere den

**Fra:** Margit Ulmer

**Sendt:** 1. august 2017 14:25

**Til:** 'enhedeud@sst.dk'

**Emne:** Høring vedr. vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold m.v.

Til Sundhedsstyrelsen, Evidens, Uddannelse og Beredskab.

Sundhedsstyrelsen har ved mail af 2. juni 2017 bedt om eventuelle bemærkninger til ovennævnte vejledning.

Region Midtjylland har p.t. ingen bemærkninger til vejledningen – dog afventer vi eventuelle bemærkninger fra et enkelt hospital i regionen. Hospitalet har meddelt, at eventuelle bemærkninger først kan fremsendes tidligst 4. august 2017 på grund af ferie. Såfremt det pågældende hospital har bemærkninger til vejledningen, vender vi tilbage snarest muligt.

Venlig hilsen

Margit Ulmer

Tel. +45 21526119 (**Obs! nyt nummer**)

[marulm@rm.dk](mailto:marulm@rm.dk)

Sundhedsplanlægning • Region Midtjylland

Skottenborg 26 • DK-8000 Viborg







## Høringssvar

Region Nordjylland har haft høringsmaterialet udsendt til relevante kliniske afdelinger og aktører, og i forlængelse heraf fremsendes hermed høringssvar for Region Nordjylland.

Materialet er læst med stor tilfredshed i Region Nordjylland, og vi finder Sundhedsstyrelsen med den fremsendte version repræsenterer en forbedring i behandlingen for denne gruppe af mennesker. Vi ser med tilfredshed, at vejledningen imødekommer de mange forventninger, herunder at området fortjener opmærksomhed, og at behandlingen skal varetages med respekt for det enkelte individ og med krav om høj faglig standard og tværfagligt samarbejde med kombinationer af fagfolk sammensat efter den enkeltes behov. At støttende samtaler nu indgår som en konkret mulighed før, under og efter andre behandlingsmæssige tiltag, ser vi tilsvarende meget positivt på.

Der er dog en række punkter, hvor Region Nordjylland finder at vejledningen bør omskrives for at sikre en velfungerende faglig vejledning som giver mening både i administrativ som i klinisk sammenhæng. Disse fremgår i det efterfølgende.

1. Indledningen s. 2. Her indgår formuleringen "fødselskønnet". Dette må være en fejl, idet der ved et fællesmøde 2. maj med både lægefaglige repræsentanter samt NGO blev aftalt at man fremadrettet ville bruge betegnelsen "tildelt køn ved fødslen". Konkret kunne sætningen formuleres:  
*"Det enkelte menneskes kønsidentitet kan være forskelligt fra det køn, der bliver konstateret og tildelt ved fødslen, og fra de samfundsmæssige og kulturelle normer forbundet med det tildelte køn."*
2. Øverst på side 3. fremgår formuleringen....*"gennemsigtigt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling"*. Region Nordjylland skal bemærke, at formuleringen "kort ventetid på behandling" bør præciseres, idet begrebet forekommer alt for bredt dermed giver basis for forventninger som er anderledes end det regioner og Styrelse opererer ud fra.
3. På side 6, under 7.1 Krav til udredning foreslår Region Nordjylland, at sætningen: *"Udredningsprogrammet skal omfatte en vurdering af den pågældendes kønsidentitetsforhold, herunder graden af kønsligt ubehag, samt en vurdering af om der foreligger somatiske eller psykiske tilstande og lidelser, som kræver behandling forud for kønsmodificerende behandling, eller kan kontraindicere denne."* ændres med denne tilføjelse: *"kan kontraindicere behandlingen eller dele af denne."*
4. På side 7 nederst fremgår det.. *"Psykiatriske kontraindikationer og forsigtighedsforhold ved kønsmodificerende behandling generelt kan f.eks. svær psykotisk lidelse og autisme med særinteresse."* Angående krav til igangsættelsen af behandlingen og psykiatriske kontraindikationer, foreslår Region Nordjylland, at der i stedet for "svær psykotisk lidelse" bør stå "psykotisk tilstand", idet man kan være psykotisk i forbindelse med mange forskellige psykiske lidelser. Man skal ikke behandle patienter i en psykotisk tilstand, omvendt bør man åbne for muligheden for at hjælpe patienter med velbehandlede psykotiske lidelser, som er transkønnede.

Det bemærkes endvidere vedrørende autisme med særinteresse, at her finder vi ikke at dette er en kontraindikation med mindre det drejer sig om urealistiske forventninger til eget kønsudtryk, der fører til ønsket om kønsmodifikation.

5. Vedrørende afsnit 8.2 omkring kønsmodificerende kirurgi på kønsorganer, mener Region Nordjylland ikke nødvendigvis, at tilladelse til kastration skal søges forud for indgreb, men at denne beslutning i stedet bør kunne træffes lokalt, som ved alle andre indgreb på testikler / ovarier + uterus på medicinsk indikation.

Derudover skal det bemærkes, at ordet "kastration" kan have en række særligt negative associationer som rækker ud over det kirurgiske indgreb, hvorfor det bør overvejes om det kan formuleres anderledes.

Endvidere vil Region Nordjylland anføre, at det bør være muligt at få fjernet penis / testikler uden at få tildannet en neovagina, hvis dette er patientens ønske. På samme vis bør patienter kunne få fjernet ovarier og uterus uden at få tildannet en neopenis, hvis det er patientens ønske.

6. Overordnet finder Region Nordjylland det relevant at påpege den uhensigtsmæssighed i, at begrebet non-binær ikke er nævnt i vejledningen, som dermed fortsat har et binært præg.
7. Region Nordjylland finder at der med fordel kunne være et afsnit i vejledningen i forhold til information/inddragelse af pårørende, naturligvis i overensstemmelse med samtykke fra patienten selv. Begrundelsen herfor er at pårørende kan være en væsentlig støtte i behandlingen, men kan have en række spørgsmål som kan være svære at få besvaret på egen hånd.

På vegne af Region Nordjylland

Thomas Kanstrup, AC-fuldmægtig

Planlægning – Patientforløb

Region Nordjylland



## Høring af vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling

Dato: 01. august 2017

Initialer: amwe

### Kvalitet og udvikling

Sundhedsstyrelsen har fremsendt den nye vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling i bred offentlig høring, via Høringsportalen (<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/60661> ).

Alléen 15

4180 Sorø

Tlf.: 70155000

Sundhedsstyrelsen opfordrer alle med viden og interesse inden for området til at indsende høringssvar.

E-mail:

[kvalitetudvikling@regionsjaelland.dk](mailto:kvalitetudvikling@regionsjaelland.dk)

Udkastet er ydermere sendt i høring hos de organisationer, myndigheder mv., der er anført på vedhæftede høringsliste, som kan tilgås via ovenstående link.

[amwe@regionsjaelland.dk](mailto:amwe@regionsjaelland.dk)

Nedenstående er Region Sjællands kommentarer til vejledningen.

Region Sjælland udreder og behandler ikke denne patientgruppe. Patienter der ønsker sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling henvises til Rigshospitalet.

Region Sjælland har ingen bemærkninger til vejledningen.

**Fra:** Conny Orluff [<mailto:co@rsyd.dk>]

**Sendt:** 28. juli 2017 13:39

**Til:** SST EnhedEUB

**Emne:** Høringssvar vedr. Høring af vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling

Kære Christina

Region Syddanmark har haft "Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling" i høring, og der er indkommet nedenstående 2 kommentarer fra Odense Universitetshospital:

1. Fra H. C. Andersen Børnehospital:

"Al behandling af børn og unge under 18 år med kønsidentitetsforstyrrelser er centraliseret til Rigshospitalet. Behandlingen varetages dér i et samarbejde mellem Sexologisk klinik, Klinik for Vækst og Reproduktion samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. Børn henvist til H. C. Andersen Børnehospital med en kønsidentitetsproblematik vil derfor blive viderehenvist til Rigshospitalet.

Det er hér vigtigt at skelne mellem børn og unge med kønsidentitetsproblematik (transkønnede) samt børn og unge med såkaldte Disorders of sexual development (DSD), hvor sidstnævnte gruppe er patienter med medfødte sygdomme, der vil blive udredt og behandlet gennem den højt specialiserede funktion på H. C Andersen Børnehospital."

2. Fra Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D:

"Høringen lægger op til, at udredning og behandling kan bredes ud på et større antal klinikker – herunder privatklinikker; formentlig ud fra konstateringen af en øget tilgang af personer, som ønsker denne udredning og efterfølgende behandling. Høringen har grundigt taget stilling til kvaliteten og det faglige niveau. Høring findes med hensyn til dette fyldestgørende, og der er ingen kommentarer til denne del. En sådan struktur – hvor området går fra at være samlet på få klinikker til en udbredelse på et større udbud af klinikker – stiller store krav til sikring af kvalitet, sikkerhed og konsistens i udredning og behandling. Der er tale om behandlinger med stor effekt på helbredet; særligt hvis personen eksempelvis er ældre, har sygdomme eller risikofaktorer i forhold til livsstil (eksempelvis overvægt, åreforkalkning, rygning osv.). Behandlingerne kan potentielt øge morbiditet og mortalitet. Tilsynet med de nye klinikker tænkes naturligt at måtte påhvile Sundhedsstyrelsen. Umiddelbart kan der i høringen ikke læses hvorledes der er taget hensyn til dette og de heri liggende store ressource krav."

(Region Syddanmark j. nr. 17/1304).

Venlig hilsen

**Conny Orluff**

*Fuldmægtig / AC-sagsbehandler  
Råds- og direktionsssekretariatet*

# Høringssvar fra Rådgivning for transpersoner udarbejdet i forbindelse med Sundhedsstyrelsens udkast til en revideret 'vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling' pr. 1/8 2017

Høringssvaret er udformet af  
Nico Miskow Friborg og Kris Vinther

For mere information kontakt  
[n.miskow.friborg@gmail.com](mailto:n.miskow.friborg@gmail.com)  
[kris@aidsfondet.dk](mailto:kris@aidsfondet.dk)



# Indholdsfortegnelse

1.0 OVERORDNEDE KOMMENTARER TIL DEN NYE VEJLEDNING.....	3
2.0 KORT OM RÅDGIVNING FOR TRANSPERSONER .....	4
3.0 EN NOTE OM KØN .....	5
4.0 DEFINITION AF TRANSPERSONER.....	6
5.0 SIKRING AF IKKEBINÆRE TRANSPERSONERS RETTIGHEDER .....	6
6.0 ANBEFALINGER OM SPROGBRUG .....	9
7.0 MULTIDISCIPLINÆRE TEAMS OG KØNSIDENTITETSKLINIKKER.....	11
7.1 KØNSIDENTITETSKLINIKKER.....	12
7.2 MULIGHED FOR BEHANDLING UDEN FOR KØNSIDENTITETSKLINIKKER .....	12
7.3 BEHANDLINGSGARANTI OG VENTETIDER .....	13
8.0 AFSKAFFELSE AF KRAV OM UDREDNING .....	13
8.1 VIGTIGHEDEN AF ADGANG TIL BEHANDLING.....	13
8.2 KONKRETE ANBEFALINGER I FORHOLD TIL ADGANG TIL BEHANDLING.....	14
8.3 UDREDNING AF PSYKIATRISK KARAKTER SYGELIGGØR TRANSPERSONER .....	16
8.4 VURDERING AF, HVEM DER ER EN TRANSPERSON .....	17
9.0 BEHANDLINGSFORLØB .....	18
9.1 OVERORDNEDE ANBEFALINGER TIL BEHANDLINGSFORLØB.....	18
9.2 KONGRUENSKRAVENE SKAL FJERNES .....	20
9.3 KONTRAINDIKATIONER.....	21
9.4 VALG AF OG RÆKKEFØLGE AF BEHANDLINGER.....	22
11.0 SEKSUALITET, SEKSUALLIV OG REPRODUKTION.....	23
12.0 BØRN OG UNGE .....	24
MEN VI VIL GERNE IGEN UNDERSTREGE, AT VI IKKE MENER, DET NUVÆRENDE UDKAST ER BRUGBART TIL BRUG FOR TRANSPERSONER UNDER 18 ÅR. VI OPFORDRER DERFOR KRAFTIGT TIL, AT SUNDHEDSSTYRELSEN OPPRIORITERER ARBEJDET MED EN VEJLEDNING FOR TRANSPERSONER UNDER 18 ÅR.....	25
13.0 TILBUD OM RÅDGIVNING OG STØTTENDE SAMTALER.....	26
14.0 KVALITETSSIKRING OG VIDEREUDDANNELSE AF SUNDHEDSPERSONALE .....	27
15.0 INFORMERET SAMTYKKE .....	28
16.0 OPSUMMERING OG OVERORDNEDE ANBEFALINGER .....	28
16.1 TRANSINKLUDERENDE PRAKSIS I SUNDHEDSVÆSENET .....	29
17.2 OPSUMMERING AF OVERORDNEDE ANBEFALINGER TIL DEN NYE VEJLEDNING .....	29
LITTERATUR .....	31



## 1.0 OVERORDNEDE KOMMENTARER TIL DEN NYE VEJLEDNING

I Rådgivning for transpersoner arbejder vi for at forbedre vilkårene for transpersoner. Et meget centralt aspekt af transpersoners trivsel er, ifølge international forskning (FRA 2014) muligheden for at få adgang til nødvendig køns- og kropsbekræftende behandling. Transpersoners helbredsmæssige udfordringer – både psykisk, socialt og somatisk – hænger meget tæt sammen med muligheden for dette, og at arbejde for at sikre transpersoners adgang til køns- og kropsbekræftende behandling er derfor også en vigtig del af det, vi i Rådgivning for transpersoner beskæftiger os med.

