

Sag: Høringssvar ifm. høring af Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens 2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Dokumenter:

Dansk Regnbueråd høringssvar

Nonkonform høringssvar

Det Ethiske Råd høringssvar

Dansk Pædiatrisk Selskab høringssvar

Region Hovedstaden høringssvar

Dorte høringssvar

Dansk Selskab for Almen Medicin høringssvar

Styrelsen for Patientsikkerhed høringssvar

Institut for Menneskerettigheder høringssvar

Lotte høringssvar

Dansk Psykolog Forening høringssvar

Autisme- og Aspergerforeningen høringssvar

Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab (BUP-DK) høringssvar

Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn (FSTB) høringssvar

Netværksgruppen Kvinderettigheder høringssvar

Amanda høringssvar

Theo (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar

Amila (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar

Memphis (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar

Milan (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar

Region Sjælland høringssvar

Cecilie høringssvar

Aarhus stemmeklinik høringssvar

Styrelsen for Patientsikkerhed høringssvar

Medea (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Irina (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Dansk Psykiatrisk Selskab høringssvar
Forældre til transidentificerende ung høringssvar
Jane høringssvar
Dansk Sygepleje Selskab høringssvar (ingen bemærkninger)
Marie (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Ray (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Storm (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Kirstine (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Oscar (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Theodor (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Emma (Researchkollektivet (Trans Tjek) høringssvar
Mio (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Hazel (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Alexandra (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Elena (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Terry (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Gro (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Sofie (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Frej (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Ada (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Styrelsen for patientklager høringssvar (ingen bemærkninger)
Elin (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Region Midtjylland høringssvar
LGBT+ Danmark høringssvar
Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækolog (DSOG) høringssvar
Rebecca (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Lasse (speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri) høringssvar
Region Nordjylland høringssvar

Svar til patient fra CKI OUH – videresendt som høringssvar

Vedrørende undtagelse af kønsbekræftende kirurgi fra det udvidede frie sygehusvalg

Amalie (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar

Marie Louise (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar

Juno (Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar

Sex og Samfund høringssvar

Social- og Boligministeriet høringssvar

Genspect høringssvar

Landsforeningen for transmænd og transkvinder høringssvar

Lucy høringssvar

Dansk Urologisk Selskab høringssvar

Center for Kønsidentitet OUH høringssvar

CKI Odense og CKI København bekymringshenvendelse

15507071, Dansk Regnbueråd Høringssvar

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 73

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



Danish Rainbow Council
Dansk Regnbueråd
vi støtter
Genspect



HØRINGSSVAR

Dansk Regnbueråd takker for muligheden for at blive hørt ifm. den nyligt publicerede ['Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'](#).

1. Når ideologi og lægevidenskab går hånd i hånd ...

Vi er stærkt kritiske over for det faglige grundlag, behandlingsetikken og metodikken.

Vejledningen er meget forsinket ift. de oprindelige udmeldinger fra Sundhedsministeren, og vi havde et håb om, at Sundhedsstyrelsen var forsinket som følge af grundig dataindsamling med resulterende besindelse. Det er desværre ikke tilfældet. Tværtimod forekommer vejledningen endnu mere 'transideologisk' i sit udgangspunkt og sprogbrug end [den nugældende vejledning](#).

Den ideologisk prægede definition af rammerne omkring den lidelse, som SST ønsker at lindre hos børn og unge, er en stor del af problemet - for den levner faktisk ingen anden behandlingsmulighed end at medicinere og udføre kirurgi på de patienter, der vurderes at opfylde de diagnostiske krav hertil - og netop diagnostisk sikkerhed er helt fraværende.

Det er Dansk Regnbueråds opfattelse, at en bekymrende forening af kønsideologi og lægevidenskab ligger til grund for både den tidligere og den nye behandlingsvejledning. Det finder vi behandlingsetisk dybt problematisk og lægefagligt særlig angribeligt.

2. Baggrund og formål

Det enkelte menneskes kønsidentitet kan være forskelligt fra det køn, der konstateres ved fødslen. Sundhedsstyrelsen anvender betegnelsen 'uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet', indtil der er stillet en diagnose, mens 'kønsinkongruens' er diagnosebetegnelsen, som anvendes, når der er stillet en diagnose. Nogle personer med kønsinkongruens ønsker sundhedsfaglig hjælp til at stoppe udviklingen af eller ændre eksisterende kønskarakteristika. Denne publikation omhandler forhold omkring sundhedsfaglig støtte, udredning og behandling heraf. De sundhedsfaglige opgaver forbundet med at hjælpe og understøtte den enkeltes kønsidentitet og kønsudtryk involverer støtte og rådgivning, udredning og afklaring af kønsidentitetsspørgsmål samt eventuelt behandling med det formål at ændre kønskarakteristika. Behandlingen kan være kønsmodificerende medicinsk behandling til at hindre udvikling af kønskarakteristika i forbindelse med puberteten, eller ændre kønskarakteristika ved hjælp af kønsmodificerende medicinsk eller kirurgisk behandling. Psykosocial støtte og rådgivning er et grundlæggende element af den samlede indsats, både før og under et eventuelt behandlingsforløb.

2. SST & Cass-rapporten

Vi vil i det følgende anholde de væsentligste kritikpunkter af den nye behandlingsvejledning, hvilket vi gør med input fra Dansk Regnbueråds lægefaglige rådgiver, speciallæge i børne- og ungespsykiatri v. Bispebjerg Hospital, overlæge Lasse Sørensen.

Vi har bl.a. taget udgangspunkt i den britiske Cass-rapport, navngivet efter formanden for arbejdsgruppen, der udformede den, pædiater Dame dr. Hillary Cass, FRCP.

Rapporten er den mest omfattende af sin slags, og gør brug af data fra hele verden, men navnlig fra Storbritannien, der medicinsk og kirurgisk har transitioneret tusinder af børn og unge.

Cass-arbejdsgruppen udkom med sine endelige konklusioner i april efter at have brugt fire år på at indsamle og forholde sig til de anseelige mængder data. Der blev bl.a. analyseret på data fra The Tavistock Clinic, NHS' [skandaleramte og nu nedlukkede behandlingstilbud](#) til børn og unge med kønsdysfori (kønsligt ubehag). Det er en lidelse som SST i sin nye vejledning nu afpatologiserer yderligere ved eufemistisk at reducere den til såkaldt *kønsinkongruens* (kønsuforenelighed). 'Ubehaget', *lidelsen*, er reduceret til blot 'uforenelighed', altså en *tilstand*.

Det er semantik, ja, men ganske væsentlig semantik, hvis man vil forstå den grundlæggende tanke - ideologi - bag behandlingstilbuddet. At føle sig som det modsatte køn, er efter SSTs opfattelse ikke en *lidelse*, der skal kureres, som man traditionelt søger at gøre med psykiske lidelser. Nej. Det er en uforanderlig *tilstand*, noget medfødt, der skal anerkendes og behandles understøttende med medicin og kirurgi, som retter op på ubalancen mellem patientens udseende og indre følelse.

Denne behandling er i sin fulde udfoldelse irreversibel og har drastiske følger for patienten på en række livsvæsentlige parametre, bl.a. fertiliteten. Beslutningen om at modtage behandlingen tages af patienten evt. sammen med patientens forældre, ofte før patienten er kønsmoden og forstår konsekvenserne af de fravalgt behandlingen indebærer, fx af muligheden for at få børn eller for [overhovedet at kunne fungere seksuelt](#) efter behandling med stophormoner.

Men kan et barn eller et psykisk sårbart ungt menneske med fx autisme give kvalificeret samtykke til en sådan behandling? Og hvad hvis patienten fortryder? Ingen af disse overvejelser er reflekteret i SSTs nye vejledning, endsi den tidligere og nugældende.

Det er bemærkelsesværdigt, at SST ikke én gang refererer til Cass-rapporten, der jo er det grundigste studie, som endnu er lavet på området. Agnethe Vale, daværende chef i Enhed for Sygehusplanlægning, oplyste ifm. publikationen af den endelige Cass-rapport følgende i en [artikel i P.O.V.](#):

"Vi er selvfølgelig opmærksomme på rapporten," siger Agnethe Vale, og hun tilføjer, at man i forvejen har orienteret sig løbende om udviklingen på området i sammenlignelige lande og andre. Ændringer, som arbejdet med Cass-rapporten tidligere udløste i England, er også gennemført i Danmark. Derfor anses det ikke for nødvendigt at involvere arbejdsgruppen på ny."

Som man senere vil se dokumenteret, har SST på ingen måde agtet på Cass-rapportens konklusioner.

3. Totalt forbud i Storbritannien

De britiske sundhedsmyndigheder besluttede, som nævnt, at lukke sit svar på Sexologisk Klinik, The Tavistock Clinic, sidste år og [har netop helt forbudt brugen af bl.a. stophormoner](#) til børn under 18 år. Dermed afvikler NHS de facto medicinsk kønsskifte til mindreårige. Årsagen, der anføres, er, at det har vist sig for risikabelt og evidensen for gavnligheden af behandlingen for patienterne alt for lav til at opretholde tilbuddet.

SST gør imidlertid nu, højst besynderligt, det stik modsatte, og fortsætter ufortrødent den stærkt kritiserede, potentielt irreversible behandling med stophormoner til de yngste børn - og styrelsen åbner tilmed mulighed for, at også patienter, der er yngre end 15 år, kan modtage behandling med irreversible krydshormoner.

Senere vil vi gennemgå de væsentligste kritikpunkter i den nye behandlingsvejledning ved bl.a. at sammenholde den med de væsentligste konklusioner fra [den endelige Cass-rapport](#).

4. Hvem hjælper de kønsskifteafviste børn og unge?

Det er også værd at bemærke, at der i den reviderede vejledning ikke findes ét ord om anden hjælp til de kønsudfordrede børn og unge end de medicinske og kirurgiske tilbud. For samtaleterapi og anden kognitivt baseret behandling til de børn og unge, der afvises til behandling på Sexologisk Klinik, må vi af behandlingsvejledningen forstå, at SST henviser til private initiativer, der drives af stærkt transideologiske interesseorganisationer som fx [Foreningen til støtte for transkønnede børn](#) (FSTB) eller diverse kommunalt finansierede tilbud.

SST støttede i 2019 FSTB med 1.200.000 kr til fremstilling og distribution af [en række materialer om 'transkønnede børn'](#) til familier, dagtilbud og skoler. Materialerne er gennemsyret af interseksionel, transideologisk kønsideologi, og med støtten til FSTB har SST signalleret, at man i styrelsen arbejder efter den transideologiske måde at definere køn og kønsidentitet på. Det finder Dansk Regnbueråd dybt bekymrende.



5. Danske børn skifter køn 'i udlandet'

Enhørende under de kommunale tilbud, der skal tage sig af de børn, der afvises på Sexologisk Klinik, er den stats- og kommunalt støttede organisation [LGBT+ Danmark](#), der driver et psykotераapeutisk inspireret gruppesamtaletilbud kaldet TRANSIT, som organisationen nu [ønsker at udbrede til hele landet](#) sammen med sit børne- og ungdomsnetværk AURA, der ønskes ekspanderet til flere end de [ni byer](#), hvor tilbuddet p.t. findes bl.a. med ovenn. formål for øje.



LGBT+ Danmark kom for nylig under [voldsom kritik](#) for i en længere periode at have [entret med en klinik i Singapore, GenderGP](#), der mod betaling fjern-'udreder' børn og unge for siden at udskrive recepter på stop- og krydshormoner. Disse meget potente medikamenter, hvis virkninger irreversible og hvis langtidseffekter er ukendte, kan de unge patienter så jfr.

EU-lovgivning kan afhente på danske apoteker og administrere selv derhjemme - og altså uden lægefagligt opsyn.