Sådan som vi har forstået intentionerne med ændringen og flytningen af diagnosekoden, samt revideringen af behandlingsvejledningen, afspejler de et politisk ønske om at afstigmatisere og afsygeliggøre transpersoner. Mens ændringen af diagnosekoden sender et vigtigt signal, er det uden tvivl revideringen af behandlingsvejledningen, der har mulighed for at føre denne afsygeliggørelse og afstigmatisering af transpersoner til dørs. Vi mener dog desværre, at dette langt fra lykkes med det udkast Sundhedsstyrelsen har sendt ud til høring med frist d. 1/8 2017.

I det følgende vil vi nøje gennemgå, hvad vi ser som de største problemer med det nuværende udkast, hvilket vi her kort vil opsummere til følgende punkter:

1. Transpersoner skal ikke igennem en udredning for at opnå adgang til køns- og kropsbekræftende behandling.
2. Det er problematisk, at udredningen fortsat har psykiatrisk karakter.
3. Det er problematisk, at udredning og behandling som udgangspunkt fortsat skal ske i et multidisciplinært team (MDT) placeret på såkaldte kønsidentitetsklinikker.
4. Der skal ikke være krav om rækkefølge af udførelse af forskellige behandlinger.
5. Det skal præciseres i de enkelte afsnit, at behandling afhænger af, om personen ønsker den.
6. Det skal tydeligt fremgå, at det ikke er et mål med behandlingen, at personen skal kunne leve op til gældende normer for køn og seksualitet. Det bør derimod være opfyldelsen af personens individuelle behov for behandling, der er målet.
7. Vejledningen er langt fra specifik og konkretiseret nok og for meget overlades til, at sundhedspersonalet kan lave deres egne fortolkninger. Dette gælder især formuleringer omkring tidsrum og brug af ord som 'udvisning af særlig omhu', 'samvittighedsfuldhed',





‘tilstrækkelig’ og ‘rimelig’ da det, når der ikke er præciseringer af fx tidsfrister kan bruges til at trække forløbene i langdrag.

8. Sprogbrugen er upræcis og til tider stigmatiserende og binær, hvilket sygeliggør transpersoner og ekskluderer nonbinære fra køns- og kropsbekræftende behandling.
9. Ikkebinære transpersoners rettigheder til behandling skal sikres og indskrives i vejledningen.
10. Børn og ungeafsnittet er ikke gennemarbejdet nok og skal være i en separat vejledning.
11. Støttende samtaler, terapi og rådgivning af transpersoner skal foregå i eksternt regi.
12. De internationale retningslinjer anført i Standards Of Care version 7 (SOC7) skal overholdes og henvises til i den nye vejledning.

## 2.0 KORT OM RÅDGIVNING FOR TRANSPERSONER

Rådgivning for transpersoner er et rådgivningstilbud, der startede som et pilotprojekt i AIDS-Fondet i 2015, og som i udgangen af 2016 løsrev sig fra AIDS-Fondet og nu eksisterer som en selvstændig indsats.<sup>1</sup> Vi tilbyder gratis rådgivning til transpersoner om fx kønsidentitet, køns- og kropsbekræftende behandlingsmuligheder, transition, relationer, sundhed og trivsel samt diskrimination og stigmatisering. De personer, der arbejder i og udgør Rådgivning transpersoner har mangeårige erfaringer med at arbejde med køn, kønsidentitet og transpersoner, og vi har både kompetencer inden for rådgivning, communitybaserede indsatser og forskning samt personlige livserfaringer. Vi besidder derfor en stor viden om disse emner, funderet i praksiserfaringer samt den nyeste nationale og internationale forskning på området.

I Rådgivning for transpersoner arbejder vi communitybaseret, hvilket vil sige, at vores indsatser og projekter udformes, tilrettelægges og udvikles i tæt samarbejde med de personer, projekterne målrettes. I forhold til arbejdet med transpersoner betyder det, at vi løbende afholder møder, workshops og fokusgrupper med transpersoner og repræsentanter for forskellige interesseorganisationer for transpersoner. Dette bevirker, at vi har en stor indsigt i transpersoners livsvilkår, hvilke udfordringer transpersoner oplever, samt hvilke køns- og

---

<sup>1</sup> Da Rådgivning for transpersoner sendte vores høringssvar til Sundhedsstyrelsen d. 8/8 2016 var det derfor som en del af AIDS-Fondet, og da Rådgivning for transpersoner ikke længere er en del af AIDS-Fondet, er det derfor, at dette høringssvar ikke har AIDS-Fondet som afsender.



kropsbekræftende behandlingstilbud, målrettede rådgivninger og andre tiltag, som transpersoner benytter og savner i Danmark. Rådgivning for transpersoner er på nuværende tidspunkt i en udviklingsproces og har et ønske om at udvide de indsatser og projekter, vi tilbyder, for bedre at kunne imødekomme transpersoners behov.

### 3.0 EN NOTE OM KØN

Når man arbejder med transpersoner, finder vi det helt centralt at have en grundlæggende forståelse for køn, som noget man gør. Teoretiske værktøjer fra kønsforskningen, antropologien og queerteori hjælper os til at forstå, at køn og kroppe ikke er essentielle, uforanderlige størrelser, men at køn og kroppe derimod konstant gøres, skabes, udfordres, genskabes og forhandles i relationer mellem mennesker og i forskellige kontekster, situationer og tidsperioder (Butler 1993, 2004). Disse teoriapparater er også behjælpelige til at udfordre antagelser som fx, at køn er noget man fødes med, at der kun findes to køns kategorier – mænd og kvinder – at de to kategorier er hinandens modsætninger, og at en genkendelig og legitim kønsidentitet hænger sammen med en heteroseksuel praksis (Butler 1993, 2004; Halberstam 2005).

Den essentialistiske forståelse af køn, institutionaliseringen heraf samt andetgørelsen af alt, hvad der ligger uden for disse normer er også blevet udfordret af transstudier, hvis formål til dels er at afmedikalisere transkategorien og gøre op med sygeliggørelsen af transpersoner. Transstudier problematiserer derfor også den fortsatte anvendelse og reproduktion af medicinske modeller, der bygger på forældede medicinske praksisser og forståelser af køn og argumenterer for, at videreførelsen af disse har ført til en sygeliggørelse af transsubjekter og forsøg på at "normalisere" transpersoner gennem køns- og kropsbekræftende behandlingsforløb (Meyerowitz 2002; Stryker 2006).

En vejledning, der regulerer adgangen til og muligheden for at få transspecifik sundhedspleje som fx køns- og kropsbekræftende behandling er et dokument, der i høj grad har risiko for at videreføre, reproducere og styrke medicinske praksisser, der sygeliggør transpersoner. Det er derfor helt centralt, at man har dette for øje i udformningen af vejledningen, således at dette ikke bliver tilfældet.



## 4.0 DEFINITION AF TRANSPERSONER

I Rådgivning for transpersoner arbejder vi med en processuel og relationel forståelse af køn, kønsidentitet og identitet, hvilket betyder, at vi opfatter køn som noget, man gør, snarere end noget man er, og som noget der kan udvikle sig gennem livet og i forskellige omgivelser, situationer og personlige relationer.

Vi anerkender derfor, at der findes langt flere kønsidentiteter end de to køn, som personer tildeles ved fødslen (mand/kvinde).

De transpersoner, der benytter vores indsatser udgør en mangfoldig gruppe. Vi arbejder derfor ikke ud fra en fastlåst og begrænset definition af, hvad en transperson er.

En transperson er i vores arbejde en person, der selv definerer sig som transperson.

Overordnet kan man sige, at en transperson er en person, der ikke identificerer sig med det køn, vedkommende blev tildelt ved fødslen.

Når man arbejder med denne definition af transpersoner anerkender man samtidig, at 'transperson' er et ord, der dækker over en stor og varieret gruppe af personer og identiteter. Europæisk forskning viser, at 0,6 – 2,2% af befolkningen har en kønsidentitet, der på forskellig vis ikke stemmer overens med det ved fødslen tildelte køn (Van Caenegem et. al. 2015). Overføres dette til den danske befolkning, drejer det sig om mellem 34.537-126.636 personer.<sup>2</sup>

Vi møder i vores arbejde i Rådgivning for transpersoner mange forskellige transpersoner med meget varierende kønsidentiteter og kønsudtryk, udfordringer og forskelligartede behov for køns- og kropsbekræftende behandlinger.

## 5.0 SIKRING AF IKKEBINÆRE TRANSPERSONERS RETTIGHEDER

I den nyeste version af Standards of Care udgivet af WPATH i 2012 inkluderes og benævnes tre forskellige grupper af transpersoner: transsexuals<sup>3</sup>, transkønnede og nonbinære (Gender-

---

<sup>2</sup> [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk) Udregnet for et befolkningstal på 5.756.170 pr. d. 31/7 2017. Til sammenligning er der 14.500 danskere, der lever med sklerose.

<sup>3</sup> Udtrykket 'transsexual' er et udtryk, som udelukkende giver mening på engelsk, spansk, fransk, portugisisk og andre sprog, hvor 'sex' henviser til kønnede tegn på kroppen og 'transsexual' derfor betyder en person, der ændrer



Nonconforming People). Vi opfordrer ikke nødvendigvis til, at Sundhedsstyrelsen gør det samme i den nye vejledning, men vi tilskynder, at man arbejder med en bred forståelse af, hvad en transperson er, således at der tages højde for, hvor mangfoldig en gruppe, der er tale om. Kun således kan der skabes adgang til køns- og kropsbekræftende behandling for alle de transpersoner, inklusive nonbinære transpersoner, der har behov for dette. Når man arbejder med en snæver definition af 'transperson' og/eller en binær kønsforståelse, afskærer man en masse transpersoner fra køns- og kropsbekræftende behandling.

Transpersoner er en mangfoldig gruppe, der rummer stor diversitet i kønsidentiteter, sociale og kønnede positioner og kønsudtryk. Nogle transpersoner har identiteter og erfaringer, der transcenderer en binær opdeling af køn i mand/kvinde. Som WPATH fremhæver (WPATH 2012), beskriver nogle transpersoner sig som ikkebinære og som tilhørende et andet køn, end det de fik tildelt ved fødslen (Bockting 2008). Eksempelvis kan man være en nonbinær transmaskulin person, der har fået foretaget hysterektomi og top-operation. Eller man kan være en nonbinær transfeminin person, der har fået lavet brystforøgelse og tager østrogen. Nogle transpersoner har en nonbinær kønsidentitet og ser ikke sig selv som værende hverken mand eller kvinde (se fx Bornstein 1994; Stone 1991). Det kan være, de anvender termer som nonbinær, Gender-Nonconforming, genderqueer, queer, akønnet mm. Nonbinære personer oplever ikke nødvendigvis den identitetsbekræftende proces som en 'transition', idet de ikke nødvendigvis udfører deres kønsidentitet og kønsudtryk på en måde, der involverer et skift fra ét køn til et andet. Desværre ved vi fra vores arbejde i Rådgivning for transpersoner, at nonbinære af behandlingssteder i Danmark ikke opfattes som en del af målgruppen af transpersoner og som havende behov for køns- og kropsbekræftende behandling. Vi ved også, at mange ikkebinære transpersoner er blevet nægtet adgang til køns- og kropsbekræftende behandling.

WPATH understreger i Standards of Care, at sundhedsprofessionelle bør assistere transpersoner, herunder også ikkebinære transpersoner, i at bekræfte deres kønsidentitet, med at udforske forskellige måder at udtrykke denne identitet på og med at tage beslutninger om køns- og kropsbekræftende behandlingsmuligheder, der kan fremme livskvalitet og trivsel (WPATH 2012: 15). Dette gælder også i tilfælde, hvor der er forskelle mellem kønsidentitet og

---

på de kønnede tegn på kroppen. Mange er dog kritiske over for termen, idet den også er en diagnosebetegnelse, og derfor som mange opfattes som bidragende til sygeliggørelse af transpersoner.



kønsudtryk. Eksempelvis hvis en transmaskulin person/transmand bruger makeup og smykker eller en transfeminin person/transkvinde har skæg.