Det sker allerede i Danmark, omend omfanget af gode grunde er ukendt.

Der er således indlysende problematiske aspekter ved at legitimere - overlade - behandlingen af børn og unge med dyb kønslig dysfunktion til transideologisk funderede civilorganisationer. Behandlingsvejen som SST jo dermed de facto anviser for de er afviste børn er, at de gennem vejledning fra fx LGBT+ Danmark eller Foreningen til støtte for transkønnede børn, kan købe sig til stop- og krydshormoner samt kirurgi i udlandet, og alligevel få det kønsskifte de blev afvist til af de danske sundhedsmyndigheder.

Det forekommer os voldsomt uetisk.

6. Desisterende og fortrydende patienter

Den nye vejledning har også åbenlyse mangler ift. anerkendelse af fortrydelsesproblematikken, og rummer intet et tilbud om hjælp til disse ulykkelige, fysisk skadede og psykisk meget sårbare patienter.

[Cass-rapporten](#) anerkender, modsat SST, klart detransition som et voksende fænomen, der ikke længere kan ignoreres. I kapitlet om detransitionerende (s. 43) henvises til en række studier fra både Storbritannien og internationalt.

Rapporten anerkender, at graden af detransition og fortrydelse blandt den nye gruppe af unge er ukendt, men antydede, at den ikke længere er ubetydelig, med henvisning til et britisk studie, der viste to cifrede procentsatser for detransition inden for en relativt kort opfølgingsperiode.

Det er værd at bemærke, at en nylig amerikansk undersøgelse fandt, at blandt deltagere, der var i medicinsk transition, ophørte næsten 30 % med den medicinske transition baseret på en gennemsnitlig opfølgningsperiode på fire år. Årsagerne til ophøret blev dog ikke klarlagt.

I Danmark er der reelt ingen vej til erstatning for en del af de irreversibelt fejlbehandlede børn og unge, da forældelsesfristen ikke tager højde for, at der kan gå mange år før patienterne må erkende, at de blev fejlbehandlet.

Tre simple spørgsmål om børnekønsskifte

1. Er der 100% sikkerhed i diagnoserne af børn med transseksualitet eller pubertets kønsdysfori (se dokumentation på baggrund)?
Hvis der er mere end en års erfaring, er der et højt tryk på sikkerhed, eller puberteten er slut og resten af livet? Ja eller nej?

2. Hvis nej, og der altså ikke er 100% sikkerhed i diagnoserne, kan det så være nødvendigt at tage hensyn til, at det kan være svært at ændre sig senere i livet? (Behandling af puberteten kan være et vigtigt skridt i at ændre sig senere i livet? Ja eller nej?)
Kønsskiftet er et komplekst spørgsmål, og behandlingen af puberteten er et vigtigt skridt i at ændre sig senere i livet. Det er vigtigt at tage hensyn til, at det kan være svært at ændre sig senere i livet. Ja eller nej?

3. Er det en behandling, der kan give medicinsk nødvendighed i barnet (Dokumentation på baggrund)? Ja eller nej?

VI HAR INTET DIAGNOSTISK VÆRKTØJ. VI KAN KUN LYTTE TIL HVAD PATIENTERNE SELV SIGER. NÅR DE KOMMER TIL OS*

Berlingske
Overlæge lever fat med, at nogle fortolker kønsdysfori som en sygdom. Hvis vi har mul, der fortolker, så behandler vi for fat.

7. Tre simple ja/nej-spørgsmål til Sundhedsstyrelsen

For at få emnet sat ind i en helt basal, behandlingsetisk kontekst, holdt op mod de danske kønsskiftelægers egne, dokumenterede ord om bl.a. den diagnostiske sikkerhed, så klik på nedenstående - hvad ville Sundhedsstyrelsen svare på vores [tre simple ja/nej-spørgsmål om børnekønsskifte](#)?

Det er etiske overvejelser, som det er vigtigt, at netop Sundhedsstyrelsen gør sig. Behandlingsvejledningen indikerer et fravær af disse helt grundlæggende, behandlingsetiske overvejelser.

8. Dansk Regnbueråds spørgsmål til og specifikke kritik af Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning

The Cass Review

Independent review of gender identity services for children and young people

"It is absolutely right that children and young people, who may be dealing with a complex range of issues around their gender identity, get the best possible support and expertise throughout their care."

— Dr Hilary Cass

Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

I den nye behandlingsvejledning vurderes der at være indikation for medicinsk kønsmodificerende behandling, hvis nedenstående syv kriterier er opfyldt.

I den forbindelse har vi en række opklarende spørgsmål, som vi håber Sundhedsstyrelsen vil stille sig selv og overveje nøje.

Vi har desuden suppleret med relevante punkter fra Cass- rapporten. De er nummereret så de let kan findes i [rapporten](#).

Fra vejledningen: 1. Diagnosen kønsinkongruens kan stilles på baggrund af de diagnostiske kriterier i ICD-11.

Spørgsmål: Hvad er den prædiktive værdi/stabilitet af diagnosen kønsinkongruens?

Cass 58. Selvom diagnosen kønsdysfori er blevet anset som nødvendig for at påbegynde medicinsk behandling, er den ikke pålideligt forudsigende for, om den unge vil have vedvarende kønsinkongruens i fremtiden, eller om medicinsk intervention vil være den bedste løsning for dem.

Kommentar: Følgerne af behandlingen er imidlertid irreversible og blivende.

Fra vejledningen: 2. Barnets/den unges oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse.

Spørgsmål: Med hvor høj sikkerhed kan man differentiere mellem årsagssammenhænge? Og er dette overhovedet muligt?

Cass 31. Dette er en anden gruppe end den, der blev undersøgt i tidligere studier. Blandt henvisninger er der større kompleksitet i patienterne med høje niveauer af neurodiversitet og/eller samtidige mentale sundhedsproblemer og en højere forekomst end i den generelle befolkning af negative barndomsoplevelser og børn i pleje. Stigningen i henvisninger og ændringen i sagssammensætning ses også internationalt.

Fra vejledningen: 3. Det forventes, at den medicinske behandling vil hjælpe barnet til bedre trivsel og livskvalitet og/eller forebygge udvikling af psykisk mistrivsel.

Fra vejledningen: 4. De forventede fordele ved medicinsk behandling overstiger de mulige skadevirkninger ved behandlingen.

Fra vejledningen: 5. De mulige skadevirkninger ved at behandle er mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle.

Spørgsmål: Hvordan kan man lave en klinisk afvejning vedrørende proportionalitet af de tre ovenstående punkter, når evidensen for kønsmodificerende behandling er lav og usikker, samt vi ikke kender omfanget af potentielle bivirkninger?

Cass 82. Der blev dog ikke demonstreret ændringer i kønsdysfori eller kropssatisfaktion. Der var utilstrækkelig/inkonsekvent evidens om effekten af pubertetsblokkere indflydelse på psykologisk eller psykosocialt velbefindende, kognitiv udvikling, kardio-metabolisk risiko eller fertilitet.

Cass 83. Desuden, da langt de fleste unge, der starter på pubertetsblokkere, fortsætter til maskuliniserende/feminiserende hormoner, er der ingen evidens for, at pubertetsblokker giver tid til at tænke, og der er bekymring for, at de kan ændre udviklingen af psykosocial og kønsidentitetsudvikling.

Cass 85. University of York gennemførte også en systematisk gennemgang af resultaterne af maskuliniserende/feminiserende hormoner. Samlet set konkluderede forfatterne, at "Der mangler høj-kvalitetsforskning til at vurdere resultaterne af hormoninterventioner hos unge med kønsdysfori/inkongruens, og der er få studier af langtidseffekter.

Ingen konklusioner kan drages om effekten [af behandlingen] på kønsdysfori, kropssatisfaction, psykosocial sundhed, kognitiv udvikling eller fertilitet. Usikkerhed forbliver vedrørende resultater for højde/vækst, kardiometabolisk og knoglesundhed. Der er indikativ evidens fra hovedsageligt før-efter-studier, der tyder på, at hormonbehandling midlertidigt kan forbedre psykologisk sundhed, men robust forskning med langtidsopfølgning er nødvendig.”

Cass 86. Det er blevet foreslået, at hormonbehandling reducerer den forhøjede risiko for selvmord i denne population, men evidensen understøttede ikke denne konklusion.

Kommentar: Faren for at børn og unge begår selvmord med højere frekvens, hvis de ikke modtager medicinsk og kirurgisk kønsskifte, er sikkert blevet brugt adskillige gange overfor jer som sundhedspolitikere. Der er jfr. Cass-rapporten ingen data, der understøtter dette postulat.

Cass 87. Procentdelen af personer, der behandles med hormoner og efterfølgende detransitionerer, forbliver ukendt på grund af mangel på langtidsopfølgning, selvom der er indikationer på, at antallet stiger.

Fra vejledningen: 6. Barnet/den unge er i stand til at følge behandlingen med støtte fra familie eller nære relationer. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen.

Fra vejledningen: 7. Barnet/den unge forstår konsekvenserne af behandlingen. Al medicinsk behandling af børn og unge under 15 år i forbindelse med behandling af kønsinkongruens kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere. Da behandling med krydshormon giver irreversible forandringer, er det selvstændige samtykke til behandling centralt. Derfor skal børn og unge være fyldt 15 år, før igangsættelse af behandling med krydshormoner, medmindre det, for det enkelte barn eller unge, vurderes sundhedsfagligt uforsvarligt at vente med igangsættelse af behandlingen.

Spørgsmål: Hvordan kan man som barn/forældre forstå følgerne af en behandling, som selv fagpersoner indrømmer, at de ikke kender konsekvenserne af?

Cass 99. Den dårlige evidensbase gør det svært at give tilstrækkelig information, som en ung og deres familie kan bruge til at træffe et informeret valg.

Cass 36. Der er forskellige problemstillinger involveret i overvejelser om kønsrelateret behandling til børn og unge i forhold til voksne. Børn og unge er i en udviklingsmæssig proces, der fortsætter ind i midten af 20'erne, og dette skal tages i betragtning, når man overvejer determinanterne for kønsinkongruens. En forståelse af hjernens udvikling og de sædvanlige opgaver i ungdomsårene er essentiel for at forstå, hvordan udviklingen af kønsidentitet relaterer sig til andre aspekter af ungdomsudvikling.

Kommentar: Den nye vejledning bruger gentagende gange formuleringer om ”skadevirkninger” ved ikke at give børn kønsmodificerende behandling. Denne præmis bygger på en transideologisk, ikke-underbygget påstand om, at en naturlig pubertet kan være ’skadelig’ for transidentificerede børn. Denne rammesætning af det potentielt ”skadelige” ved en naturlig pubertet, kan skabe en placebo-effekt, som blot forstærker angsten og ubehaget hos barnet og forældre. Derved kan det blive en vedligeholdende og forstærkende faktor for kønsdysforien.