WPATH opfordrer til, at sundhedsprofessionelle udviser respekt for patienter med ikkebinære identiteter, at forskelle mellem kønsidentitet og kønsudtryk ikke sygeliggøres, og at man udøver en behandling, der **bekræfter** patienters kønsidentiteter og mindsker mistrivsel og stress, når den er tilstede – eller henviser til andre kollegaer, der er i stand til dette (WPATH 2012: 9).

WPATH anbefaler også, at psykiatere og psykologer ikke pålægger et binært kønssyn, men at de derimod giver plads til, at den enkelte transperson kan udforske forskellige muligheder for kønsidentitet og kønsudtryk (WPATH 2012: 22).

Vi finder både den nye vejlednings udformning, den binære kønsforståelse, den manglende benævnelse af nonbinære transpersoner, samt sætninger som denne problematiske: "Der bør generelt udvises forsigtighed og anbefales tid til refleksion hvis den pågældende netop er begyndt at udforske sin kønsidentitet, eller hvis det kønslige ubehag er nyopstået, episodisk eller kun i mindre grad påvirker den enkeltes samlede livssituation" (s. 7). Denne formulering kan tolkes som om, at personer, der kun i bestemte situationer eller perioder oplever, det der i citatet kaldes 'kønsligt ubehag', eller som har en flydende kønsidentitet, eller i perioder føler sig mere eller mindre som et bestemt køn, ikke har ret til behandling. Mulighed for at få adgang til behandling, må bero på, hvorvidt den enkelte ønsker behandling eller ej og ikke andet.

Vi henstiller derfor til, at Sundhedsstyrelsen understøtter og inkorporerer WPATHs anbefalinger i den nye vejledning, således, at følgende fremgår tydeligt:

1. Sundhedsprofessionelle, der arbejder med transpersoner bør ikke stille spørgsmålstejn ved en transpersons identitet, men derimod bekræfte den.
2. Den sundhedsprofessionelles primære rolle er at give den enkelte transperson adgang til den køns- og kropsbekræftende behandling, der giver mening for vedkommende.
3. Det skal tydeligt fremgå, at det ikke er et mål med behandlingen, at personen skal kunne leve op til gældende normer for køn og seksualitet. Det bør derimod være opfyldelsen af personens individuelle behov for behandling, der er målet.



4. Ikkebinære personers rettigheder til køns- og kropsbekræftende behandling sikres og indskrives i vejledningen.

## 6.0 ANBEFALINGER OM SPROGBRUG

I Rådgivning for transpersoner arbejder vi ud fra den forståelse, at sprog er med til at forme den virkelighed, vi er en del af. Derfor finder vi det også helt centralt, at en vejledning, der regulerer mulighederne for at få adgang til transspecifik sundhedshjælp og behandling er skrevet i et præcist, respektfuldt og antistigmatiserende sprog.

De ord og formuleringer, vi vil anbefale Sundhedsstyrelsen at bruge konsekvent gennem vejledninger er derfor:

- Køns- og kropsbekræftende behandling eller transspecifik sundhedshjælp og behandling (oversat fra det engelske udtryk *trans specific healthcare*).
- Køn tildelt ved fødslen – alternativt fødselstildelt køn.
- Hormoner bør nævnes ved navn – ex 'testosteron' – og ikke som 'maskuliniserende' og 'feminiserende', da dette er binært og ekskluderer nonbinære.

Vi anbefaler, at Sundhedsstyrelsen undgår at bruge følgende formuleringer i den nye vejledning:

- 'Kønsligt ubehag' (første gang s. 2) – ordet 'ubehag' dels kan forstås og bruges bagatelliserende og er en forsimplende måde at beskrive transpersoners oplevelser og udfordringer på. Samtidig er 'kønsligt' upræcist – er der tale om køn eller om nedre dele? I stedet kunne man bruge formuleringen 'ønske om og/eller behov for køns- og kropsbekræftende behandling.'
- 'Medfødte køns karakteristika' og 'køns karakteristika' (s. 2 og 10) er problematisk, idet det er upræcist og reproducerer antagelser om, at der kun findes to (binære) køn, og at køn defineres af nedre dele. I stedet kan formuleringen 'ønsker om at ændre eller tilpasse kroppen' anvendes.
- 'Kønsskifte' (s. 10, 14 og 15) – også i angivelserne 'kønsskifteoperation' (s. 13) og 'kønsskiftekirurgi' (s. 13) er et problematisk udtryk, der ikke bør anvendes nogen steder



i vejledningen, da det er simplificerende og i de fleste sammenhænge binær, hvilket usynliggør nonbinær og fratager nonbinære muligheden for adgang til behandling.

- 'Kønsorganer' (s. 7, 9 og 10) – vi anbefaler at man i stedet bruger nedre dele for ikke at skabe en sammenhæng mellem bestemte nedre dele og et specifikt køn eller det at kønne.
- Hvis man vælger at bruge 'øvre' og 'nedre' kirurgi bør det gøres konsekvent. Vi fraråder klart at bruge formuleringer som 'mandligt brystparti', og 'bryst' eller 'brystkasse' (s. 8) i denne sammenhæng, da de er kønnede og binært opstillede – hvis en nonbinær person fx ønsker øvre kirurgi er der ikke tale om en 'mandlig brystkasse'.
- Når der beskrives 'irreversible' behandlinger og forandringer, finder vi en uddybelse nødvendig, da det ikke er konkret nok. Man kan fx specificere ved at angive, at behandlingen efter et tidsrum kan være irreversibel (se fx s. 6, 7, 8 og 10).
- Formuleringen 'raske organer' er unødvendig og problematisk (s. 8), da den bagatelliserer indgrebet og reproducerer en sygeliggørende tilgang til transpersoner.
- Ordene 'skadevirkning' og 'destruktiv' virker voldsomme og meget negativt ladede (se fx s. 2 og 10).
- Beskrivelser af 'positive og negative' aspekter/forandringer mm. er problematiske, da hverken det ene eller andet er vist og bør derfor slettes.
- Vi anbefaler, at man undgår at bruge ord som 'naturlig' og 'normal' (se fx s. 2 og 9).
- At bruge betegnelsen 'm.v.' i slutningen af et afsnit er for uspecifikt og efterlader for åbent et rum til selvfortolkning og er derfor dybt problematisk. Dette gælder især, når der er tale om beskrivelser af behandlingssteder (se fx s. 4, 7 og 9), sundhedspersonale (se fx s. 5), faglige retningslinjer (se fx s. 6 og s. 8) og undersøgelser (se fx s. 12).
- Ord som 'tilstrækkeligt' (s. 8, 10 og 12) og 'rimeligt' (s. 6 og 13) er ikke præcise nok, og bliver særligt problematiske når de angives i relation til tidsbetegnelser, da de åbner for muligheden for, at påbegyndelse af behandling kan trækkes i langdrag.



## 7.0 MULTIDISCIPLINÆRE TEAMS OG KØNSIDENTITETSKLINIKKER

Som udkastet til vejledningen formuleres nu, fremgår det ikke tydeligt, om kravet om MDT også forudsætter, at området fortsat klassificeres som et højtspecialiseret område? Det lader til, at kravene, om tilstedeværelse af forskellige sundhedspersoner afhænger af, om der er tale om hormonbehandling eller kirurgi. Umiddelbart lyder det fortsatte krav om tilstedeværelsen af MDT meget nær enslydende med kravene til et højtspecialiseret område. Som vi tidligere har gjort Sundhedsstyrelsen opmærksom på, fører dette krav til, at Sexologisk Klinik har monopol på behandling af transpersoner i Danmark, da de er de eneste, der kan leve op til kravene for et højtspecialiseret område samt stille med et multidisciplinært team. Dette er u hensigtsmæssigt af flere årsager.

For det første fordi det har skabt lange ventetider til både udredning og behandling. For det andet fordi det er en geografisk (og økonomisk eller administrativ) udfordring for transpersoner, der bor uden for hovedstadsområdet, hvilket i værste tilfælde kan vanskeliggøre adgangen til behandling. For det tredje fordi mange transpersoner har oplevet diskrimination og krænkende behandling på Sexologisk Klinik (se fx Johansen et. al. 2015; Amnesty 2016).

Hvis vejledningen med formuleringen "ved etablering af fysiske eller murstensløse tværfaglige kønsidentitetsklinikker" (s. 5) åbner for muligheden for, at der kan åbnes såkaldte kønsidentitetsklinikker andre steder i landet, er vi fortsat uforstående over for, hvorfor man ønsker at samle al behandling samme sted, og hvorfor man fortsat kræver tilstedeværelse af MDT. Ligeledes lader kravene om minimumsforløb på hhv. 30 og 100 til at indskrænke antallet af mulige kønsidentitetsklinikker betydeligt.

Forskellige formuleringer i vejledningen antyder en ny fleksibilitet ifht. udredning og behandling af transpersoner. For det første, læser vi det som om, at der kan være behandlingssteder, der kun tilbyder hormonbehandling, og derfor ikke behøver at stille med en plastikkirurg i MDT. Vi finder det dog uklart om behandlingssteder, der kun tilbyder kirurgi, skal stille med alle de tværfaglige kompetencer, der før blev afkrævet på det højtspecialiserede område? Det lyder også, at "Afhængigt af lokale forhold kan en speciallæge i intern medicin: endokrinologi erstatte gynækologens funktion." Hvad betyder denne formulering?





## 7.1 Kønsidentitetsklinikker

Der mangler i vejledningen en definition af, *hvad* en kønsidentitetsklinik er, *hvor* i landet man har tænkt sig at oprette disse klinikker, *hvordan* de skal fungere, og *hvorfor* man finder det nødvendigt at centralisere al transspecifik behandling på samme sted.

Hvis ikke Sundhedsstyrelsen opfatter transpersoner som psykisk syge, finder vi det problematisk og irrelevant, at der skal være psykiatere og psykologer til stede på kønsidentitetsklinikkerne som en del af MDT.

Vi mangler i vejledningen ligeledes en begrundelse for, hvorfor har man valgt at indføre krav om minimum antal forløb, samt hvorfor man har valgt netop disse antal? Desuden mangler vi en definition på, hvad der defineres som et forløb. Vi ønsker desuden at Sundhedsstyrelsen tager stilling til, hvilken betydning det kommer til at have, at sætte dette minimumskrav. Vi er bekymrede for, at det kommer til at begrænse antallet af kønsidentitetsklinikker betydeligt.

Mens vi finder det vigtigt, at de læger, der skal udskrive hormoner og udføre kirurgi på transpersoner har de relevante kompetencer, mener vi ikke at dette nødvendigvis sker ved at stille krav om at samle kompetencerne på disse såkaldte kønsidentitetsklinikker.

Der findes i Danmark læger med mangeårig erfaring i at udskrive, dosere og tilpasse hormonbehandling af transpersoner, men vi er bekymrede for kompetencer og ekspertise i henhold til kirurgi. Særligt i forhold til falloplasti, hvor der har været katastrofale følger af dårligt udførte operationer. Vi mener derfor også, at det bør fremgå i vejledningen, at der skal være mulighed for henvisning til behandling i udlandet, hvis kompetencerne ikke er at finde i Danmark.

## 7.2 Mulighed for behandling uden for kønsidentitetsklinikker

Vi kan ikke finde nogle argumenter for, at det skulle være en fordel eller nødvendighed at samle tværfaglige kompetencer på ét sted. Der findes allerede en række sundhedsprofessionelle med ekspertise og erfaring området, som transpersoner tidligere har været tilfredse med at anvende. Vi henstiller til, at det igen skal blive muligt at benytte disse. Her tænker vi både på hormonbehandling og på kirurgi.

Privatklinikker og privathospitaler nævnes også flere gange i udkastet. Betyder det, at det igen bliver muligt at få adgang til kirurgi på privathospitaler og hormoner hos privatpraktiserende gynækologer? Dette bør fremgå tydeligt af vejledningen.



### 7.3 Behandlingsgaranti og ventetider

Vi anbefaler, at det skrives tydeligt ind i vejledningen, at transpersoner har ret til at modtage køns- og kropsbekræftende behandling, og at transpersoner har ret til at opsøge behandling/blive henvist til behandling privat efter gældende regler om behandlingsgaranti på andre områder.

Vi beder ligeledes Sundhedsstyrelsen om klart og tydeligt at lade det fremgå, at det er patientens behov og ønsker for behandling, der er styrende og centrale.

Som beskrevet i afsnittet om sprogbrug er vi bekymrede over de løse formuleringer i henhold til tidsangivelser på udredning og behandling, da dette giver mulighed for at trække udredning og behandling i langdrag.

## 8.0 AFSKAFFELSE AF KRAV OM UDREDNING

På trods af, at diagnosekoden er blevet ændret og flyttet, og man i den nye vejledning skriver, at diagnoser ikke er bestemmende for adgang til køns- og kropsbekræftende behandling, fastholder man kravet om udredning af transpersoner forud for adgang til behandling. Dette finder vi dybt problematisk og paradoksalt.

### 8.1 Vigtigheden af adgang til behandling

I undersøgelser udført af bl.a. Amnesty International (2014), Statens Institut for Folkesundhed (Johansen et. al 2015), Amnesty Danmark (2016), Det Europæiske Rettighedsagentur (FRA 2014) samt i WPATH's Standards of Care fremgår det, at adgang til køns- og kropsbekræftende behandling er stærkt forbundet til transpersoners trivsel og livsvilkår. Flere af disse undersøgelser peger desuden på, at der på Sexologisk Klinik er lange ventetider (Johansen et. Al. 2015; Amnesty 2016) på helt op til 6-8 år (Simonsen et. al 2016). Når 46% af alle transpersoner i Danmark har et dårligt selv vurderet mentalt helbred (Johansen et. Al. 2015), og 26% af de unge transpersoner har forsøgt selvmord (Gransell & Hansen 2009), og vi ved, at denne mistrivsel er direkte knyttet til den begrænsede adgang til behandling, så



bør det være af højeste prioritet at skabe adgang til køns- og kropsbekræftende behandling for alle transpersoner, der har et behov herfor.

Vi mener derfor, at udredning af transpersoner skal afskaffes. Vi anbefaler, at der gives adgang til alle former for køns- og kropsbekræftende behandling til transpersoner på baggrund af informeret samtykke (se mere herom i afsnittet længere nede).

## 8.2 Konkrete anbefalinger i forhold til adgang til behandling

Vi anbefaler i forhold til adgang til behandling og behandlingsopstart:

1. Udredning skal ikke være et krav for at få adgang til hverken hormonbehandling eller kirurgi.

Den ansvarlige behandler – gynækologen eller plastikkirurgen – vurderer, om patienten kan afgive et informeret samtykke og kan overskue konsekvenserne af behandlingen, ligesom det er tilfældet for andre patientgrupper, og som det gælder jævnfør sundhedslovens paragraf 15.

2. Hvis krav om udredning bibeholdes, skal der være en udredningsgaranti, ligesom det er gældende for andre behandlingsområder i sundhedsvæsenet.
3. Hvis krav om udredning bibeholdes, skal udredningen foregå inden for en begrænset tidsramme og via enkelte samtaler.

Det kan eksempelvis være 1-3 samtaler i løbet af en måned. Vi henviser til, at man, hvis man på trods af anbefalinger fra WPATH, målgrupper og interesseorganisationer ønsker at fastholde kravet om udredning, forholder sig til praksis på andre områder i Sundhedsvæsenet. Vi er dybt bekymrede over udkastets meget åbne formuleringer omkring tidsrammer og brug af ord som 'rimeligt' (s. 6 og 13) og "stå i rimeligt forhold til" er for vage og upræcise og kan dermed åbne op for nægtet adgang og at udskyde eller trække behandling eller udredning i langdrag.

4. Transpersoner, der har påbegyndt køns- og kropsbekræftende behandling i udlandet skal ikke gennemgå udredning.

Har man påbegyndt behandling i udlandet, skal man umiddelbart efter ansøgt behandling tildeles koden DZ768E1 (kontakt pga. transkønnethed) eller DZ768E3 (kontakt pga. kønsidentitetsforhold i barndommen) og behandlingen bør øjeblikkeligt fortsættes (i det tilfælde at man ønsker fortsat at anvende denne i det danske behandlingssystem, og at man har fået adgang til behandling i henhold til internationale retningslinjer som SOC7).



5. Sundhedspersonale skal ikke vurdere eller beskrive "graden af kønsligt ubehag".

Det er op til den enkelte person at vurdere, hvorfor vedkommende har behov for at søge behandling, og dette skal ikke forklares eller bevises over for den sundhedsprofessionelle. Se mere herom i afsnit 9.2.

6. Der skal ikke være nogle psykiske kontraindikationer for påbegyndelse af behandling, og de bør derfor heller ikke vurderes i en eventuel udredning.

Dette betyder også, at det ikke skal kræves, at psykiske sårbarheder eller psykiatriske diagnoser behandles forud eller sideløbende. Se mere herom i afsnit 10.3.

7. Somatiske tilstande skal kun opfattes som kontraindicerende og/eller kan kun kræves behandlet forud, hvis de er akutte somatiske tilstande og/eller kan være livsskadelige.
8. Alle former for personlighedstest, IQ-test, diagnostiske interviews af psykiatrisk karakter samt vurdering af den enkeltes socioøkonomiske forhold og spørgsmål om barndom og om seksualitet skal afskaffes, da disse forhold ikke har relation til eller relevans for den enkeltes kønsidentitet.

Vi er især bekymrede over, at der på s. 6 i udkastet nævnes, at "Standardiserede testmetoder kan anvendes ud fra en konkret vurdering, i det omfang de er relevante og valide ift. formålet med udredningen, og på en måde som ikke bidrager til øget stigmatisering." Dette giver mulighed for, at den enkelte behandler kan vælge at anvende problematiske testmetoder, hvilket vi mener, at vejledningen bør specificere, ikke er relevant. Ud fra vores praksiserfaringer, er det desuden heller ikke vores oplevelse, at sundhedspersonalet på det nuværende behandlingssted, Sexologisk Klinik, er i stand til at vurdere, som det fremgår af udkastet på s. 6 om en test "bidrager til øget stigmatisering."

9. Der skal ikke tilbydes støttende samtaler i en eventuel udredning, og der skal ikke kræves eller opfordres til refleksionstid.

Al rådgivning, terapi og støttende samtaler bør foregå eksternt og fuldstændig afkoblet fra den køns- og kropsbekræftende behandling – se mere herom i afsnit 13.0. Eventuelle udredende samtaler bør kun fokusere på at finde frem til, hvilke former for behandling den enkelte transperson ønsker.



Den nye vejledning til bør generelt afspejle, at den tidligere diagnose F64.0 er blevet omformuleret og flyttet ud af psykiatrien, og køns- og kropsbekræftende behandling til transpersoner bør derfor følge sundhedsloven og praksis på andre områder i sundhedsvæsenet.

### 8.3 Udredning af psykiatrisk karakter sygeliggør transpersoner

Den nye vejledning bærer præg af, at Sundhedsstyrelsen fortsat betragter det at være transperson som en psykiatrisk problemstilling, eftersom der hele vejen igennem tales om psykisk lidelse som en del af udredningen, samt jævnfør kravet om, at en psykiater skal være en del af MDT. Dette er ikke i overensstemmelse med afskaffelsen af diagnosen F64.0 og oprettelsen af en ny kode.

I den nye vejledning lyder det, at: "Kønsidentitetsforhold kan medføre ønske om sundhedsfaglig hjælp for tilstande, der i sig selv hverken er udtryk for psykisk eller somatisk lidelse." (s. 2), samtidig beskriver udkastet til den nye vejledning en udredningsproces, som er af psykiatrisk karakter, og hvor "Det tværfaglige team skal desuden omfatte relevante kompetencer indenfor vurdering af psykosociale forhold, herunder psykologer og speciallæger i psykiatri med særlig erfaring og kompetencer" (s. 6). Vi forstår ikke, at der skal være en psykiater i MDT, når det at være transperson ikke betragtes som en psykisk lidelse? Og når den behandling, der søges af transpersonen, ikke er af psykiatrisk karakter?

Kravet om, at en psykiater skal være en del af MDT sender ligeledes et klart signal om, at Sundhedsstyrelsen fortsat betragter transpersoner som personer med overvejende psykiske problemstillinger, og at tilgangen til transpersoners ønsker om og behov for behandling er mistænkeliggørende og sygeliggørende. Det er især problematisk, at vejledningen giver mulighed for, at en speciallæge i psykiatri kan være den hovedbehandlingsansvarlige, når selve behandlingen er af somatisk karakter.

Det skal fremgå i vejledningen, at der ikke er tale om en psykiatrisk udredning, og der skal ikke være en psykiater i MDT.

Læs mere om mulighed for henvisning til støttende samtaler og terapi i afsnit 13.0, og om psykiske kontraindikationer i afsnit 10.3.



#### 8.4 Vurdering af, hvem der er en transperson

Vi finder, at der i vejledningen og i sundhedsvæsenet, i henhold til vidnesbyrd fra de transpersoner, vi er i kontakt med gennem vores arbejde, samt adskillige nationale undersøgelser (se fx Amnesty 2014, 2016; Johansen et. al. 2015), gives udtryk for og praktiseres en snæver opfattelse af, hvem der er en transperson. Konsekvensen af at anvende en snæver definition af transpersoner og/eller en binær kønsforståelse er, at en stor gruppe af transpersoner afskæres fra køns- og kropsbekræftende behandling.

Amnesty finder i deres seneste rapport om transpersoners adgang til sundhed i Danmark, at transpersoner, særligt på Sexologisk Klinik, er blevet mødt med strenge forventninger til, hvordan man agerer kvinde eller mand, samt at 'kvinde' og 'mand' er de to eneste anerkendte køns kategorier. Vi ved fra forskning og undersøgelser, samt fra vores arbejde med målgruppen, at konsekvensen af dette er, at transpersoner forsøger at passe ind i de kønsforståelser, som behandlingssystemet opererer med, og at de mennesker, der ikke passer ind i disse forståelser ikke kan rummes i behandlingssystemet og derfor presses til at finde alternative behandlingsmuligheder. Behandlingsmuligheder som kan være farlige, på grund af manglende sundhedsfaglig vejledning og kontrol.

Det er vigtigt at have en vejledning og behandlingstilbud, som arbejder *for* målgruppen og ikke *imod* målgruppen. Derfor er det også altafgørende at have respekt for transpersoners ret til at bestemme over egen identitet og krop. Den eneste, der kan vurdere om en person er transkønnet, er altså vedkommende selv.

Vi anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen i vejledningen anvender en bred definition af transpersoner, som bygger på den enkeltes egen vurdering af, om vedkommende er transperson. Formålet hermed skal være at skabe adgang til køns- og kropsbekræftende behandling for alle transpersoner, der har behov herfor.

Vi tilskynder, at Sundhedsstyrelsen sletter kravet om at konstatere og beskrive 'kønsligt ubehag' samt præciserer, at det ikke er en nødvendighed eller et mål med behandlingen, at den enkelte transperson kan leve op til normer for køn og seksualitet.

Vi mener, det er vigtigt at have en vejledning og et behandlingstilbud, som arbejder *for* målgruppen og ikke *imod* målgruppen. Derfor er det også altafgørende at have respekt for transpersoners ret til at bestemme over egen krop og identitet.



## 9.0 BEHANDLINGSFORLØB

I det følgende vil vi komme med en række overordnede anbefalinger i forhold til behandlingsforløb, samt en række konkrete kommentarer til udkastet, som vi mener, skal fremgå tydeligt i den kommende vejledning.

### 9.1 Overordnede anbefalinger til behandlingsforløb

1. Køns- og kropsbekræftende behandling skal tilbydes af sundhedsprofessionelle med erfaring og ekspertise på det konkrete område.

Hormonbehandling skal fx tilbydes af gynækologer og andre sundhedsprofessionelle med erfaring og ekspertise på området. Den enkelte behandler vurderer i forbindelse med første samtale med patienten, om der, i henhold til Sundhedslovens paragraf 15, kan afgives informeret samtykke, og om den enkelte patient kan overskue konsekvenserne af behandlingen, ligesom det er tilfældet for andre patientgrupper.

2. Der skal være behandlingstilbud flere steder i landet.

Her mener vi ikke, at åbningen af endnu en Sexologisk Klinik/kønsidentitetsklinik er tilstrækkeligt. Der skal være mulighed for frit at vælge mellem behandlere med ekspertise på området, som ikke er tilknyttet MDT eller kønsidentitetsklinikker.

3. Der skal være frit sygehusvalg/mulighed for selv at vælge behandler, som det er gældende for andre patientgrupper i det danske sundhedsvæsen.
4. Køns- og kropsbekræftende behandling skal være omfattet af behandlingsgarantien.

Det bør ikke kunne lade sig gøre og er ikke acceptabelt, at transpersoner skal vente i årevis på at påbegynde behandling.

5. Forud for påbegyndt hormonbehandling eller kirurgiske indgreb bør den sundhedsprofessionelle tilbyde fyldestgørende information om behandlingens kortsigtede og langsigtede konsekvenser.

Dette materiale bør sendes til patienten i skriftlig form, jævnfør sundhedslovens paragraf 15, stk. 3. I henhold til formuleringen om, at "Forventede forandringer bør visualiseres" på udkastets s. 8, mener vi desuden, at der skal stå, at forventede forandringer skal visualiseres.



6. Blodprøvekontrol og andre sundhedstjek skal være tilgængeligt for **alle** transpersoner, også de, der har påbegyndt behandling andetsteds, fx i udlandet eller ved selvmedicinering.