9. Juridiske problemstillinger ved den nye behandlingsvejledning

- I. **Manglende hjemmel til kønsmodificerende behandling ifølge sundhedsloven:** ICD-11 kategoriserer ikke diagnosen "Kønsinkongruens" som en psykisk sygdom mere, og "kønsligt ubehag" er ikke længere en del af diagnosen. Derfor findes der ikke mere en klar hjemmel i den danske sundhedslov til at iværksætte kønsmodificerende behandling. Sundhedsloven beskriver i § 1, at sundhedsvæsenet har til formål at fremme sundheden og behandle sygdom, lidelse og funktionsnedsættelse. Behandling kræver dermed, at der er tale om en sygdom eller lidelse, men i tilfælde af Kønsinkongruens er dette ikke en del af diagnosen mere. Sundhed.dk understøtter dette ved at fastslå, at behandlingen fokuserer på lidelsen "kønsligt ubehag": "I dag er grundlaget for udredning og behandling det enkelte menneskes oplevede kønslige ubehag."
- II. **Fortsat behandling af børn med stop-hormoner:** Sundhedsvæsenet skal reagere på nye videnskabelige opdagelser, især når der er tale om eksperimentelle behandlinger, og tilpasse praksis i overensstemmelse med ny viden. Der er kommet væsentlig ny viden om bivirkningerne af stop-hormoner, deres manglende videnskabelige begrundelse og den fortsatte mangel på klinisk evidens for behandlingens effekt på livsglæde og kønsligt ubehag. Derfor bør behandlingen stoppes, især da den nyeste behandlingsvejledning ikke inddrager denne opdaterede viden, eksempelvis den vigtige Cass-rapport. Denne manglende opdatering kan få alvorlige juridiske konsekvenser for den danske stat, da personer, der har fortrudt behandlingen, kan henvise til denne manglende inddragelse af ny viden.
- III. **Manglende opfølgning af eksperimentel behandling:** Behandlingen af personer med kønsmodificerende medicin anses som eksperimentel, da medicinen anvendes off-label (uden officiel godkendelse til denne indikation). Sundhedsvæsenet har ikke haft et fyldestgørende datagrundlag, da de har godkendt denne behandling, og har det stadigvæk ikke. Behandlingsvejledningen anerkender selv, at der kun findes begrænset evidens for de langvarige effekter af behandlingen på børn og unge. "Der foreligger endnu kun sparsom evidens vedrørende langtidseffekterne af medicinsk behandling af kønsinkongruens hos børn og unge". På trods af denne viden er der ingen struktureret opfølgning på behandlingen af hverken børn eller voksne. Der henvises til forskning, men da dette ikke er kliniske forsøg, er der fortsat ikke nogen plan for opfølgning på de langsigtede konsekvenser af denne eksperimentelle behandling for alle patienter. Forpligtelsen til at oplyse om bivirkninger ved off-label brug er ikke tilstrækkeligt forklaret i behandlingsvejledningen, og der mangler information om procedurer for opfølgning for alle patienter.
- IV. **Manglende information til patienter/brugere i informeret samtykke:** I det informerede samtykke bliver det ikke klart nok forklaret, at den

kønsmodificerende behandling er eksperimentel. Det fremgår heller ikke tydeligt, at der mangler klinisk evidens for behandlingens effekt på livsglæde og kønsligt ubehag. Desuden er der ingen information om de rettigheder, patienter/brugere har eller retningslinjer, hvis de vælger at stoppe behandlingen. Denne mangel på information udgør en alvorlig tilsidesættelse af patienternes/brugernes patientrettigheder.

10. Et fuldstændigt stop - men hvad skal træde i stedet?

Dansk Regnbueråd ønsker et fuldstændigt stop for den nuværende praksis, og foreslår den erstattet af ikke-transideologisk kognitiv behandling som fx den, der med gode resultater succes praktiseres af bl.a. psykiater og psykoterapeut [dr. Az Hakeem](#) i Storbritannien.

Vi foreslår Sundhedsstyrelsen, at man rådfører sig med fx dr. Hakeem og at man tager kontakt til dr. Dame Hillary Cass. I har ikke vist interesse i nogle af delene, trods vores gentagne opfordringer.

Arbejdsgruppen, der har produceret den nye vejledning, har i vores estimering været et ekkokammer af enstænkende medicinere, interesseorganisationer og styrelsesfagpersoner.

Dansk Regnbueråd har [forgæves søgt optagelse i arbejdsgruppen](#).



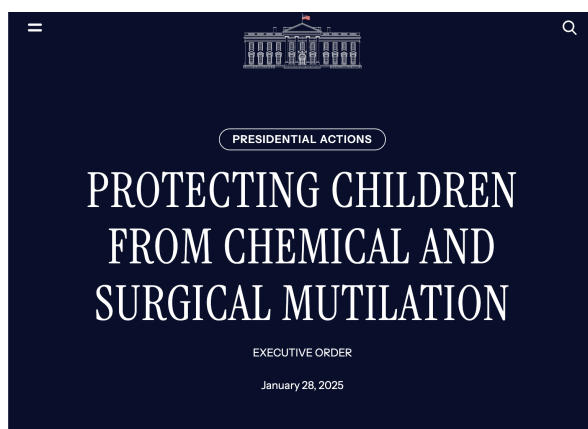
Som alternativ til den nuværende tilgang har Dansk Regnbueråd også foreslået undervisningsminister Mattias Tesfaye, at der etableres skoletilbud efter samme principper som fx [The Charlton School](#) i New York, der har stort held med at bringe sine elever ud af den kønslige mistrivsel.

Se skoleleder Alex Capos indlæg på [Genspect-konferencen](#) i Lissabon i september [her](#).

11. Kirurgi & kognition

Dansk Regnbueråd har forstået, at Rigshospitalets kirurger som udgangspunkt ikke længere ønsker at udføre såkaldt kønskorregerende kirurgi på patienter under 25 år.

Årsagen er, at det først er midt i 20'erne, at frontallapperne er sammenvokset helt og fuld kognition og konsekvensforståelse opnået hos patienten.



Lande omkring os har fx valgt at stoppe medicinsk og kirurgisk børne- og ungdomskønsskifte - og i USA skete det den 28. januar [ved præsidentielt dekret](#).

Effekten på resten af Vesten af en sådan udvikling i netop det land, der sammen med Storbritannien har udført flest medicinske og kirurgiske kønsskifter på børn og unge, vil være betydelig. Det vil også de danske sundhedsmyndigheder og sundhedspolitiske aktører mærke.

13. Skadelig konfliktskyhed, ideologisk sundhedspolitik

Hvis I som styrelse ikke er i stand til at separere jer fra den transideologiske tænkning, er det absolut nødvendigt, at regeringen og Folketinget befrier sig fra konfliktskyheden, og at ministre og partier ophører med at 'gemme sig' bag Sundhedsstyrelsens angivelige kompetencer på området eller de velkendte 'be kind'-følelsesargumenter.

Evidensen for sikkerheden af diagnosen og gavnligheden af behandlingen er fortsat ikke til stede, hvad også høringssvaret fra Dansk Børne- & Ungdomspsykiatrisk Selskab tydeliggør.

Det er på ingen måde rimeligt det, disse sårbare børn og unge er blevet udsat for.

Man kan som samvittighedsfuld embedsmand eller lovgiver heller ikke samvittighedsfuldt søge ly bag det, at man måtte have mødt en række 'transbørn' og deres familier, fundet dem sympatiske og følt empati med dem. Det er på ingen måde rettidig sundhedspolitisk omhu.

I burde som styrelse fra starten i 2015 have stillet jer selv [de tre spørgsmål](#) og grundigt overvejet etikken, fraværet af diagnostisk sikkerhed - og de langsigtede følger for børnene og de unge af den irreversible kønsskiftebehandling.

Det er den omhu og grundighed, I bliver betalt for at yde. Som landets fremmeste myndighed på sundhedsområdet har I selv sagt [alle](#) muligheder for at oplyse jer via adgang til data og viden fra de bedste kilder i hele verden. Et helt apparat har stået til styrelsens rådighed - men man har i stedet taget ideologiske skyklapper på og aktivt medvirket til at føre identitetspolitik under dække af sundhedspleje.

Denne ideologiske måde at eksekvere sundhedspleje på har imidlertid på verdensplan haft store omkostninger for en voksende mængde børn og unge, som med samfundets transideologiske blåstempling, er blevet suget kritikløst ind i transideologien og dens forkvalede syn på køn, kønsidentitet, pubertet og seksualitet.

Man taler i dag om begrebet '[Transing the gay away](#)' - faktum er nemlig, at flere af disse børn blot er helt almindelige homo- eller biseksuelle, hvis vantrivsel af forskellige årsager, har ledt dem til at tro at et skifte til det modsatte køn var løsningen. Og nu fortryder de.

14. Tag ansvar - nu

For jer som styrelse er tiden kommet til at gøre det, I burde have gjort fra starten:

Standse medicinsk og kirurgisk kønsskifte og erstatte behandlingen med en velafprøvet, evidensbaseret terapeutisk tilgang indtil patienterne som minimum er fyldt 25 år, har opnået fuld kognition og konsekvensforståelse - og ikke har komorbiditeter, altså andre, underliggende psykiske eller fysiske lidelser.

Vi henviser til vores [hjemmeside](#) for yderligere oplysninger om Dansk Regnbueråds holdninger og arbejde, ligesom Sundhedsstyrelsen til enhver tid er velkommen til at henvende sig til os med spørgsmål.

Sundhedsministeren, Ligestillingsministeren, Undervisningsministeren samt Sundheds- og Undervisningsudvalget har modtaget en version af dette høringssvar.

Vedhæftet er yderlige kommentarer til vejledningen samt et høringssvar fra vores internationale samarbejdspartner, Genspect.org.

På foreningens vegne,

Jesper W. Rasmussen





Bilag 1

	Side	Afsnit	Høringssvar til høringsversion: "Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens"	Kritisk
1	Generel kommentar		Hvordan forholder MDT, hvis der ikke er enighed. Har de enkelte personer i MDT vetoret?	
2	Mangler sideangivelse	3.2	<p>Det er ikke tydeligt, hvad "effekt" er. Er det ændringen af køns karakteristika eller er det effekt på livskvalitet og kønsbehag?</p> <p>Det skal præciseres i den informerede samtykke, at man ikke har bevis for, at det at ligne kønsidentiteten vil øge livskvalitet. Jævnfør sundhed.dk ang. kønsinkongruens: "Man ved stadig meget lidt om de mulige konsekvenser på lang sigt af behandlingen, samt om resultaterne af behandlingen, når det gælder mindskning af kønsbehag og forbedring af den generelle livskvalitet."</p>	Ja
3	Mangler sideangivelse	3.2	Der mangler en forklaring i den informerede samtykke, at medicinen er off-label, dvs. eksperimenterende (ikke klinisk testet). Sundhedsstyrelsen godkendelse af kønsmodificerende behandling, er på baggrund af meget lidt data, og således er det stadigvæk eksperimenterende på trods af sundhedsstyrelsen godkendelse. Det skal patienterne være informeret om, ellers deltager de i et forsøg uden at være vidende om dette.	Ja
4	Mangler sideangivelse	3.2	Der mangler en forklaring i den informerede samtykke, hvordan man skal forholde sig, hvis man gerne vil detransitionere. Hvor skal man henvende sig, hvilken behandling man kan forvente. I det hele taget, hvilken rettighed har disse patienter.	Ja
5			Høringssvar til høringsversion: "Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens"	
6	Generel kommentar		Der er flere modstridende udsagn i dokumentet. Det virker ikke til at være særligt gennemarbejdet. Det tyder på, at den endelige version vil være meget forskellig fra høringssvar versionen. Derfor er det tilrådeligt, at der kommer endnu en høringssvar med en version, som er mere endeligt.	
7	Generel kommentar		<p>Det tyder på, at der ikke har været en diskussion om behandlings processen bliver anderledes med den nye diagnosekode. Idet man nu har en klarere diagnose at gå ud fra, som man ikke havde før.</p> <p>Det er ikke tydeligt, at man først udreder diagnosen kønsinkongruens. Der findes ingen selvstændige afsnit for udredningen, heller ingen afsnit for kontraindikationer til diagnosen kønsinkongruens. I stedet for har man lagt diagnosen kønsinkongruens og den medicinske udredning sammen.</p>	Ja
8	Generel kommentar		Dokumentet er opdelt for børn (under 18) og voksne (18 og derover). De to diagnosekoder fra ICD-11 er derimod delt op i før puberteten og efter puberteten og dermed ikke delt op på samme måde som dokumentet. Dette må dokumentet tage bedre højde for.	