Vi vil gerne bede Sundhedsstyrelsen om at lade det tydeligt fremgå i vejledningen, at det skal være muligt fx at få en recept på et nyt hormonpræparat eller at få ændret dosis, hvis der ikke opnås den ønskede effekt, og at dette skal være muligt UDEN FOR kønsidentitetsklinikkerne og/eller MDT, således at man ikke skal vente på en ny tid der, som det antydes på s.

7. Det skal være muligt at anvende WPATH-breve til at blive overført til, fortsætte eller udvide sin køns- og kropsbekræftende behandling i Danmark.

Behandling påbegyndt i udlandet skal altså ikke føre til en udredning i Danmark inden behandling kan fortsættes.

8. Real Life Testen skal afskaffes.

Real Life Testen (RLT) er for mange transpersoner er umulig at gennemføre grundet diskrimination, familieforhold, arbejde, uddannelsessted mm, og da den ikke siger noget om en persons kønsidentitet. Kønsidentitet og kønsudtryk kan ikke observeres og vurderes. Den enkelte transperson kender selv sin kønsidentitet. Vi finder især formuleringen om nedre kirurgi foruroligende. Her lyder det, at der generelt bør være "tale om et vedholdende kønsligt ubehag og ønske om kirurgi, med afklaret kønsidentitet i minimum 12 sammenhængende måneder svarende til de køns karakteristika, der søges opnået med de ønskede kirurgiske indgreb" (s. 10). Dette lyder som om, at man har tænkt sig at udsætte transpersoner for RLT, hvilket vi finder dybt problematisk. Formuleringen ekskluderer desuden ikkebinære transpersoner fra adgang til behandling.

9. Der skal ikke være nogen krav om sammenhængen eller rækkefølgen af køns- og kropsbekræftende behandlinger.

Den enkelte transperson vurderer selv, hvilke behandlinger denne har behov for, hvornår og i hvilken rækkefølge. Se mere herom i afsnit 10.3.

10. Det skal være muligt at få foretaget kirurgiske indgreb i udlandet, som kirurger i Danmark ikke har den nødvendige ekspertise og erfaring til at udføre, med tilskud fra den danske stat.





I kraft af vores nære kontakt til målgruppen har vi kendskab til transpersoner, der ikke er tilfredse med resultatet af deres køns- og kropsbekræftende kirurgi af denne årsag, samt til transpersoner, der opsøger behandling i udlandet, fordi ekspertisen er større.

#### 11. Der skal ikke søges om tilladelse til kastration hos Sundhedsstyrelsen.

Det bør være op til den enkelte at beslutte, hvilke operationer, man ønsker. Det er desuden problematisk, at vejledningen henviser til den afskaffede diagnose F64.0 jf. en henvisning til sundhedsloven: "Efter gældende regler<sup>xii</sup> kan en ansøger få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf." (s. 14), på trods af, at der tages højde for dette, og det omskrives til "den pågældende har en vedvarende tilstand af ubehag eller forpinthed som følge af uoverensstemmelse mellem fødselskøn og egen kønsidentitet, og at denne tilstand af kønsligt ubehag er vurderet og bekræftet af en speciallæge med særlige kompetencer som led i et tværfagligt udredningsprogram" (s. 14). Se mere om afskaffelse af udredning i afsnit 8.

#### 12. Det skal være muligt at få en 'second opinion' fra en anden sundhedsprofessionel, hvis der ikke gives adgang til køns- og kropsbekræftende behandling.

#### 13. Det skal være muligt at klage over beslutningen, hvis der ikke gives adgang til køns- og kropsbekræftende behandling.

#### 14. Det skal fremgå tydeligt i vejledningen, at sundhedspersonale skal arbejde efter internationale retningslinjer som SOC7.

I udkastet står det nævnt flere gange, at sundhedspersonale skal forholde sig til faglige retningslinjer både nationalt og internationalt, men det er ikke specificeret hvilke. Dette bør tydeligt fremgå.

#### 15. Hvis sundhedsprofessionelle vil udføre forskning om transpersoner, skal den enkelte transperson give sit samtykke til, at data anvendes til forskning.

Beslutningen om at give samtykke til forskning må ikke have nogen betydning for patientens videre behandlingsforløb.

### 9.2 Kongruenskravene skal fjernes

Formuleringen om, at "tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag" skal konstateres og beskrives for at opnå adgang til køns- og kropsbekræftende behandling er uhensigtsmæssig.



For det første manifesterer formuleringen ideen om, at køn og kønsidentitet er vedvarende gennem livet og hermed ikke afspejler forståelsen af, at køn er processuelt, flydende og relationelt. For det andet anerkendes det hermed heller ikke, at et forholdsvis nyt ønske om at få adgang til køns- og kropsmodificerende behandling er lige så validt som et mangeårigt ønske. For det tredje fremgår det ikke, hvordan man gradbøjer kønsligt ubehag? Og for det fjerde er den måde, hvorpå "tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag" er blevet vurderet indtil nu yderst problematisk.

Amnestys (2016) rapport viste, at en lang række transpersoner er blevet tvunget til at vise billeder fra deres barndom, og at en stor del er blevet afkrævet pårørendesamtaler, hvor forældre eller søskende skulle bevidne om den enkelte transpersons oplevelser i barndommen (ibid.). Dette med formålet at bevise, om den enkelte transperson gennem længere tid har haft ønske om at gennemgå behandling. Sådanne krav og praksisser viser begrænset indsigt i transpersoners livsvilkår og udfordringer. Eksempelvis er det for mange transpersoner fuldstændig umuligt at udforske og/eller udleve kønsidentitet og kønsudtryk i hjemmet, familien, skolen, på arbejdspladsen etc., på grund af diskrimination, trusler om vold, samt dominerende normer for køn i samfundet generelt.

Desuden kræver man ikke af andre patientgrupper, at de skal bevise "tilstedeværelsen og graden" af det ubehag eller forhold, der gør, at de søger behandling.

Vi anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen fjerner kravet og formuleringen om, at "tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag" skal konstateres og beskrives for at man kan påbegynde køns- og kropsbekræftende behandling.

### 9.3 Kontraindikationer

På side 2 i vejledningen står der, at: "Kønsidentitetsforhold kan medføre ønske om sundhedsfaglig hjælp for tilstande, der i sig selv hverken er udtryk for psykisk eller somatisk lidelse." (side 2), og på side 6, at tilbud om køns- og kropsmodificerende behandling ikke forudsætter bestemte diagnoser. På trods af dette nævnes psykiske og somatiske kontraindikationer flere steder i vejledningen og særligt i henhold til udredning.



Rådgivning for transpersoner er enige i vejledningens udsagn om, at transpersoner ikke er syge, og at transkønnethed ikke er udtryk for en sygdomstilstand. Vi henstiller derfor til, at denne holdning skinner igennem i hele vejledningen.

Rådgivning for transpersoner anbefaler, at det gøres klart i vejledningen, at tilstedeværelsen af psykiske og somatiske lidelser **IKKE** anses som hindringer eller kontraindikationer for at påbegynde en køns- og kropsbekræftende behandling.

Da man ikke anser det at være transperson som en sygdomstilstand, giver det ikke mening at tale om psykiske sårbarheder og/eller psykiatriske diagnoser som kontraindicerende. Ligesom det heller ikke giver mening at kræve dem behandlet forud eller sideløbende. Omvendt er det faktisk sådan, at mange transpersoner har psykiske trivselsproblemer netop fordi, de ikke kan opnå adgang til køns- og kropsbekræftende behandling, og/eller fordi de oplever stigmatisering, diskrimination og social isolation forbundet med at være transperson. Ingen psykiske sårbarheder eller psykiatriske diagnoser bør ses som kontraindicerende, og kravet om, at de skal behandles forud for eller sideløbende med køns- og kropsbekræftende behandling bør afskaffes. Har en transperson behov for psykiatrisk assistance eller for at se en psykolog, bør dette opsøges eksternt og ses som fuldstændig frakoblet fra den transspecifikke behandling, sådan som det er tilfældet inden for andre behandlingsområder i sundhedsvæsenet.

Rådgivning for transpersoner mener altså, at hvis man kan tåle hormoner, skal man have mulighed for at få hormoner, og at hvis man kan klare en operation, skal man have mulighed for at få en operation. Der bør ikke være andre kontraindikationer end de somatiske, som er af en svær alvorlighedsgrad og/eller livstruende karakter.

#### 9.4 Valg af og rækkefølge af behandlinger

Det skal være op til den enkelte transperson, at beslutte, hvilke køns- og kropsbekræftende behandlinger vedkommende ønsker, hvornår og i hvilken rækkefølge.

Rådgivning for transpersoner finder det dybt problematisk, at man stiller hormonbehandling forud for kirurgi som et krav, at man henstiller til en specifik tidsramme på op til 24 mdr., hvor hormonbehandlingens effekter skal afventes, og at man fx anbefaler styrketræning til transpersoner, der ønsker bilateral mastektomi (s. 9).



Vi finder det ligeledes problematisk, at man gør rekonstruktiv kirurgi til et krav, således at kirurgi kun kan fås som en såkaldt pakkeløsning. Ønsker en transperson fx en bilateral mastektomi uden genplacering af brystvorter skal det være muligt. Vi finder også formuleringen: "Det bemærkes i den forbindelse, at de beskrevne indgreb og den generelle faglige praksis på området er binær fsv. at der tilstræbes enten mandlige eller kvindelige køns karakteristika ved den rekonstruktive kirurgi" problematisk. Det må være op til den enkelte transperson, hvilket resultat, der er ønskværdigt. Ligeledes finder vi det problematisk, at man formulerer tilbuddet om øvre kirurgi således, at: "der kun tilbydes indgreb, så brystet bliver normalt anatomisk proportionelt til kropsbygningen" (s. 9). Vi er meget uforstående over for, hvad denne formulering betyder, da der også blandt cispersoner findes en meget bred variation af fx bryststørrelser og kropsstørrelser. Størrelsen og/eller udformningen må være op til den enkelte transperson at beslutte.

Generelt i forhold til beskrivelser af risici, skal det være tydeligt, hvilke risici, der er tale om, og det skal fremgå, at det i sidste ende er den enkelte transpersons eget valg og vurdering, om der er tale om relevante risici.

Overordnet set beskrives kirurgisk behandling i vejledningen som enten alt eller intet, og som noget, der skal foregå i en bestemt rækkefølge. Dette ekskluderer ikkebinære personer og personer med helbredsmæssige forhold som umuliggør eller medfører særligt forværrede risici ved dele af behandlingen.

Det skal fremgå tydeligt af vejledningen, at det er op til den enkelte transperson, at beslutte, hvilke køns- og kropsbekræftende behandlinger vedkommende ønsker, hvornår og i hvilken rækkefølge.

## 11.0 SEKSUALITET, SEKSUALLIV OG REPRODUKTION

I afsnit 8 i den nye vejledning, lyder det, at: "Udredningen skal i relevant omfang suppleres med fysisk undersøgelse af bryst og kønsorganer, ligesom relevante fysiske og psykosociale forhold vedr. den pågældendes seksualitet og seksualliv skal være afdækket og evt. fremtidige reproduktive ønsker skal være drøftet." (s. 8). Vi finder en udgranskning af seksualitet og seksualliv fuldstændig irrelevant i denne sammenhæng. Det er udelukkende relevant, at den



behandlingsansvarlige læge beskriver de konsekvenser, som indgrebet vil have på organernes funktioner – herunder de seksuelle – men derudover må det være op til den enkelte transperson selv at tage stilling til, om operationen vil have konsekvenser for måden, personen bruger sine nedre dele på. Det skal fremgå tydeligt af vejledningen, at den pågældende ikke skal udspørges om sin seksuelle praksis eller seksualitet.

Derudover virker det som om, at det i vejledningen antydes, at en persons seksualitet siger noget om en persons seksuelle praksis og om, hvordan vedkommende bruger sine nedre og øvre dele, hvilket ikke er tilfældet, hvorfor det ikke giver mening at spørge ind til seksualitet.

Senere i samme afsnit lyder det, at eventuelle fremtidige reproduktive ønsker skal være drøftet. Det skal fremgå tydeligt af vejledningen, at den enkelte transperson skal oplyses om, hvilke konsekvenser kirurgi vil have for reproduktionsmuligheder, og det skal ligeledes indskrives i vejledningen, at transpersonen skal oplyses om reproduktive rettigheder og efterfølgende muligheder for reproduktion.

## 12.0 BØRN OG UNGE

Børn og unge transpersoner og/eller børn og unge, der udforsker deres kønsidentitet og kønsudtryk skal tilbydes en relevant hjælp i det offentlige sundhedssystem. Overordnet set mener vi, at børn og unge skal have de samme muligheder for vejledning, behandling og terapi som voksne transpersoner. Dette afsnit er med for at understrege, at der er bestemte forhold, der skal tages særlige hensyn til, når det drejer sig om børn og unge.

For det første mener vi, at afsnittet langt fra er godt nok gennemarbejdet i nærværende udkast, og vi mener også, det er et område, hvor vi både nationalt og internationalt vil se store forandringer i den nærmeste fremtid.

Vi anbefaler derfor, at der laves en separat vejledning om muligheder for køns- og kropsbekræftende behandling for transpersoner under 18 år.

Dette vil gøre det muligt at revidere vejledningen for børn og unge oftere, uden samtidig at skulle revidere vejledningen for transpersoner over 18 år.



Derudover finder vi det helt centralt, at det prioriteres og sikres, at transpersoner kan tilbydes relevant behandling så tidligt som muligt, da dette i mange tilfælde mindsker mistrivsel og fører til gode medicinske og kirurgiske behandlingsresultater.

Vi anbefaler derfor, at det skal være muligt at starte på stophormoner **FØR** barnet eller den unge går i puberteten. Det skal bero på en individuel vurdering, fx i forhold til Tanner stadie 2, og der skal ikke være noget nedre alderskrav.

Dette stemmer overens med WPATH's seneste anbefalinger til behandling af transkønnede børn og unge (WPATH 2012: 10-21).

Behandlingen af børn og unge transpersoner skal foregå på en respektfuld måde, således at der i behandlingsforløbet tages højde for, at ikke alle har en binær kønsidentitet, og at det varierer fra person til person, hvilke medicinske og kirurgiske behandlingsmuligheder, der er relevante. I behandlingen skal barnet eller den unge støttes i de ønsker og behov som vedkommende har. Der bør tages udgangspunkt i det enkelte barn eller unges livssituation og behov (WPATH 2012: 10-21). Herved tages der også højde for børns ret til medbestemmelse i en hver alder og særligt ved 12. år, jf. børnekonventionen og børneloven.

Hvis barnet eller den unge ikke har forældre, der kan eller vil støtte op om barnets eller den unges kønsidentitet, skal der være mulighed for, at en anden myndig person tæt på vedkommende kan inddrages i behandlingsforløbet, hvis dette er nødvendigt. Ydermere skal det være muligt at modtage behandling flere steder i landet, så alle børn og unge uagtet social og økonomisk status har mulighed for at få adgang til nødvendig behandling.

Vi anbefaler, at det skal være muligt for transpersoner under 18 år at have en bisidder med til samtaler under udrednings- og behandlingsforløb.

Men vi vil gerne igen understrege, at vi ikke mener, det nuværende udkast er brugbart til brug for transpersoner under 18 år. Vi opfordrer derfor kraftigt til, at Sundhedsstyrelsen opprioriterer arbejdet med en vejledning for transpersoner under 18 år.



## 13.0 TILBUD OM RÅDGIVNING OG STØTTENDE SAMTALER

Transpersoner er særligt udsatte for mistrivelser, social isolation og diskrimination i samfundet. I rapporten "LGBT-sundhed – Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner" (Johansen et. al. 2015) påpeges det, at transpersoner mistrives når det gælder visse psykosociale problemstillinger. Fx svarer en markant andel af transpersoner i undersøgelsen, at de ikke har nogle at snakke med, hvis de har problemer (ibid.).

Vi anbefaler derfor, at transpersoner skal kunne tilbydes kvalificeret og støttende terapi. Behandlingen skal have til formål at støtte den berørte transperson i, hvad end denne måtte have behov for. At være transperson i et cisnormativt<sup>4</sup> og transfobisk samfund kræver for mange transpersoner redskaber til at håndtere mødet med andre mennesker. Derudover er det vigtigt af have adgang til et terapeutisk rum, der kan fungere som et trygt rum. Derfor anbefales det, at terapeutiske og rådgivende tilbud afkobles fuldstændigt fra den medicinske og/eller den kirurgiske behandling.

I dag fungerer det sådan, at både udredning, behandling og terapi finder sted det samme sted, og i den nye vejledning lægges der op til, at dette fortsat skal foregå samlet på en såkaldt kønsidentitetsklinik. Dette er uhensigtsmæssigt, da der på den måde er gatekeeper/adgangsgivende funktion for køns- og kropsbekræftende behandling og terapi på samme sted. Der kan ikke oprettes et reelt terapeutisk og trygt rum på et sted, hvor der samtidig foretages vurderinger af personen med henblik på at give adgang til køns- og kropsbekræftende behandling. Beslutninger som altså har store konsekvenser for vedkommendes liv.

Vi anbefaler derfor, at der skabes psykoterapeutiske forløb til transpersoner, som er fuldstændigt afkoblet fra den medicinske og/eller kirurgiske behandling. Det skal fremgå tydeligt i vejledningen, at sundhedspersonalet **IKKE** skal rådgive transpersoner og/eller tilbyde støttende samtaler.

---

<sup>4</sup> Når noget er cisnormativt bygger det på antagelser og forventninger om, at alle er ciskønnede – dvs. identificerer sig med det køn de blev tildelt ved fødslen – og heteroseksuelle, at der kun findes to køn, og at de kan kategoriseres binært og dikotomisk. Cisnormer er gennemgående på alle niveauer i samfundet og er institutionaliserede i form af fx tokønnede cpr-numre, tokønnet opdeling af toiletter, omklædningsrum og aktiviteter i skoler og identifikationskrav i lufthavne, biblioteker, arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner mm.



Psykoterapi skal udbydes af terapeuter med viden og erfaring på området, og bør medtænkes uanset, hvordan vejledningen kommer til at se ud.

## 14.0 KVALITETSSIKRING OG VIDEREUDDANNELSE AF SUNDHEDSPERSONALE

I afsnit 4.1 formuleres det, at: "Både det samlede team og de deltagende sundhedspersoner skal opbygge og vedligeholde særlige kompetencer." Vi vil gerne have det præciseret nærmere, hvilke særlige kompetencer, der er tale om. Det bør ligeledes fremgå, at der som minimum skal arbejdes i henhold til SOC7.

På side 8 står der: "De kirurgiske indgreb, der tilbydes, herunder deres type, omfang, rækkefølge, kombination m.v., skal følge etableret faglig praksis samt nationale og internationale faglige retningslinjer m.v. Ved anvendelse af nye behandlingsprincipper skal der sikres relevant og systematisk erfaringsopsamling og kvalitetssikring". Vi har meget svært ved at forestille os, hvordan det skal kunne lade sig gøre i praksis. Vejledningen lægger umiddelbart op til, at det er de samme kirurger som hidtil har behandlet transpersoner, som fortsat skal udføre operationerne i fremtiden, til trods for, at hverken internationale retningslinjer eller standarder er blevet fulgt tidligere, og til trods for, at der har været sager med meget ringe udførte operationer med store konsekvenser for den enkelte.

Som nævnt i afsnittet om MTD undrer vi os også over, at der ikke stilles minimumskrav til de læger, der foretager de kirurgiske indgreb. Det burde netop være på dette område, at der fastsættes et krav om et minimum antal af operationer om året, for at sikre kvaliteten af de operationer som transpersoner tilbydes. Det skal derfor fremgå af vejledningen, at hvis kompetent behandling i Danmark ikke kan tilbydes, så henvises der til behandling i udlandet.

Vi finder det nødvendigt, at det præciseres yderligere, hvordan man kan kvalitetssikre den køns- og kropsbekræftende behandling i Danmark, og vi finder det helt centralt, at dette sker i henhold til overholdelse af internationale retningslinjer som SOC7, hvilket også skal fremgå tydeligt i vejledningen.





## 15.0 INFORMERET SAMTYKKE

Overordnet set skal behandling af transpersoner bero på princippet om informeret samtykke. Mødet med sundhedssystemet skal ske ud fra præmissen om, at transpersoner, der søger køns- og kropsbekræftende behandling, såvel som andre patientgrupper i sundhedssystemet, er kompetente mennesker, som er eksperter i eget liv. Den umyndiggørende behandling, som, jævnfør forskellige nationale undersøgelser (se fx Johansen et. al. 2015; Amnesty 2016), har fundet sted på området gennem en årrække, skal stoppe. Transpersoner skal have adgang til den køns- og kropsbekræftende behandling, som de har behov for, og det skal være muligt at modtage behandling som passer lige præcis til den enkeltes behov. De standardiserede udrednings- og behandlingsforløb, som finder sted i dag og som fortsat beskrives i den nye vejledning, skal udskiftes med individuelle forløb, til gavn for den enkelte transpersons trivsel og sundhedstilstand.

Vi anbefaler, at adgang til køns- og kropsbekræftende behandling skal ske gennem informeret samtykke.

Dette kan praktisk foregå ved, at den enkelte transperson møder op til en samtale hos den sundhedsprofessionelle, der varetager behandling på det specifikke område. Forud for samtalen får patienten tilsendt fyldestgørende information om den ønskede medicinske behandling og/eller kirurgiske indgreb. Til samtalen med den sundhedsprofessionelle skal der være mulighed for at stille spørgsmål til behandlingen, og den enkelte transperson afgiver her sit skriftlige informerede samtykke til den beskrevne behandling. Herefter kan vedkommende starte i behandling eller blive skrevet på en venteliste, hvis der skulle forefindes sådan én til den ønskede behandling. Principperne om informeret samtykke vil hermed være i overensstemmelse med Sundhedslovens §15, som det er tilfældet for andre patientgrupper.

## 16.0 OPSUMMERING OG OVERORDNEDE ANBEFALINGER

Nærværende dokument er Rådgivning for transpersoners hørings svar, input og anbefalinger til Sundhedsstyrelsens arbejde med revisionen af "vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling". I det følgende vil vi opsummere vores overordnede anbefalinger til at arbejde transinkluderende og anerkendende i



sundhedsvæsenet, for derefter kort at opsummere vores overordnede anbefalinger til vejledningen.

### 16.1 Transinkluderende praksis i sundhedsvæsenet

Følgende anbefalinger er skrevet på baggrund af vores erfaringer med at rådgive transpersoner, udvikle trivsels- og sundhedsfremmende indsatser for transpersoner, samt opkvalificere relevant personale til at arbejde transinkluderende.

Vi anbefaler, at sundhedspersonale:

1. **Undgår** at anvende sygeliggørende sprog, at lave cisnormative og heteronormative antagelser, at kønne personer, hvor de ikke kender pronomen og/eller kønsidentitet (dette gælder også personens partnere, venner, forældre mv.), at fejkønne og anvende forkerte navne og pronomener, at seksualisere eller eksotificere transpersoner.
2. **Ikke antager**, at man kan se/gætte kønsidentitet, eller at kønsidentitet og kønsudtryk er statisk.
3. **Udfordrer** to-kønstænkning.
4. **Støtter** transpersoner ved at spørge (helst forud) om navn og pronomen, bekræfter muligheden for at være transperson, bevidner (og evt. bekræfter) transpersonens oplevelser, imødekommer tvivl og forandring.

### 17.2 Opsummering af overordnede anbefalinger til den nye vejledning

Vi anbefaler selvfølgelig, at man læser det fulde dokument for at få en fyldestgørende forståelse for vores input og anbefalinger, men her følger en opsummering af vores mest centrale anbefalinger til revideringen af vejledningen:

1. **Vejledningen skal rumme en bred definition af 'transpersoner', således at der skabes adgang til køns- og kropsbekræftende behandling for alle transpersoner, der har behov for dette – inklusive ikkebinære transpersoner.**
2. **Adgang til køns- og kropsbekræftende behandling af transpersoner, skal ske gennem informeret samtykke.**
3. **Udredning forud for adgang til køns- og kropsbekræftende behandling skal afskaffes.**



4. Køns- og kropsbekræftende behandling skal tilbydes forskellige steder i landet af sundhedspersonale med erfaring og ekspertise på det konkrete område, hvor der ønskes behandling. Behandling skal kunne tilbydes uden for de såkaldte kønsidentitetsklinikker og MDT.
5. Det skal være op til den enkelte, hvilke behandlinger, der ønskes og i hvilken rækkefølge de skal udføres.
6. Der skal være mulighed for frit at vælge behandler, at få en 'second opinion' samt at klage over beslutningen om tilbud om behandling, og køns- og kropsbekræftende behandling skal være omfattet af behandlingsgarantien.
7. Psykoterapeutiske forløb og støttende samtaler til transpersoner skal være afkoblet fra den medicinske og/eller kirurgiske behandling.
8. Sundhedspersonale skal arbejde i henhold til internationale retningslinjer, der som minimum opfylder SOC7.

Vi regner med, at I vil tage vores bidrag seriøst og ser frem til at læse den reviderede vejledning. Vi står til rådighed, hvis I har uddybende spørgsmål.