9	Generel kommentar		<p>Overskriften på dokumentet indikerer, at denne vejledning handler om kønsmodificerende behandling og øvrige behandlinger (sektion 6.6) til personer med diagnosen Kønsinkongruens, men der inddrages også information til personer som ikke har fået diagnosen kønsinkongruens endnu. f.eks. sektion 3.1 Kommunerne og andre tekster hentyder til personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet.</p> <p>Således enten fjern de tekster, som omtaler uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, eller ændre overskriften til "Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet". Jeg foretrækker den sidste mulighed, idet det åbner op for en behandlings beskrivelse af de personer som detransitionerer og de personer, der har uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, men som pga kontraindikationer ikke får diagnosen Kønsinkongruens.</p> <p>Tidligere version bruger udtrykket kønsidentitetsforhold i overskriften. hvilket indikerer, at dokumentet forholdt sig til mere end bare kønsmodificerende behandlinger. Hvilket er mere korrekt.</p>	
10	Generel kommentar		<p>Der er meget lidt vejledning om behandlingsmuligheder til de personer, som ikke får diagnosen Kønsinkongruens, eller ikke kan behandles pga. kontraindikationer.</p> <p>Der mangler en forklaring, at disse personer også modtager behandling af det højt specialiserede team, og hvilken behandling der tilbydes? Ligeledes, hvad tilbydes til de personer, som får diagnosen kønsinkongruens, men som har kontraindikationer til medicinsk og kirurgisk kønsmodificerende behandling?</p>	Ja
11	Generel kommentar		<p>Da den medicinske behandling er eksperimentel (off-label) skal det beskrives, hvordan man sikrer, at bivirkninger ved brug af eksperimentel medicin bliver rapporteret til myndighederne. Hvem er ansvarlig for denne indrapportering? Hvordan sørger man for dette, når behandlingen er livslang?</p> <p>"Derfor skal behandlingen følges af forskning, så der genereres viden om langtidseffekterne af behandlingen for denne målgruppe." Hvilket er godt, men der er ikke nogen forklaring på, hvem som er ansvarlig for indrapportering af bivirkninger.</p> <p>Siden dette er forskning og ikke et klinisk studie, hvordan vil man sørge for indrapportering af bivirkninger for de børn, som ikke ønsker at være med i forskningen?</p> <p>Det vil være oplagt at sektionerne "opfølgning" har denne information.</p>	Ja
12	Generel kommentar		<p>Der er meget lidt vejledning til detransitioner. Det burde være tydeligt om forskningen vil se på disse tilfælde og lære, hvorfor man tog fejl i udredningen. Desuden, hvad man kan tilbyde, kirurgisk, medicinsk, psykologisk og psykosocialt.</p> <p>Det burde have sit eget afsnit.</p> <p>Detransitioner information mangler under børne- og ungeområdet.</p>	Ja
13	Generel kommentar		<p>Hvordan vil man forholde sig til de personer som selv starter kønsmodificerende behandling uden om det danske sundhedsvæsen?</p> <p>Hvordan vil man forholde sig til disse personer, hvis de ikke har diagnosen kønsinkongruens? Hvilken hjælp kan man tilbyde disse personer? Hvordan vil man sørge for at afrapportere bivirkninger for disse personer? Denne information mangler i dokumentet.</p>	
14	Generel kommentar		<p>Det står i dokumentet, at der findes et forsigtighedsprincip, så den mindst irreversible behandling bruges først og derefter det mest irreversible. Således bruges først den medicinske kønsmodificerende behandling og derefter den kirurgiske behandling. Men psykoterapi bliver ikke taget i brug, selvom det er det mindst irreversible. Hvilket er underligt, idet der også er psykologer tilknyttet, men der er ingen forklaring på, hvad psykologernes ansvarsområde er.</p> <p>Dette forhold skyldes nok, at man har interesseorganisationer som LGBT+ Danmark og FSTB, i arbejdsgruppen, som kan være interesseret i, at personer med</p>	Ja

		<p>uoverensstemmelser mellem det fødselstildelte køn og kønsidentitet modtager kønsmodificerende behandling og ikke psykoterapi. Idet de kalder dette omvendelse terapi. Således mener jeg, at de har et habilitetsproblem, idet de har en interesse i at forhindre den mest reversible behandling, og ikke nødvendigvis den bedste behandling.</p> <p>Forhåbentligt tages der højde for, at disse interesseorganisationers interesser ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med den bedste behandling.</p>	
15	Generel kommentar	<p>Jeg savner en forklaring på, hvorledes det højt specialiserede team forholder sig til de psykologiske kontraindikationer. Hvordan sørger man for at disse ikke er skyld i uoverensstemmelser af kønsidentiteten.</p> <p>En af Cass rapportens konklusioner var, at man på kønsinkongruens området underbehandlede de psykologiske kontraindikationer og fokuserede for meget på kønsidentifikations uoverensstemmelsen. Jeg kan ikke se, at man fra den første til den anden version af behandlingsvejledningen har skiftet fokus.</p>	
16	Generel kommentar	<p>På sundhed.dk under kønsinkongruens er man meget tydelig med, at man ikke kan bevise "effekt" ved behandlingen, dvs. mindske kønsubehag og øge livskvalitet. "Man ved stadig meget lidt om de mulige konsekvenser på lang sigt af behandlingen, samt om resultaterne af behandlingen, når det gælder mindskning af kønsubehag og forbedring af den generelle livskvalitet." Jeg går ud fra at der menes effekt på kønsubehag og livsglæde, idet man kender den direkte effekt med ændring af kønskaraktistika.</p> <p>Denne information mangler i de sætninger, hvor man gør opmærksom på, at man ikke kender til konsekvenser af behandlingen (bivirkninger) og til langtidseffekterne. Det er ikke klart, om det er ændring af kønskaraktistika, man taler om eller om ændring af livsglæde.</p> <p>f.eks. "Der foreligger endnu kun sparsom evidens vedrørende langtidseffekterne af medicinsk behandling af kønsinkongruens hos børn og unge". Det er utydeligt om "langtidseffekterne" er bivirkninger, ændring af kønskaraktistika eller effekten på livsglæde og kønsligt ubehag.</p> <p>Den samme kommentar gør sig gældende for denne sætning i dokumentet. "Derfor skal behandlingen følges af forskning, så der genereres viden om langtidseffekterne af behandlingen for denne målgruppe."</p>	Ja
17	Generel kommentar	<p>Udtrykket "psykosociale forhold" bruges tit, desværre bliver det ikke forklaret, hvad der menes med udtrykket, og det nævnes ikke i ordlisten. Jeg går dog ud fra, at siden udtrykket "kønsligt ubehag" er taget ud, at det erstatter dette udtryk. Mit indtryk er, at det bruges for at gøre rede for, at personer med kønsinkongruens ikke lider pga kønsinkongruensen, men pga. af samfundets normer. Hvordan vil man forholde sig til de personer som har kønsligt ubehag så? Det nævnes på side 9: "Et stærkt ubehag ved de primære eller sekundære kønskaraktistika på grund af uoverensstemmelse mellem disse og den oplevede kønsidentitet" Så det er ikke helt væk.</p> <p>Udtrykket psykosociale forhold skal først bruges, efter personen har fået diagnosen kønsinkongruens. Før det så skal udtrykket psykologiske forhold bruges til de personer, som har en uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, da man ikke ved, hvad som er diagnosen.</p>	
18	Generel kommentar	<p>"Støttende". Det er ikke klart, om det menes støttende af kønsidentiteten eller støttende af de psykosociale forhold. Da alle læger forventes at være støttende overfor patienters tilstande, så går jeg ud fra, at der henvises til, at læger skal være "støttende" overfor kønsidentiteten. Dog vil ikke alle få diagnosen kønsinkongruens. Så i tilfælde af, at patienten ikke har kønsinkongruens vil denne støtte ikke være en fordel for patienten, og vil ikke være den korrekte behandling.</p> <p>Således skal "støttende" ikke bruges indtil diagnosen kønsinkongruens er konstateres.</p>	
19	Generel kommentar	<p>Det er ikke forklaret, om man har ret til en ny udredning, hvis man ikke har fået diagnosen kønsinkongruens ved en tidligere udredning.</p> <p>Er der et forsigtighedsprincip for børn med kønsinkongruens, så de kan vente med den kønsmodificerende behandling til de bliver voksne, selvom de har fået diagnosen kønsinkongruens? Omvendt hvis børn ikke har fået diagnosen kønsinkongruens, må de blive udredt en gang til efter de er blevet 18?</p>	

			Da tilstanden kønsinkongruens ikke kan opstå pludselig, vil jeg gå ud fra, hvis man er blevet udredt til ikke at have kønsinkongruens, at man ikke senere kan få denne diagnose.	
20	Generel kommentar		<p>Det er problematisk, at stop hormoner stadigvæk må bruges på børn. I sektion 9 forklares, at denne vejledning skal sikre "nyeste viden og erfaring på området". Der er fremkommet meget ny viden om bivirkninger og manglende begrundelse for brugen af stop hormoner, se Cass Rapporten. Derudover er flere lande stoppet med at bruge stop hormoner til børn på baggrund af Cass rapporten.</p> <p>Det kan have juridiske konsekvenser for sundhedsvæsenet, at fortsætte denne behandling uden at tage konsekvensen af den nyeste viden.</p> <p>Der henstilles på det kraftigste til at stoppe brugen af stop hormoner på børn. Hvis dette ikke kommer til at ske, så i det mindste sørge for at alle børn som behandles med kønsmodificerende behandling deltager i et klinisk forsøg.</p>	Ja
21	Generel kommentar		<p>I dokumentet bruges der udtryk som fleksibel, mulighed for at udforske kønsidentiteten med sundhedspersonalet, afklaring og tvivl i identiteten, samtidig med at det er nødvendigt, at uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skal være "vedholdende og langvarig" (sektion 5.3, 6.3) for at få diagnosen kønsinkongruens. Det er modstridende.</p> <p>Dette giver et indtryk af, at sundhedspersonalet er med til at påvirke personen til at få kønsbekræftende behandling, i stedet for at forholde sig konservativt eller neutralt til tilstanden.</p> <p>Således ønskes disse udtryk helt slettet fra dette dokument.</p>	Ja
22	Generel kommentar		<p>Projekt sexus har afdækket, at mange homoseksuelle ønsker kønsmodificerende behandling. Cass rapporten nævner, at der er mange homoseksuelle, som ønsker at få kønsmodificerende behandling, og at dette skyldes internaliseret homofobi.</p> <p>Dette dokument nævner ikke, at det højt specialiserede team forholder sig til denne problemstilling og udfordrer dette forhold. Hvilket er underligt, når LGBT+ DK er en del af arbejdsgruppen.</p>	Ja
23	Generel kommentar		Der er nogle etiske og politiske problemstillinger ang. mænd med kønsinkongruens i kvindesport og i kvinde toiletter. Der henstilles til at fjerne alle bemærkninger om, at sundhedspersonalet skal støtte op om dette, idet man ikke kan afgøre, hvordan sundhedspersonalet skal forholde sig til denne situation. Det er op til hver enkelte persons etik at beslutte.	
24	Generel kommentar		<p>Kontraindikationer:</p> <p>1) Der er ikke nogen klare kontraindikationer i dokumentet, idet alle de nævnte kontraindikationer kan stadigvæk føre til en diagnose eller til kønsmodificerende behandling, dvs. de kun er forsigtighedsprincipper. 2) Der står noget forskelligt i de medicinske kontraindikationer til børn og voksne. Det er uklart, om dette er fejl eller med vilje. Højst sandsynligt skrevet af forskellige afdelinger 3) Kontraindikationerne "Paraphilic disorders" nævnt i ICD-11 mangler. Der skal gøres rede for om man har hjernen og om det er sundhedspersonalets ansvarsområde at se på patientens strafferegister for at udrede denne kontraindikation.</p> <p>4) Der mangler et afsnit om kontraindikationer til udredningen af diagnosen kønsinkongruens. De burde ikke være i afsnittet om medicinsk behandling.</p> <p>Kontraindikationerne til diagnosen kønsinkongruens: 5) Det burde være tydeligt at kontraindikationer kan være psykiske sygdomme, udviklingsforstyrrelser, hæmninger og psykiske lidelse, mentale og udviklingsmæssige tilstande, se sektion 5.4.3. 6) Ifølge dokumentet vil tilstedeværelsen af psykiske sygdomme stadigvæk føre til en diagnose af kønsinkongruens, hvis de er velbehandlet, men der findes ikke nogen definition af, hvad "velbehandlet" er. Vil man igangsætte en behandling ved udredningen og stadigvæk være velbehandlet?</p>	Ja

25	5	2	<p>“rådgivning, udredning og afklaring af kønsidentitetsspørgsmål”</p> <p>Udtrykket “afklaring” er meget problematisk, idet det antyder at sundhedsvæsenet skal tolke på om personen har kønsinkongruens, uagtet om personen direkte nævner kønsidentitets uoverensstemmelse. Det er i modstrid med udsagnet “Da kriterierne for diagnosen kønsinkongruens (ICD-11) er baseret på individets subjektive oplevelse” og kriterierne om “ langvarig og vedholdende ønske om behandling”</p> <p>“Udredning” derimod indikerer, at sundhedsvæsenet tager stilling til personens subjektive oplevelse og beslutter, om det er i overensstemmelse med diagnosen kønsinkongruens.</p>	
26	5	2	<p>“Nogle personer med kønsinkongruens ønsker sundhedsfaglig hjælp til at stoppe udviklingen af eller ændre eksisterende kønskarakteristika. Denne publikation omhandler “forhold omkring sundhedsfaglig støtte, udredning og behandling heraf.” Dette er ikke enslydende med sundhed.dk: “I dag er grundlaget for udredning og behandling det enkelte menneskes oplevede kønslige ubehag. Det sundhedsfaglige personales opgave er primært at undersøge graden af ubehaget og dermed at afklare, om der er grundlag for at tilbyde medicinsk og/eller kirurgisk behandling i hospitalssystemet.” Dvs. at den kønsmodificerende behandling har ændret sig fra at være behandling af en sygdom eller lidelse til at være et ønske om behandling.</p> <p>Er formålet med behandlingen nævnt i dokumentet korrekt?</p>	Ja xxx
27	5	2	Hvad er sundhedsfaglig støtte? Læg dette i ordlisten.	
28	5	2	Hvad er psykosocial støtte? Læg dette i ordlisten	
29	7	2.1	<p>“I det omfang behandlingen, herunder kirurgi, har som hovedformål at afhjælpe kønsinkongruens er der ikke i juridisk forstand tale om kosmetisk behandling, idet kosmetisk behandling er defineret som behandling, hvor hovedformålet er at forandre eller forbedre udseendet.” I det indledende afsnit 2 står der, at “formål at ændre kønskarakteristika”. Hvilket er at ændre udseende og dermed er behandlingen kosmetisk. Det er modstridende information.</p> <p>“afhjælpe kønsinkongruens” er også problematisk, idet kønsinkongruens ikke er en sygdom eller lidelse, eller har medfølgende lidelser som kønsligt ubehag. Således er ændringen af kønskarakteristika kun et ønske og dermed kun kan være kosmetisk behandling.</p> <p>Dette må afklares med den juridiske afdeling.</p>	Ja
30	8	2.1.3	<p>Begrundelsen for at man har vurderet, at det er nødvendigt med en underskrift på det informeret samtykke for voksne og børn, skal stå i afsnit 2.1.3.</p> <p>Det skal tydeligt fremgå i dette afsnit, at al medicinsk behandling ikke er klinisk testet (off-label) til indikationen.</p> <p>I sektion 5.4 står der, at der er skærpede krav til børn og unge ved informeret samtykke, men det står ikke i dette afsnit. Hvorfor er der skærpende krav?</p>	Ja
31	9	2.1.4	Der gøres ikke rede for at “Paraphilia disorders” er en kontraindikation til diagnoserne HA61 og HA60 ifølge ICD-11. Det må tilføjes, som en kontraindikation til disse to diagnoser.	Ja
32	9	3.1	<p>Denne sætning giver ingen mening “I forhold til afklaring af børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan en stor del af gruppen opleve samtidig mistrivsel. “</p> <p>Det er uforståeligt at ordet “afklaring” forekommer i en sektion om kommunerne, da det er nævnt i dette dokument at udredning af kønsinkongruens af børn og unge kun kan foretages af det højt specialiserede team centralt.</p> <p>Desuden hentyder afklaring til at behandlerne har mulighed for at fortælle personerne, at de har kønsinkongruens, selvom det er gjort klart at dette er en subjektiv følelse.</p>	

33	9	3.1.4	"I baggrundsartiklen er de diagnostiske kriterier for kønsinkongruens i ungdommen og voksenlivet uddybet som følger og inkluderer kontinuerlig tilstedeværelse i flere måneder af mindst to af følgende kriterier" Tidsangivelsen måneder stemmer ikke overens med, at der i sektion 5.3 og 6.3 ang. udredning af kønsinkongruens for både børn og voksne gælder, at uoverensstemmelsen skal være langvarig og vedholdende. For børn mere end 2 år	
34	11	3	Det er ikke tydeligt om dette afsnit kun er for personer med diagnosen kønsinkongruens eller om det også gælder for personer med "Uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet"	
35		3.1	Det er ikke klart om stemmetræning kun gives til personer diagnosticeret med Kønsinkongruens eller om det er et tilbud til alle som ønsker det?	
36	11	3.2.1	"Den indledende kontakt kan være af støttende og afklarende karakter, hvor tilstedeværelsen af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet undersøges nærmere sideløbende med, at personens ønske om udredning afklares." Det er uforståeligt, hvorfor sundhedsvæsenet skal bekræfte denne uoverensstemmelse, når diagnosen kønsinkongruens ikke er givet endnu.	
37	12	3.3.1	"rådgivende samtaler og psykosocial støtte" betyder dette, at der ikke må gives psykologisk behandling, da dette ikke nævnes? Hvis der også gives psykologisk behandling, så skriv dette. Hvis personen ikke kan diagnosticeres med kønsinkongruens vil jeg formode, at det er nødvendigt med psykolog støtte. Hvis en person føler uoverensstemmelse mellem køn og kønsidentitet pga. et trauma og dette opdages, hvad er tilbuddet så? Kun rådgivende samtaler og psykosocial støtte?	
38	12	4.3.1	Jeg vil tro, at det højt specialiseret team også varetager behandlingen af de børn og unge som ikke får diagnosen Kønsinkongruens. Her nævnes kun kønsinkongruens	Ja
39	14	4.1	Overskriften burde også nævne udredning	
40	15	4.1.1	Hvorfor er der ikke nævnt psykiatri som faglig kompetence for børn.	
41	16	4.2	"Når det beslattes" skal ændres til "hvis det beslattes"	
42	17	4.2	De fleste af de ting, som står i tabellen, er ikke nævnt i teksten. Specielt de ting som er nævnt under udredningen, som f.eks. compliance evne? Er compliance evne en kontraindikation til diagnosen kønsinkongruens?	
43	17	4.2	Udredning: Det er ikke korrekt at somatiske kontraindikationer er en del af udredningen for diagnosen kønsinkongruens. Somatiske kontraindikationer er kun en del af udredningen ved den kønsmodificerende behandling.	
44	18	5	"der støtter op om barnets/den unges kønsidentitet" Det er helt uforståeligt, at før diagnosen kønsinkongruens er givet, at børn og unge skal have støtte til deres kønsidentitet. Dette kan blive en forkert behandling for de personer, som ikke har kønsinkongruens.	

45	18	5.1	<p>Denne sektion er problematisk, idet der gås ud fra, at alle børn og unge med mistrivsel og uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har nytte af "støttes og accepteres", specielt når diagnosen kønsinkongruens ikke er givet endnu.</p> <p>Det er uklart, hvem denne sektion er skrevet til. Hvis det er skrevet til sundhedspersonale, så er denne sætning problematisk. "Ved afklaring og behandling af børn og unge i psykisk mistrivsel som følge af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet i det kommunale behandlingstilbud". Ordet afklaring er problematisk, idet det henviser til en tolkning af følelser/udsagn og ikke til en udredning af personens subjektive udsagn.</p> <p>Det er ikke tilrådeligt at henvise til interesseorganisationer, idet deres rådgivning ikke nødvendigvis er den bedste, før en diagnose af kønsinkongruens er etableret.</p> <p>Derudover er sektionen meget lang og ikke så præcis som de andre sektioner. Hvis man vælger at beholde sektionen, skal den gøres mere konkret. Der nævnes det kommunale behandlingstilbud, men det burde stå i sektionen ang. kommunalt tilbud.</p> <p>Jeg er meget i tvivl om, det kommunale behandlingstilbud rådgiver om mistrivsel eller om uoverensstemmelse om kønsidentitet: "I det nye kommunale behandlingstilbud skal der derfor være mulighed for at give udtryk for tvivl om sig selv og sin kønsidentitet. Da behandlingstilbuddet organisatorisk er afkoblet fra den højt specialiserede funktion, giver det mulighed for psykosocial behandling fra fagpersoner, der ikke har beslutningskompetence i forhold til den enkeltes medicinske behandling samtidig med, at der er kompetencer i forhold til at behandle barnets/den unges eventuelle psykiske mistrivsel." Dette er i modstrid med sektion 2.1.2 : "Det sundhedsfaglige tilbud ved kønsinkongruens er omfattet af specialeplanen, idet der er tale om sjældne og komplicerede tilstande, hvor Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der er behov for at samle ekspertisen, så behandlingskvaliteten kan blive høj. Det betyder, at dele af udredningen og behandling kun må foregå få steder i landet."</p> <p>"Herudover kan det kommunale tilbud efterfølgende komme i spil, hvis den højt specialiserede funktion vurderer, at der ikke er indikation for medicinsk behandling af den unge før det 18. år, og barnet eller den unge er i psykisk mistrivsel i en grad, der gør, at barnet er i målgruppen for behandling i tilbuddet." Er det et kommunalt anliggende, hvis børn og unge modtager behandling og de psykiske problemstillinger skal håndteres af kommunen. Det skal da klart være det højt specialiserede team. Desuden er der ikke nævnt i dokumentet, at man kan vente med at behandle børn medicinsk før det 18 år selvom de har fået diagnosen kønsinkongruens.</p> <p>Sektion 5.1 Der er mange problemer med denne sektion, så jeg vil foreslå at slette det og kun have afsnittet om kommunerne.</p>	
46	20	5.2	Hvorfor kan denne behandling kun være rådgivende. Hvis man finder ud af, at barnet har været udsat for f.eks. traumer og har en uoverensstemmelse mellem tildelt køn og kønsidentitet pga dette, så vil jeg gå ud fra at det højt specialiseret team forholder sit til traumet, og ikke som rådgivende behandling.	
47	20	5.3	<p>Hvorfor står kønsinkongruens i plinger?</p> <p>Det er uklart, om man kan udsætte den medicinske behandling af den unge til 18 år. Hvis dette er muligt, skal det stå klart og hvad man tilbyder i mellemtiden.</p> <p>I sektion 5.1 står der, at dette er tilfældet, og at det kommunale tilbud i mellemtiden tilbyder behandling/rådgivning. Er dette korrekt?</p>	
48	20	5.3	Det er misvisende at skrive "Den medicinske behandling kan påvirke disse funktioner", da det altid vil påvirke forplantningsevnen. Ændrer dette til "den medicinske behandling vil påvirke forplantningsevnen"	
49	20	5.3	"rammerne for udredningen skal være fleksible". Dette går imod udsagnet, at uoverensstemmelser skal være langvarig og vedvarende.	Ja
50	21	5.3	Kontraindikation: Det er første gang, at der nævnes, at psykiske sygdomme kan være en kontraindikation. Jeg vil også tro, psykiske tilstande (lidelse), som f.eks. oplevelse af traumer, som ikke er en diagnose, skal nævnes, da dette kan være en kontraindikation. Lidelse bliver nævnt i andre sektioner. "Psykiske sygdomme" burde også nævnes i andre relevante sektioner.	Ja