*Med venlig hilsen,*

Rådgivning for transpersoner



# LITTERATUR

- Amnesty International (2014). The state decides who I am: lack of legal gender recognition for transgender people in Europe.
- Amnesty International (2016). Transkønnedes adgang til sundhed i Danmark – En opfølgning på Amnestys rapport fra 2014.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), p. 211–224.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Butler, Judith (1993). *Bodies that matter*. New York: Routledge.
- Butler, Judith (2004). *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- FRA (2014). Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Vienna: FRA–European Union Agency for Fundamental Rights.
- Gransell, L., & Hansen, H. (2009). Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår. Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA).
- Grant, Jaime M., Lisa A. Mottet, Justin Tanis, Jack Harrison, Jody L. Herman, and Mara Keisling. *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.
- Graugaard, C., Giraldi, A. & Frisch, M. (2014). Sundhed og trivsel blandt danske LGBT-personer. I: Månedsskrift for almen praksis, Vol. 9, s. 735-743.
- Halberstam, J. Jack (2005). *In a queer time and place: Transgender bodies, subcultural lives*. New York: New York University Press.
- Johansen, Katrine Bindesbøl Holm, Laursen, Bjarne & Juel, Knud (2015). LGBT-Sundhed. Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Larsson, Sam, John Lilja & Björn Fossum (2008). *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Meyerowitz, Joanne (2004). *How Sex Changed. A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge & London: Harvard University Press.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). *Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes*. Clinical Endocrinology
- Ortner, Sherry (1974). Is Female to Male as Nature is to Culture? I: *Woman, Culture and Society*. M. Z. Rosaldo and L. Lamphere (red.). Stanford University Press.
- Simonsen, R. K., Hald, G. M., Giraldi, A. G. E., & Kristensen, E. M. (2015). A sociodemographic study of Danish individuals diagnosed with transsexualism. I: *Sexual Medicine*.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity*. London: Routledge, s. 280-304
- Stryker, Susan, & Whittle, Stephen, red. 2006. *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.
- Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, De Cuypere G, T'Sjoen G. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. (2015). I: Archives of Sexual Behavior, Vol. ;44(5), s. 1281-7.
- WPAT (2012): *Standards of care – for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*. World Professional Association for Transgender Health (WPAT).



Dato 17-07-2017

NWM

Sagsnr. 5-1010-1203/1

+45 7222 7525

## Høringssvar - Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling

Sundhedsstyrelsen har sendt et udkast til revision af [vejledning nr. 10353 af 19. december 2014 om udredning og behandling af transkønnede](#) i høring.

Vejledningen tager udgangspunkt i autorisationslovens § 17, der stiller krav om udvisning af omhu og samvittighedsfuldhed til sundhedspersoner. Den oprindelige vejledning tog sit faglige udgangspunkt i daværende nyeste udgave af "Standards of Care" (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People.

Der var således tale om en faglig vejledning til sundhedspersoner, dvs. til de læger m.v., der var ansvarlige for udredning og behandling af transkønnede.

Styrelsen for Patientsikkerhed opfatter det foreliggende udkast til revideret vejledning, således at det også har som formål at give information til transkønnede, som ønsker behandling i sundhedsvæsenet.

Styrelsen for Patientsikkerhed finder, at fordi vejledningen har så vidt forskellige målgrupper (både sundhedspersoner og patienter) bliver den svækket som faglig vejledning i forhold til sundhedspersonerne, og dette kan svække patientsikkerheden. Styrelsen vil derfor foreslå en opdeling i:

- En faglig vejledning til sundhedspersoner og
- En pjece/vejledning med information til transkønnede

Der findes flere, specielt af de indledende afsnit, som ville vinde ved en sådan opdeling. Afsnittene vedrørende faglig vejledning vil dermed blive kortere, mere stringente og således mere anvendelige for sundhedspersonalet.

Vejledningsudkastet indeholder henvisninger til og citater m.v. fra andre faglige vejledninger samt lovgivning, som bl.a. hører under Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen finder det principielt uhensigtsmæssigt, at faglige vejledninger citerer andre faglige vejledninger og lovgivning, idet disse løbende bliver ændret. Der kan således hurtigt opstå usikkerhed om, hvad der er gældende ret, når der ikke er indført en systematisk overvågning af citerede vejledninger og lovgivning og en samtidig tilpasning hertil.

Desuden må de nævnte vejledninger og lovgivningen forventes, at være kendt af sundhedspersonale.

Informativ omtale af vejledninger og lovgivning kan mere hensigtsmæssigt ske i en informationspiece/vejledning til transkønnede.

Herudover finder Styrelsen for Patientsikkerhed det vigtigt at fastholde, at der gælder de samme krav for behandlingen af transkønnede, som for andre patienter i det offentlige sundhedsvæsen, herunder eksempelvis kravet om informeret samtykke og om indikation som betingelse for behandling.

Indikationen er begrundelsen for påbegyndelse af al udredning og behandling, og der skal foreligge en indikation for behandling efter autorisationslovens § 17.

I kapitel 6 sidste afsnit anføres: ” *Tilbud om behandling forudsætter ikke bestemte diagnoser, men lægefaglige indikationer* som f.eks.

tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag skal beskrives i journalen ligesom evt. tilstande og lidelser, der kan udgøre kontraindikationer.”

Når diagnosen DF64 ”Kønsidentitetsforstyrrelser” er fjernet fra SKS, uden der er oprettet en anden anvendelig diagnose, og der anvendes

kontaktdiagnoserne DZ768E i stedet, behandles de transkønnede anderledes end andre patienter i sundhedsvæsenet når diagnose og indikation stilles.

Diagnosen og dermed indikationen kan herved blive uklar.

SOC anvender ordet ”kønsdysfori”, som også bør indgå i vejledningen for en præcis beskrivelse, i sær med baggrund i, at diagnosen DF64 er fjernet.

Styrelsen for Patientsikkerhed har noteret sig, at Sundhedsstyrelsen har valgt ikke at fastsætte alderskrav for behandling med ”stophormon” eller kønshormon.

Styrelsen for Patientsikkerhed skal desuden mere specifikt foreslå, at:

- Kapitel 4, 2. afsnit: ”bør” skal ændres til ”skal”.
- De præcise krav til det MDT beskrives ét sted og der henvises hertil. Kravene er spredt. Styrelsen anbefaler, at kravene til den forløbsansvarlige læge bliver beskrevet herunder.
- Titlen på kapitlet ”Rådgivning, udredning og behandling af personer under 18 år” bibeholdes da dette findes langt bedre dækkende end ”Kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år”, da rådgivning skal være et stærkt element heraf i behandlingen af unge under 18 år.

**Afdelingslæge, MPH, HD**

**Specialkonsulent**

Sundhedsstyrelsen  
Danmark  
Attn.: Christina Debes Helm

By email: [Enhedeub@sst.dk](mailto:Enhedeub@sst.dk)

Berlin, August 01 2017

**Subject: Submission to Public Consultation on a Trans-specific  
Healthcare protocol in Denmark (Høring af vejledning om  
sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende  
behandling)**

Dear Christina Debes Helm,

Hereby we wish to submit our observations and suggestions on behalf of Transgender Europe – TGEU on the consultation on the proposed healthcare protocol concerning trans-related care, as published on 02 June 2017.

TGEU is the leading European human rights umbrella organisation with more than 100 member organisations in 42 states in Europe working for the equality and human rights of all transgender people in Europe. TGEU has been spearheading the paradigm shift of how legal gender recognition is understood and implemented in Europe. Denmark has been pioneering in this field in 2014 with the first fully demedicalised legal gender recognition law in Europe. Denmark took an even braver step in being the first country in Europe to depathologize transgender identities while continuing to provide trans-specific healthcare without classifying it as a disease. This change in the books needs to be followed by changes in practice. Provision of trans-specific healthcare must have an empowerment and decentralised approach at its heart.

However, we have learnt from our members and partners in the country that the already then worrying situation of trans-specific healthcare provision has further deteriorated since 2014. We were thus delighted to learn that a public consultation process including a conference earlier this year looking into international good practice was organised, facilitating a long-over due dialogue between service providers, health authorities and the trans community. TGEU had been very pleased to be invited to the conference to share insights and recommendations on how to reform trans-specific



healthcare to match international human rights standards. On our own costs, TGEU made available additional expertise from Clinic Q (London, UK), a leader in meeting healthcare needs of trans people taking a holistic view.

It is with great regret that the proposed healthcare protocol falls short of providing a care model that is accessible, adequate, based on informed consent and meeting international quality standards. In fact the proposed changes are of cosmetic nature and would not substantially reform the existent system and thus perpetuate monopolism in care provision.

We call upon the Health Authorities to engage in a meaningful dialogue with the people who will be affected by the protocol, namely trans people and organisations representing their interests, in a genuine quest for better healthcare provision for trans people in Denmark. Amnesty International Denmark, Transpolitisk Forum and LGBT Denmark made constructive proposals to this end at the conference. Therefore, we deliver our observations as additions to these and strongly encourage you to continue the development process in close consultation together with trans people in Denmark.

### **TGEU observations:**

In general, a system of trans-specific healthcare should have the following characteristics:

- It is based on informed consent and care provision is based on the individual's needs.
- It is accessible without discrimination in regard to health status, sexual orientation, age or other personal characteristic of the individual.
- It is available in close proximity of the individual seeking treatment.
- Its implementation is regularly monitored by external experts and in close consultation with trans organisations.

1. Involvement of psychiatrists should be excluded from the evaluation and treatment of trans individuals. Mandatory multidisciplinary teams should be dropped in favour of a more flexible and needs-based approach. Trans individuals should not be forced to go through a psychiatric evaluation (screening for personality disorders or psychiatric disorders) in order to access treatment. The main specialist in charge of giving access to treatment should no longer be a psychiatrist. Instead a practitioner who is a specialist in physical health and knows about treatment options should be the leading expert.
2. Training about transgender matters should be introduced to all GPs and in fact ideally, to all health care professionals in the Danish Health care system. GPs should be trained, informed and reminded of their duty to provide services such as hormone replacement treatment as well as related blood works, and aftercare of surgical interventions also to their transgender patients.
3. Practicing gynaecologists should be able to make decisions regarding access to hormone treatment for trans individuals based on their

individual expertise without having to meet unrealistic criteria (e.g. annual case numbers).

4. It should be possible for trans individuals to be referred to a mental health specialist as many trans individuals suffer from anxiety, depression or distress as it can be overwhelming to live in a transphobic society and emotionally difficult to go through a transition. Mental health provision should however be optional and should be provided by psychologists who are not involved in decisions regarding access to treatment.
5. Trans-specific healthcare should be made available also to underage individuals without subjecting them to a mandatory psychiatric screening, let alone having to go through a second psychiatric assessment.
6. Transgender people should have the same guaranties as other groups in the healthcare system, regarding maximum waiting times, quality control, and possibility to choose form of treatment and place of treatment etc.

We look forward to discuss with you how this reform can help trans people to obtain the best care possible and for Denmark to become again a European champion in the provision of trans-specific healthcare.

Sincerely Yours,



Richard Köhler  
Transgender Europe  
Deputy Executive Director

[richard@tgeu.org](mailto:richard@tgeu.org)  
+49 177 65 31 518

# Transpolitisk Interesseorganisations høringssvar til *Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling*, udkast 22-05-2017

## Sprogligt

Først og fremmest sætter vi stor pris på det arbejde, der er blevet gjort på at efterkomme nogle af os transkønnedes ønsker i forhold til sprogbrug i det nyeste udkast. Vi er særligt tilfredse med, at begrebet "biologisk køn" er helt fraværende til fordel for det mere korrekte "ved fødslen tildelte køn" eller i tilfælde af faktiske biologiske forhold, direkte benævnelse af de konkrete forhold.

Vi har derfor i forbindelse yderligere nogle bemærkninger til, hvordan vejledningen rent sprogligt kan gøres endnu bedre.

Først og fremmest er der gjort en graverende fejl i overgangen fra brugen af "biologisk køn" til at bruge "tildelt køn". Det er simpelthen en misforståelse af proportioner, at "tildelt køn" bruges til at beskrive kropslige forhold i afsnit 8 om "kønsmodificerende kirurgi hos voksne". Begrebet er udelukkende til for at beskrive et socialt forhold; Altså en social transaktion, der almindeligvis tager sted umiddelbart efter et barns fødsel, deraf ordet tildelt. Det kan ikke bruges som stedfortræder for specifikke biologiske forhold så som udseende eller funktion af kønsorganer, bryststørrelse eller aktuelle androgen- og østrogen forhold i kroppen.

Det er også vigtigt for os at udfordre begrebet "kønsmodificerende behandling". Vi mener at dette er et meget underligt begreb at bruge til at beskrive den medicinske behandling, transpersoner søger, da det lyder som om, at sundhedssystemet står for at ændre transpersoners køn. Hvad et individs køn er, kan udelukkende defineres af individet selv. Det skulle lovændringen omkring juridisk kønsskifte stadfæstet i 2014 gerne have slået fast. Vi mener dette er en farlig og fejlagtig identificering af, hvilken behandling transpersoner søger.

Vi oplever ikke, at vores medlemmer opsøger sundhedssystemet for at få "modificeret" deres køn.