51	21	5.3	Er det muligt, at vurdere om en psykisk sygdom/tilstand er velbehandlet? Hvis ikke det er muligt at vurdere dette, så burde diagnosen kønsinkongruens ikke gives.	Ja
52	21	5.3	Kontraindikation: Autisme kan medvirke til en misforstået opfattelse af kønsidentiteten. Det er relevant, at denne gruppe modtager psykoedukation om, hvordan autister kan forholde sig til deres køn af det højt specialiserede team, som kan medvirke til, at en uoverensstemmelse mellem det fødselstildeelte køn og kønsidentitet kan forsvinde for autister. Dette skal nævnes: https://autisme-asperger.dk/nyheder/9595/ny-folder-om-autisme-og-koensidentitet	Ja
53	21	5.3	"Er der somatiske eller psykiske sygdomme/udviklingsforstyrrelser, som på trods af relevant behandling udgør en kontraindikation eller risikofaktor?" " skal ikke formuleres som et spørgsmål, det bliver uforståeligt. Her skal bare nævnes, hvad som er en kontraindikation, senere kan man nævne, hvad der er undtagelser. Jeg vil tro, at der skal stå "Somatiske og psykiske/udviklingsforstyrrelser, kan udgøre en kontraindikation eller risikofaktor"	
54	21	5.3	Tilføj psykiske lidelser og "Paraphilic disorders" som kontraindikation. Se sektion 5.4.2.	Ja
55	21	5.3	Kontraindikation: Er det overhovedet muligt at vurdere om en psykisk sygdom kan være en kontraindikation? Således burde ingen med psykiske sygdomme få diagnosen kønsinkongruens.	Ja
56	21	5.3	"Rigtige grundlag" Det er vigtigt at forklare, hvad der menes med det rigtige grundlag. Jeg vil tro, at der menes, at det ikke skal være psykiske lidelser, psykiske sygdomme, udviklingsforstyrrelser som kan føre til uoverensstemmelse af kønsidentiteten. Hvis disse bliver færdigbehandlet, er der en mulighed for, at personen kan fortryde den kønsmodificerende behandling.	Ja
57	21	5.3	Ifølge ICD-11 så er "Paraphilic disorders" diagnoser en kontraindikation til Kønsinkongruens. Således skal dette udredes og udelukkes og der skal undersøges om man har tidligere domme for dette, før man kan få diagnosen Kønsinkongruens.	Ja
58	21	5.3	Det skal sikres i tilfælde at barnet eller den unge er homoseksuel eller autist har fået relevant information, som kan påvirke uoverensstemmelsen af kønsidentitet.	Ja
59	22	5.3	Punkt 2. Det er første gang dokumentet nævner "lidelse". Det må beskrives i punktet kontraindikationer.	
60	22	5.3	Punkt 6. Disse punkter beskriver, hvad der skal til for at tillade medicinsk behandling, og ikke, hvilke handling man skal udføre. Således slet, "Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."	
61	23	5.4	Det er svært at forstå, hvad der menes med "omhu og samvittighedsfuldhed", idet dette kræves af alle læger, når de arbejder med børn. Jeg tror, at I mener påpasselighed eller forsigtighed ved udredningen af kønsinkongruens.	
62	23	5.4	Det er uklart hvorfor der er skærpede krav til informeret samtykke, henvises til off-label eller pga. børn. Gælder det skærpede krav både voksne og børn? Der stod ikke noget om der var skærpede krav til informeret samtykke i sektion 2.1.3	
63	23	5.4	"Risiko for påvirkning af fertilitet" er misvisende, idet fertiliteten altid bliver påvirket af kønsmodificerende behandling.	
64	23	5.4	"Behandling med stop hormoner er i princippet en reversibel behandling, men man kender endnu ikke de livslange fysiske, psykiske, kognitive og sociale konsekvenser ved at udskyde pubertets forandringerne til efter 15-års alderen. " Hvad betyder "princippet" i denne sætning? Er denne formulering godkendt af jeres juridiske afdeling? Jeg går stærkt ud fra, at det ikke er, hvordan denne behandling bliver forklaret i Informeret Samtykke dokumentet. Højest sandsynligt gør i rede for mulige bivirkninger, som f.eks. knogleskørhed, som bliver nævnt på sundhed.dk. Således kan i ikke skrive "i princippet", idet irreversible bivirkninger er kendte. Så slet denne formulering. Jeg mangler 1) en forklaring af den kliniske evidens, som tillader brug af stop hormoner 2) jeres etiske overvejelser ved brug af stophormoner	ja

			3) nogle mere konkrete retningslinjer ved brug af stophormoner. Er der max antal år i vil administrere stophormoner. Hvornår vil i stoppe med at bruge stophormoner. er der et specielt produkt i kun tillader. etc 4) hvad er jeres plan for overvågning og opfølgning af alle patienter? Jeg ved i har skrevet "at følge op med forskning" men vil dette følge op på alle de børn som modtager stophormoner. Hvor længe vil i følge patienterne, og hvordan vil i sikre, at alle patienter bliver fulgt op på?	
65	24	'5.4.1	Hvorfor skal der være støtte til afklaring af egen kønsidentitet både før og under behandlingen. Hvis patienten har udvist varrig og langvarig uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet. Dette burde ikke være nødvendigt. Hvis dette er nødvendigt, så har personen ikke kønsinkongruens.	Ja
66	24	'5.4.2	sektion 5.3 nævner at somatiske og psykiske lidelser skal være velbehandlet, det skal også tilføjes her.	
67	24	'5.4.2	Det er første gang, man nævner, at man kan behandle andre psykiske sygdomme. Vil behandlingen foregå i det højt specialiserede team?	
68	24	'5.4.2	Psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser skal tilføjes, hvis man vælger at bibeholde andre kontraindikationer end de somatiske	
69	24	'5.4.2	Det er ikke nødvendigt at beskrive andre kontraindikationer end de somatiske, idet disse skulle være ureddt, når diagnosen kønsinkongruens bliver stillet. De kontraindikationer som nævnes i denne sektion burde være i sektion 5.3	
70	24	'5.4.3	Hvis barnet ikke ønsker at fortsætte behandlingen, skal den selvfølgelig afsluttes umiddelbart. Dette er ikke, hvad der står i sætningen: "Viser det sig fx, at barnet/den unge ikke længere ønsker behandlingen eller ikke reagerer positivt på behandlingen, skal der tages stilling til, om behandlingen skal fortsætte, indstilles eller justeres"	Ja
71	27	'6.1	"har forskellige tilbud rettet mod personer med kønsinkongruens" menes her personer med diagnosen kønsinkongruens eller personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet.	
72	27	'6.1	Hvis der er tvivl i samtale med sundhedspersonale så kan man ikke få diagnosen kønsinkongruens, pga kriterierne "vedholdende og langvarig". Således må disse sætninger ang. tvivl slettes	Ja
73	28	'6.3	Rammerne for udredningen kan ikke være fleksible, idet kriterierne vedholdende og langvarige skal være opfyldt.	Ja
74	28	'6.3	Kontraindikation. Der skal gøres rede for, at en mulig kontraindikation er "Paraphilic disorders", som nævnt i ICD-11.	Ja
75	28	'6.3	Det er første gang dokumentet skriver "fysiske, psykiske og sociale gener, personen oplever". Hvad blev der af det psykosociale?	
76	29	'6.3	"Psykiatrisk udredning er ikke en betingelse for sundhedsfaglig behandling ved kønsinkongruens hos voksne" betyder denne sætning, at det er nødvendigt hos børn og unge? Hvis det er tilfældet skal det tilføjes i børn/unge sektionen.	
77	29	'6.3	Det er noget uklart, hvorfor man har valgt at skrive "psykosociale" forhold, idet i samme sektion står der "fysiske, psykiske og sociale gener personen oplever"	
78	29	'6.3	Det er uforståeligt, hvorfor autismeforstyrrelse ikke også er nævnt i børn/unge sektionen	
79	29	'6.3	"støtte personen i at udforske, udtrykke og udleve egen kønsidentitet samt at inddrage personens pårørende" er ikke nødvendigt når det kræves, at kønsinkongruensen er vedholdende og langvarig.	
80	29	'6.1	Da det er en voksen person man er ved at udrede, så kan man ikke tage stilling til om "vil manglende behandling kunne medføre langvarige psykosociale skadevirkninger.", hvis det ikke er sket endnu, så vil det nok ikke ske i fremtiden.	
81	29	'6.3	Punkt 1, "Paraphilic disorders" udelukker diagnosen Kønsinkongruens. Dette skal nævnes	

82	30	'6.3	Punkt 3, Er det muligt at vurdere "at personen udvikler psykisk mistrivsel.". Punktet skal slettes	
83	30	'6.3	Punkt 5, "mulige" giver ingen mening. Man behandler kun, hvis der er en sygdom	
84	30	'6.3	Punkt 6, slettes. Voksne behøver ikke et netværk for at blive behandlet	
85	30	'6.3	Personer som har startet deres egen behandling med hjælp fra udlandet, skal også udredes for kønsinkongruens. Hvad sker der, hvis personen ikke får diagnosen kønsinkongruens, men har selv startet behandling? Hvad tilbyder man? Hvis der er tale om et barn, vil denne person også indgå i forskningen?	
86	30	'6.4	Hvad er "naturlige" østrogen?	
87	30	'6.4	"effekten af eventuelle tidligere behandlinger" Hvis det er muligt at genoptage behandling, så skal det nævnes i dokumentet	
88	30	'6.4	<p>Det her er en meget problematisk sætning: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling"</p> <p>Her står, at man ved, at man udsætter en gruppe for irreversibel behandling med ingen effekt. Jeg går ud fra, at man ikke kan identificere de personer som har den gavnlige effekt, således udsætter man hele gruppen for irreversibel behandling pga. nogle får en gavnlig effekt.</p> <p>Selv vand kan have en gavnlig effekt på kønsinkongruens. Man skal kunne påvise en signifikant gavnlig effekt på hele patientgruppen for at kunne skrive "nogen evidens for en gavnlig effekt". At skrive det her viser manglende statistisk forståelse for afrapportering af data. Det her er at plukke i data.</p> <p>Disse sætninger vil jeg stærkt anbefale bliver slettet, idet dette ellers vil være misinformation. I værste tilfælde kan det her få juridiske konsekvenser, fordi I misinformerer.</p>	Ja
89	31	'6.4.2	"Psykiatriske kontraindikationer og forsigtighedsforhold ved både medicinsk og kirurgisk kønsmodificerende behandling" da afsnittet kun omhandler medicinsk kønsmodificerende behandling skal kirurgi ikke nævnes her.	
90	31	'6.4.2	<p>"Bestående psykisk eller somatisk sygdom er ikke i sig selv en kontraindikation mod kønsmodificerende medicinsk behandling, og der er sjældent absolutte kontraindikationer ved kønsmodificerende medicinsk behandling til voksne. Afhængig af den bestående sygdoms art og alvorlighed kan der være behov for behandling af denne enten forud for eller samtidig med iværksættelsen af kønsmodificerende medicinsk behandling."</p> <p>Tidligere er det beskrevet at psykiske tilstande skal være velbehandlet, det kan det nødvendigvis ikke være, hvis man lige har startet denne behandling. Specielt hvis det startes op samtidigt med den kønsmodificerende behandling.</p>	Ja
91	31	'6.4.2	Der skal tilføjes, at hvis der er "Bestående psykisk eller somatisk sygdom" skal der udredes for, om der er kontraindikationer. Det nævnes kun indirekte, at dette er nødvendigt.	
92	31	'6.4.2	Her bruger man ordet androgen, før i dokumentet har man brugt ordet testosteron	
93	32	'6.4.3	Hvis en person ikke ønsker behandling, skal det afsluttes umiddelbart. Sætning skal skrives om "Viser det sig fx at personen ikke længere ønsker behandlingen eller behandlingen ikke har den ønskede effekt, skal der tages stilling til, om behandlingen skal fortsætte, indstilles eller justeres"	Ja
94	32	'6.4.3	Det er første gang, at man bruger ordet detransition. Det er ikke blevet nævnt ved børn og unge.	

95	32	'6.4.3	"om det er muligt at tilbyde kønsmodificerende behandling i detransitionsfasen" mener man med den "kønsmodificerende behandling" en lavere dosis eller behandling med kønshormoner svarende til personens fødselstildelte køn?	Ja
96	33	'6.5.1	"give ændringer af brystkassen" er dette korrekt?	
97	35	'6.5.3	Jeg vil tro, at ordet "grundighed" skal erstattes med ordet "forsigtighed". Læger er vel altid grundige.	
98	35	'6.5.3	<p>"hvis kønsinkongruensen er nyopstået, episodisk" Hvis man har fået diagnosen kønsinkongruens så kan kønsinkongruensen ikke være nyopstået og episodisk, idet sektion 6.3 tilkendegiver, at diagnosen kønsinkongruens kun kan lade sig gøre, hvis det er "langvarigt og vedholdende ønske".</p> <p>Dog mener jeg bestemt, at man skal være forsigtig før det 25. år, man kan bare ikke bruge disse kriterier. Det bedste ville være at undlade kirurgi indtil den 25 år, hvilket jeg er sikker på, at kirurgerne ønsker.</p>	Ja
99	35	'6.5.3	<p>"Ved konstruktiv kirurgi af neovagina og neopenis er den accepterede faglige praksis på området binær." Denne sætning giver ingen mening. Jeg vil tro, at I mener, at man ikke kan have 2 forskellige sæt kønsorganer, eller at man kan kun fjerne testikler, hvis dette er korrekt skal det forklares bedre.</p> <p>Det er også første gang, der nævnes "accepterede faglige praksis" betyder det, at kun binær kirurgi udføres?</p>	
100	36	'6.5.5	<p>Kirurgiske indgreb på personer som er detransition. Det er uforståeligt hvorfor dette område ikke har en sektion for sig selv, og ikke bare som kirurgisk opfølgning. F.eks. kunne det forklares om man kan lave bryster igen indenfor sundhedsvæsenet, fjerne en neopenis eller neovagina. Desuden er der anden psykosocial støtte til disse personer. Vil der være psykologisk bistand?</p> <p>Hvis man bevarer støtte fra kommunerne, vil kommunerne varetage mistrivsel for disse personer også.</p>	Ja
101	37	'6.6	Det er ikke klart om behandling i sektion 6.6 kan tilbydes uden at have kønsinkongruens diagnosen	
102	37	'6.6	Vil der være mulighed for anden behandling af kønsinkongruens end den kønsmodificerende? Vil det ikke være en mulighed med psykoterapi?	
103	45	8	<p>Der nævnes, at der er kommet ny viden til siden sidste udgave af dette dokument, men det er ikke tydeligt, hvor denne nye viden er blevet inkorporeret i dokumentet. Jeg vil tro, at man henviser til, at der er kommet ny viden i forhold til stop hormoner og de bivirkninger og manglende begrundelse, der er ved brugen af dette. Men jeg kan ikke se, at man skriver, at man skal være mere påpasselig/forsigtig ved brugen af dette.</p> <p>Det nye viden er også, at det er fremkommet mere viden om flere irreversible bivirkninger for børn og voksne, men jeg kan ikke se, at der er mere forsigtighed med diagnosticering af kønsinkongruens af denne grund.</p>	Ja
104	47	9	<p>Der nævnes, at personer i arbejdsgruppen ikke må have habilitetsproblemer. Jeg vil dog påstå, at hvis man er medlem af en interesseorganisation som LGBT+ danmark og FSTB, så har man habilitetsproblemer, idet disse personer har ideologisk forhold til den kønsmodificerende behandling, som ikke nødvendigvis er en fordel for alle personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet.</p> <p>Det bliver nævnt, at arbejdsgruppen skal tage stilling til "Faglige kompleksiteter og etiske dilemmaer", men der findes ingen etiske dilemmaer i dokumentet. Der er rigelig etiske dilemmaer at forholde sig til, som, at den kønsmodificerende behandling ikke klart kan klinisk påvises at have effekt på lang sigt. Det må siges at være et stort fagligt og etisk dilemma. Desuden er der heller ikke nævnt de samfundsmæssige og etiske dilemmaer ved at behandle mennesker, så de ikke ligner deres biologisk køn. Hvilke indvirkninger det har på samfundet, som f.eks. kvinders sikre rum. De etiske dilemmaer ved, at der findes ingen objektive kriterier for udredningen, kun subjektive udsagn. Der mangler også en diskussion om man skal give kønsmodificerende behandling til personer med transvestisk fetichisme, som ikke har uoverensstemmelse med deres kønsidentitet men derimod med deres seksualitet.</p>	

			<p>Desuden har LGBT+DK 2 repræsentanter, men ingen har medicinske kompetencer, hvilket ville være oplagt, hvis man har 2 repræsentanter. I stedet har de valgt at medtage en person med juridiske kompetencer, hvilket indikerer, at de er mere interesserede i at sørge for så mange som muligt kan modtage kønsmodificerende behandling, men ikke at sørge for at disse personer skal have den rigtige behandling.</p> <p>Således er de nævnte interesseorganisationer inhabile, idet de ikke har interesse i at nævne disse etiske dilemmaer og være interesserede i, at så mange som muligt modtager den rigtige behandling.</p>	
105	48	9.2	<p>En af LGBT+ repræsentanterne er en juridisk konsulent. Og jeg kan se, at hun er den eneste i arbejdsgruppen med juridisk kompetence. Det er problematisk, hvis jeres eneste juridiske rådgiver er fra en interesseorganisation og ikke er uvildig. Jeg har nævnt flere juridiske problemstillinger, som potentielt kan koste den danske stat mange penge i fremtiden. Således er det problematisk, hvis I kun har rådgivning fra en interessegruppe, med deres specifikke interesser.</p>	



Genspect Response to Danish Health Authority Guidelines

February 2024

Introduction

Genspect welcomes the opportunity to provide a detailed analysis of two key documents recently issued by the Danish Health Authority:

1. "Professional framework for healthcare assistance in gender incongruence", which establishes the organizational structure and professional requirements for gender services in Denmark, including referral pathways, assessment protocols, and treatment frameworks.
2. "Guidance on Health Professional Assistance in Gender Incongruence", which outlines specific requirements regarding care and conscientiousness in treatment delivery, as well as provisions for information and consent.

Response to "Professional framework for healthcare assistance in gender incongruence"

Overview

The Professional Framework establishes organizational structures and requirements for gender services in Denmark. A notable shift is the framework's terminology change from "gender dysphoria" to "gender incongruence," removing the emphasis on distress or dysphoria as a prerequisite for treatment. This change appears to lower the clinical threshold for intervention, diverging from other countries that are adopting more cautious approaches. While the framework demonstrates attention to detail in multidisciplinary team requirements and clinical pathways, several aspects raise substantial concerns about patient safeguarding and evidence-based care.

Evidence Base and Treatment Protocol Concerns

The framework makes crucial acknowledgments about evidence limitations warranting serious consideration. Section 5.4 explicitly states "there is still only sparse evidence regarding the long-term effects of medical treatment for gender incongruence in children and adolescents." Regarding adult treatment, Section 6.4 claims there is "some evidence for a beneficial effect of medical treatment," yet notably admits this evidence "does not reflect the heterogeneous group that currently seeks medical treatment."

Despite these acknowledged limitations, the framework proceeds to outline medical intervention protocols. While requiring research competencies within teams and ongoing research monitoring (Section 4.1), these provisions seem insufficient given the experimental nature of many interventions. The framework's allowance of cross-sex hormones from age 15, with provisions for earlier treatment if delay would be "medically irresponsible," raises particular concerns given the evidence limitations.

Organizational Structure and Safeguarding

Key areas warranting enhancement include:

Genspect is an international organisation that promotes a healthy approach to sex and gender | <https://genspect.org> | info@genspect.org

1. While psychological support is identified as "essential throughout the process" (Section 5.1), the framework does not mandate extended exploratory therapy periods before medical interventions
2. Provisions for managing co-occurring conditions require strengthening, particularly given the acknowledgment that "a significant portion of children and adolescents with incongruence between sex assigned at birth and gender identity also have a developmental disorder" (Section 5.3)
3. The framework's approach to detransition support lacks sufficient detail
4. More specific protocols are needed for systematic collection of long-term outcome data

Recommendations for Enhancement

1. Evidence and Research Requirements
 - Establish rigorous protocols for systematic long-term outcome data collection
 - Require comprehensive tracking of physical and mental health impacts
 - Mandate documentation of detransition rates and experiences
 - Create standardized quality of life assessment tools
 - Institute regular external outcome review
2. Assessment and Treatment Protocols
 - Require extended exploratory therapy periods before medical interventions
 - Establish specific criteria for "medically irresponsible" treatment delay
 - Create detailed protocols for neurodivergent individuals
 - Strengthen mental health assessment requirements
 - Institute mandatory minimum waiting periods between stages
3. Safeguarding Enhancements
 - Develop comprehensive detransition support protocols
 - Create specific guidance for complex co-occurring conditions
 - Establish clearer psychological readiness criteria
 - Institute regular independent case reviews
 - Require ongoing psychological support

Response to "Guidance on Health Professional Assistance in Gender Incongruence"

Overview

The guidance establishes standards for direct clinical care delivery, with particular focus on consent, documentation, and clinical responsibilities. While comprehensive in many areas, several aspects warrant enhancement to ensure optimal patient care.

Treatment Risk Acknowledgment and Consent Framework

The guidance appropriately acknowledges in Section 1 that treatments are "largely irreversible, long-lasting and particularly regarding lower surgery, there is a high incidence of complications." However, the consent framework requires strengthening in several areas:

1. Information Requirements
 - While Section 3.2 provides detailed requirements for information provision, more emphasis should be placed on discussing alternative approaches
 - The experimental nature of many interventions should be more explicitly addressed
 - Long-term implications for fertility and sexual function warrant more detailed discussion
2. Clinical Responsibility and Documentation
 - Though MDT management is required, specific protocols for recording dissenting opinions would strengthen oversight
 - More detailed requirements needed for documenting treatment progression rationale
 - Enhanced protocols required for monitoring and responding to complications
 - Clearer criteria needed for treatment modification or discontinuation
3. Communication Protocols
 - More specific guidance needed for neurodivergent individuals
 - Extended reflection periods required between information provision and consent
 - Enhanced requirements for documenting patient understanding
 - Clearer protocols for ongoing communication throughout treatment

Recommendations for Enhancement

1. Consent and Information Protocols
 - Develop standardized information packages covering all treatment alternatives
 - Institute mandatory extended reflection periods
 - Create specialized consent protocols for complex cases
 - Establish clear documentation requirements for patient understanding
2. Clinical Oversight Mechanisms
 - Implement systematic adverse event reporting
 - Create detailed MDT decision documentation templates
 - Establish clear criteria for treatment modifications
 - Require regular independent clinical audits

3. Communication and Support Framework

- Develop specialized communication protocols for diverse patient needs
- Create comprehensive follow-up schedules
- Establish clear pathways for addressing complications
- Institute regular patient feedback mechanisms

Conclusion

The Danish Health Authority's guidelines represent a significant effort to establish comprehensive frameworks for gender-related healthcare. However, our analysis identifies three critical areas requiring enhancement:

1. **Evidence Foundation** The acknowledged limitations in evidence, particularly regarding long-term outcomes, necessitate more robust research protocols and systematic data collection across all services.
2. **Clinical Governance** Given the irreversible nature of many interventions, stronger safeguarding measures and clearer decision-making protocols are essential, particularly for complex cases and vulnerable populations.
3. **Patient Support** While the framework recognizes the importance of comprehensive care, more structured requirements for ongoing support and clear pathways for all treatment outcomes, including detransition, are needed.