Vi oplever, at vores medlemmers medicinske behov, er at afstemme kroppen med det køn, de identificerer stærkest med. For transkvinder og transmænd handler dette ofte om de gængse synlige og usynlige normer for henholdsvis kvinder og mænd, mens det for ikke-binære ofte handler om at have den krop, der passer til selvopfattelsen af, hvad en normal krop er for det gældende ikke-binære køn. Derfor finder vi det langt mere hensynsfuldt overfor transkønnede patienter at anse den behandling, de søger, som en "kropsnormaliserende behandling".

Her bliver sprog meget vigtigt, fordi hele retorikken om at "skifte køn" eller på anden måde lave "ændringer" på køn, tager transpersoner væk fra ciskønnede patientgrupper, der oplever samme eller lignende behov og problemer som transpersoner.

Når en ciskønnet kvinde oplever gener ved androgen skægvækst, kan hun få konstateret måske f.eks. "hirsutisme", fordi der eksisterer en norm i samfundet om, at kvinder ikke har skæg. Ligeledes eksisterer der normer for hormonniveauer og mange andre kropslige forhold for mænd og kvinder. Falder en ciskønnet kvinde uden for normen, f.eks. ved at have androgen skægvækst eller polycystisk ovariesyndrom, og lider hun tilstrækkelig overlast af dette, kan hun tilbydes medicinsk intervention - f.eks. laserbehandling eller hormontilskud. Det samme gør sig f.eks. gældende for ciskønnede mænd og forhold som f.eks. hypogonadisme. Alt dette for at få disse cispersoners kroppe til at passe bedre ind i normen. Vi ønsker at transpersoners behandling i udgangspunktet skal opfattes på samme vis, der hvor det giver mening. Således transpersoner som oplever gener ved f.eks. ikke-normativ hårvækst, hormoner, osv, gives samme vilkår for udredning og behandling som cispersoner i samme situation.

Udkastet insinuerer også, at transpersoner søger medicinsk behandling pga. en uoverensstemmelse mellem kønsidentitet og deres ved fødslen tildelte køn. Dette er ukorrekt. En transpersons ved fødslen tildelte køn er et historisk faktum, og kan ikke ændres på. Det kan derimod dennes synlige kønstræk. Vi foreslår derfor formuleringen "uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet" ændret til "uoverensstemmelse mellem kønsidentitet og synlige kønstræk" alle de steder, den optræder.

Vi forholder os dertil skeptiske overfor at karakterisere den behandling transpersoner søger som noget der skal "afhjælpe kønsligt ubehag". Det virker som et forsøg på at bevare det sygeliggørende begreb "kønsdysfori" nu oversat til "kønsligt ubehag". Problemet med "kønsdysfori" ligger ikke i ordet selv, men i idéen om, at transpersoners reaktion på egen krop er en sygelig reaktion.

Sidst men ikke mindst, finder vi det suspekt, at den generelle behandlings sigte i indledningen formuleres således "tilsigter ændring af medfødte kønskarakteristika". Her kan vi kun forestille os, at "medfødte kønskarakteristika" refererer til kønsorganer, da sekundære kønstræk efter vores bedste viden ikke normalvis er til stede ved fødslen, men først udvikles meget senere, i puberteten. Det virker inkonsistent med resten af artiklen, som også nævner mange andre typer indgreb såsom hormonbehandling og indgreb på brystet. Vi slår særligt ned på denne formulering også af frygt for, at transkønnede børns behov bliver glemt. Selvom "tilsigter ændring af kønskarakteristika" formentlig er gældende for mange af de behandlingstilbud denne vejledning beskriver, er den ikke komplet dækkende i f.eks. tilfælde, hvor behandlingen tilsigter at forhindre uønsket udvikling af kønskarakteristika, som f.eks. stophormoner.

## Stigmatisering

Vi er meget glade for, at dette udkast til vejledningen indeholder afsnittet 3.1, "respekt og inddragelse", og særligt henrykte over, at dette afsnit gør det klart, at patienters foretrukne navne og stedord bør respekteres.

Vi er imidlertid bekymrede om, hvorvidt dette kommer til rent faktisk at blive respekteret i praksis. Vores medlemmer oplever, at det er kotume at referere til dem med udgangspunkt i deres tildelte køn i stedet for at respektere deres kønsidentitet, især når det gælder journaler, hvor transmænd betegnes som "biologiske kvinder" og transkvinder betegnes som "biologiske mænd". Dette er for vores medlemmer meget ubehageligt at læse, og gør at de mister tiltroen til at deres behandler ønsker at give dem en behandling, der tager udgangspunkt i hjælpe dem med at komme biologisk så tæt som muligt på normen for det køn, de identificerer sig stærkest med. Vi mener det bør indskræpes tydeligere overfor behandlere, at de ikke bør bruge begreber som "biologisk køn", "biologisk mand" eller "biologisk kvinde", men i stedet referere til de konkrete biologiske forhold de tænker på hermed, om dette så gælder udseendet på patientens kønsorganer, deres aktuelle androgen- og østrogenniveauer, kønnede kromosomsammensætninger, eller hvad end behandleren ellers kunne finde på at lægge bag dette vagt defineret begreb "biologisk køn". Hertil undres vi, om det er kotume at notere et "biologisk køn" i ciskønnede patienters journaler, eller om det kan passe, at denne term kun bruges om transkønnede patienter.

Dette er af betydning for patientens velbefindende, og for at de kan stole på, at behandleren har de bedste intentioner, men vi tror også det har en påvirkning på kvaliteten af den behandling, de får. Flere af vores medlemmer har udtrykt bekymring for, at behandlere, der opfatter dem som "biologisk set" deres ved fødslen tildelte køn, er tilbøjelige til at give dem lavere doser af hormontilskud eller hormonblokkere end behandlere, som anerkender deres kønsidentitet. Hvis sådanne forskelsbehandling foregår baseret på om behandlere anerkender en transpersons kønsidentitet eller fortsat ser denne som noget indbildt, er det dybt problematisk. Hvis dette afsnit 3.1 kommer til at stå i den endelige vejledning, håber vi at Sundhedsstyrelsen vil lægge en målrettet indsats i at se til, at det efterleves i praksis.

## Kategorisering af behandlingstilbud

Vi ser det som et vigtigt fremskridt, at der i afsnit 6, Vurdering før kønsmodificerende behandling, fastslås følgende om betingelser: "Det er ikke en betingelse for at modtage kønsmodificerende medicinsk behandling, at den pågældende ønsker efterfølgende kønsmodificerende kirurgi"

Det giver en meget tiltrængt anerkendelse af, at kirurgi på kønsorganerne og øvrige indgreb er forskellige ting, og anerkendelse af, at der ikke findes en "samlet pakke", som alle transpersoner nødvendigvis må forventes at ønske. Men her ser vi også potentiale for forbedring.

Vi har allerede kritiseret begrebet "kønsmodificerende" i den sproglige del, men forholder os ydermere stærkt kritiske overfor den måde, det bliver brugt på i vejledningen til at kategorisere behandling. Vi mener at det er et alt for bredt begreb, og virker til at have til formål at beskrive visse behandlingstilbud til transpersoner som noget særligt, selvom disse oprindeligt er udviklede til ciskønnede patienter.

Her tænker vi igen særligt på hormonbehandling, der ikke udføres anderledes alt efter om det er en transperson eller en cisperson, der modtager injektioner, piller, gel eller plastre. Vi ved godt, at en del af denne kritik går udover denne vejlednings domæne og ind i specialeplanlægningen, men vil alligevel minde om, at vi finder det stærkt kritisabelt og diskriminerende, at visse typer hormonbehandling på transkønnede personer anses som højt specialiseret, mens samme typer hormonbehandling på ciskønnede personer ikke har samme specialiseringsgrad.

Det virker for os indlysende, at behandlere i et sundhedssystem uden institutionaliseret diskrimination, vil gøre deres bedste for at give personer af samme juridiske køn ens muligheder for behandling efter der er taget højde for den enkeltes særlige kropslige forhold. Der kan ikke findes nogen god faglig begrundelse for at forskelsbehandle patienter for behandling af hormoner baseret på om de er transkønnede, da transkøn er en social konstruktion, der ikke har endokrinologisk karakter.

## Kravet om det multidisciplinære team bør afskaffes

Vi ser behovet for at have et højt specialiseret multidisciplinært team som et behov, der kommer udelukkende indefra sundhedsvæsenet som modreaktion på fremskridt i transpersoners retslige vilkår i forbindelse med afskaffelsen af kastrationskravet for juridisk kønsskifte. For os at se har de tårnhøje krav til behandlere ingen gavnlig effekt for os transkønnede patienter, men gør til gengæld at mængden af tilbud til transpersoner bliver holdt kunstigt nede, således der er opstået først et landsdækkende monopol i Sexologisk Klinik, RH og senere regionale monopoler i kraft af den store afstand til Sexologisk Center, AU.

Vi ønsker heller ikke, at de forskellige behov transpersoner har skal blandes sammen. Det er særligt vigtigt for os, at vejledning og psykologhjælp foregår uden forbindelse til udredningen, da vi ikke tror på, at en transkønnede patienter kan opbygge den nødvendige tillid for et successfuldt forløb med en rådgiver eller psykolog som samtidigt rapportere tilbage til folk, som agerer gatekeepers for behandling af somatisk karakter.

## Debatindlæg eller faglig vejledning?

Vi opfatter, at dele af udkastet virker mere som et debatindlæg, der prøver at gendrive kritik, I måske forventer at få, end de virker som faglige vejledninger skrevet til behandlere. Dette gælder f.eks. nogle af bemærkningerne omkring fortolkningen af "informeret samtykke". Selvom det er mere interessant som lægfolk at læse en tekst, der virker tilpasset efter vores faglige niveau, finder vi det upassende, at der bruges krudt på at forsvare praksis både

transpersoner, menneskerettighedsorganisationer og folketingspolitikere har rettet kritik imod i stedet for at fokusere på at sikre, at transkønnede patienter inddrages og får den bedste behandling. Det gør vejledningen unødvendig lang og præget af redundans, der tager fokus væk fra behandlingen.

Vi mener især, at gendrivelse som "deltagelse af psykologer eller psykiatere i udredning og behandling betyder ikke, at de mennesker, der søger hjælp, opfattes som psykisk syge" har ingen plads i en sundhedsfaglig vejledning. Sundhedsstyrelsen bør anerkende, at det at være transperson ikke længere figurerer som en personlighedsforstyrrelse. Vi på vegne af Transkønnedes Interesseorganisation mener fortsat, at det er fuldstændigt urimeligt at tvinge transpersoner igennem en psykiatrisk udredning, hvor der ikke er rimeligt belæg for mistanke om psykisk sårbarhed.

## Opsummering og anbefalinger

Vi observerer, at på trods af få forbedringer, bevarer udkastet langt de fleste af de problematiske elementer fra tidligere hørte udkast, selvom vi har kritiseret dem igen og igen. Vi vil ikke gå mere i dybden med udkastet, men gentage vores holdninger til udredning og behandling af transpersoner generelt:

- Vi accepterer ikke, at alle transpersoner partout tvinges ind i psykiatriske udredninger uden rimelig grund til mistanke.
- Afskaf de multidisciplinære team og tårnhøje krav til behandlere.
- Transkønnede personer skal have adgang til hormonbehandling og kirurgi på bryst under samme vilkår som ciskønnede personer - vi opfatter det som diskriminerende, at transpersoner har en særlig udredningsvejledning forskellig fra den for cispersoner, når det gælder samme typer kropsnormaliserende behandling.
- Når det gælder særlige indgreb på kønsorganer, som sjældent foretages på ciskønnede personer, bør for transpersoner efterstræbes en tilgængelighed, omsorgsfuldhed og tilfredshedsrate sammenlignelig med andre typer rekonstruktiv kirurgi på kønsorganerne. Der bør for denne type kirurgi (som udføres udelukkende på transpersoner) fastsættes et rimeligt minimum for antal operationer en kirurg bør udføre om året for at være kvalificeret til at udføre behandlingen, og patienter sendes til kompetent behandling i udlandet så længe der ikke er nok efterspørgsel til at opfylde dette krav i Danmark. 0-1 operationer om året er absurd lavt. Mens vi foretrækker afskaffelsen af de interdisciplinære teams, finder vi det, rimeligt, at en kirurg skal udføre minimum 30 indgreb om året af en given type kirurgi på kønsorganerne for at være kvalificeret. Det er også nødvendigt at se på flere udenlandske behandlingssteder, så den aktuelt mangeårige ventetid bringes ned.
- Vi forholder os stærkt kritiske til kravet om, at seksualitet og seksualliv gøres blandes ind i udredningen. Vi ser ikke, at det kommer sundhedspersonale ved, medmindre patienten selv bringer emnerne op.

- Minimumskrav til refleksionstid bør afskaffes.
- Vi anbefaler, at hyre en konsulent med forstand på lingvistik og transinkluderende sprogbrug til at gennemse kommende udkast for at undgå forkert brug af begreber, der har sin oprindelse uden for medicinfaget.