While these documents attempt to create a framework for gender-related healthcare delivery, their approach remains concerning given the acknowledged evidence limitations and irreversible nature of interventions. The emphasis on medical pathways is particularly troubling given the increasing numbers of detransitioners and the emerging evidence from other countries that are now taking more cautious approaches. We strongly urge the Danish Health Authority to reconsider this medicalized approach and instead prioritize exploratory psychotherapy and support that addresses underlying distress without rushing to irreversible interventions. Genspect remains committed to advocating for evidence-based care that prioritizes long-term patient wellbeing and safety above all else.

15507069, Nonkonform høringssvar til vejledning om kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 72

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Kære [Styrelse],

Vi fra foreningen Nonkonform ønsker at give vores input til den reviderede version af vejledningen om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens. Den faglige ramme bruger WPATHs SOC8 til at udrede kønsinkongruens, men undgår at medtage deres informerede samtykke-rådgivning. Den nuværende model, hvor patienter gennemgår en omfattende psykosocial vurdering over længere tid for at få adgang til behandling, fungerer i praksis som en unødigt barriere. Denne tilgang udbreder også mistro mellem patient og behandler, da det ikke bidrager til bedre behandlingsresultater, men forsinker og besværliggør adgangen til nødvendig sundhedsfaglig hjælp. Samtidig indebærer den et stort ressourcespild for sundhedsvæsenet, da tid og ressourcer bruges på udredninger frem for reel behandling.

En informeret samtykkemodel, som anbefalet i SOC8, vil sikre, at behandlingen er baseret på respekt, tillid og patientautonomi frem for mistillid og gatekeeping. Det er af vores opfattelse, at personer med kønsinkongruens i langt de fleste tilfælde træffer informerede og gennemovervejede valg om deres egen krop og sundhed. Derfor bør fokus være på at sikre korrekt information og støtte, snarere end at lade behandlingen afhænge af en subjektiv vurdering af, hvorvidt en person opfylder kriterierne for at modtage behandling, udover de nødvendige kriterier angivet i ICD-11. Vi opfordrer derfor til en grundlæggende reform af udrednings- og behandlingsprocessen, så den i højere grad afspejler internationale standarder og sætter patientens behov i centrum.

Patienten burde være det centrale omdrejningspunkt i sundhedstilbuddet, da retten til selvbestemmelse er et grundlæggende princip i sundhedsfaglig behandling. Sundhedsstyrelsen understreger selv vigtigheden af, at hjælpen gives med respekt for den enkeltes situation og præferencer, og på en måde der ikke stigmatiserer. Den nuværende model, hvor adgang til behandling stadig afhænger af en tung og overbelastende udredningsproces, risikerer at skabe unødige barrierer og mistro. Dette kan forstærke stigmatisering og psykisk mistrivsel. Historisk har behandlingstilbud til transpersoner været forankret i psykiatrien, hvilket har bidraget til en problematisk kobling mellem kønsinkongruens og psykisk sygdom. Selvom behandlingen nu er flyttet til somatiske specialer, fastholder den eksisterende model stadig en udredningsproces, der er umyndiggørende for patienten.

Internationale retningslinjer og erfaringer viser, at en informeret samtykkemodel fører til bedre behandlingsforløb og større patienttilfredshed. SOC8 anbefaler netop denne tilgang, hvor adgang til behandling ikke forsinkes af unødige vurderinger, men i stedet sikrer, at patienterne modtager den rette information til at træffe informerede beslutninger om deres egen sundhed. Den nuværende model kan medføre lange ventetider og psykologiske belastninger, som i sig selv forværrer patienternes trivsel. En informeret samtykkemodel vil i højere grad sikre en hurtig, respektfuld, og patientcentreret behandling, som afspejler internationale standarder og understøtter retten til at træffe beslutninger om egen krop og sundhed. Vi opfordrer derfor til en grundlæggende reform af udrednings- og behandlingsprocessen, så den i højere grad afspejler international praksis og sætter patientens behov i centrum.

Vi ønsker desuden at påpege, at operationer, der kan udføres på hovedfunktionsniveau, såsom mastektomi, hysterektomi, ooforektomi, brystforstørrelse og orkiektomi, bør omfattes

af reglerne om frit sygehusvalg. Disse indgreb er ikke højt specialiserede og er ikke unikke for transkønnede patienter, men udføres rutinemæssigt på ciskønnede patienter, hvor anatomen ikke er særligt anderledes. Udover grundlaget for indgrebene er den kirurgiske teknik og de opnåede resultater i praksis de samme som ved tilsvarende operationer på ciskønnede patienter. Et konkret eksempel er brystforstørrende operationer, hvor længere tids hormonbehandling har resulteret i udviklingen af brystvæv, hvilket skaber samme kirurgiske forudsætninger som hos ciskønnede kvinder. På denne baggrund bør sådanne indgreb ikke betragtes som højt specialiserede eller unikke for transkønnede patienter, men derimod som standardprocedurer, der naturligt bør omfattes af reglerne om frit sygehusvalg.

Vi mener det er uhensigtsmæssigt, at disse behandlinger udelukkende tilbydes gennem specifikke centre, når de uden problemer kunne udføres i det almindelige sygehusvæsen eller på private hospitaler. At centralisere disse indgreb skaber unødvendige barrierer for patienterne og medfører længere ventetider. En decentralisering af disse behandlinger vil have flere fordele for både patienterne og sundhedssystemet. For transkønnede patienter vil det ikke blot betyde kortere ventetider, men også bedre geografisk tilgængelighed og mulighed for at vælge den behandlingsudbyder, de har størst tillid til. Det vil samtidig reducere den psykiske belastning, der følger med lange ventetider og begrænset adgang til behandling. For sundhedsvæsenet vil en spredning af behandlingstilbuddene aflaste de specialiserede centre og sikre en bedre ressourceudnyttelse. Derudover vil det bidrage til lighed i sundhedssystemet, da transkønnede patienter får samme adgang til standardiserede operationer som ciskønnede patienter. På denne måde opnår transkønnede patienter samme adgang til behandling på samme vilkår som øvrige borgere.

Vi mener kvaliteten af den nuværende behandling i Danmark ikke er tilstrækkelig. Ifølge de faglige visitationsretningslinjer for øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi fra 2023 fremgår det, at op til 32 % af patienterne, der har fået foretaget en phalloplastik i Danmark, er utilfredse med det æstetiske resultat. Derudover nævnes det, at der er en stor risiko for permanente komplikationer og gener. Nedre kirurgi er et højt specialiseret indgreb, og da Danmark er et relativt lille land, udføres der ikke nok operationer til at opretholde en høj standard. I andre EU-lande findes der kirurger med større erfaring og bedre resultater, hvilket taler for, at danske patienter bør have mulighed for behandling i udlandet. Derudover, mener vi at det er utilstrækkeligt, at vi i Danmark kun udføre to kønsbekræftende kirurgier om året

(<https://lgbt.dk/ny-rapport-kortlaegger-transpersoners-adgang-til-nedre-kirurgi/>, s.30), hvilket vi også mener er en af hovedårsagerne til at komplikationsraten er så høj som den er (Sundhedsstyrelsen, (2023), "Øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi: Faglig visitationsretningslinje", s.19). Vi vurderer, at det minimale antal af kirurgier som bliver lavet i Danmark kun fører til en længere venteliste, og flere komplikationer.

Derudover mener vi, at det er uetisk at nægte patienter urinrørsforlængelse ifm. phalloplastik pga. den nuværende risiko for komplikationer. Dette bør være patientens eget valg, da manglende mulighed for at stå op og urinere for mange er en væsentlig kilde til kønsdysfori. Formålet med behandlingen bør være at forbedre patientens livskvalitet, og hvis urinrørsforlængelse bidrager til dette, bør det ikke fravælges som en mulighed. I stedet for at gøre adgangen til sundhedsfaglig støtte vanskeligere, bør systemet prioritere at minimere risikoen for komplikationer ved at tilbyde nødvendig opfølgning. På denne måde, kan

patienten føle at CKI følger op på dem, og CKI kan nå at forholde sig til komplikationer, før de bliver for indgribende i den transkønnedes liv. CKI bør derfor samarbejde med almen praksis og endokrinologer for at sikre, at disse patienter får den rette medicinske vurdering og opfølgning uanset om deres behandling er påbegyndt i Danmark eller i et andet land.

Vi mener endvidere, at patienter bør have ret til at blive henvist til nedre kirurgi i udlandet. EU's patientrettighedsdirektiv (Direktiv 2011/24/EU) sikrer borgere ret til at modtage planlagt behandling i et andet EU-land og få refunderet udgifterne op til det beløb, behandlingen ville have kostet i hjemlandet. Dette princip er blandt andet fastslået i Kohll-dommen (sag C-158/96) og Decker-dommen (sag C-120/95), hvor EU-Domstolen understregede, at nationale myndigheder ikke må begrænse patienters adgang til sundhedsydelser. I andre EU-lande, særligt når den nødvendige behandling ikke kan tilbydes rettidigt eller af tilstrækkelig kvalitet i hjemlandet, som påvist ovenfor Men uanset om vi i Danmark forbedrer vores nedre kirurgiske tilbud, bør transpatienter altid have mulighed for at blive henvist til sådanne operationer i andre EU-lande, igen som følge af den pågældende EU-lovgivning og dom sager om disse. På baggrund af ovenstående opfordrer vi til, at patienter sikres ret til henvisning til nedre kirurgi i udlandet samt en større grad af patientautonomi i beslutningen om urinrørsforlængelse ifm. phalloplastik.

For personer, der har modtaget kønsmodificerende behandling i udlandet eller selvmedicinerer, bør vejledningen fastholde den tidligere praksis fra 2018. Dengang blev det anerkendt, at disse patienter kan have behov for, at deres behandling overtages af det danske sundhedsvæsen. Den nuværende praksis er unødvendigt restriktiv og fremstår overflødig, da de mest benyttede udenlandske og online klinikker allerede følger de gældende internationale standarder, herunder ICD-11. Der er derfor ingen faglig begrundelse for at afvise patienter, hvis behandling i forvejen er i overensstemmelse med anerkendte medicinske retningslinjer. At afvise disse patienter tvinger dem ud i en uholdbar og potentielt farlig situation, hvor de enten må afbryde deres behandling abrupt eller fortsætte uden lægelig overvågning. Dette øger risikoen for alvorlige helbreds-mæssige konsekvenser, herunder hormonel ubalance, fysiske komplikationer og psykisk belastning. Særligt for patienter, der har fået foretaget en gonadektomi og dermed ikke længere producerer kønshormoner naturligt. For dem kan en afskærelse fra hormonbehandling have livstruende konsekvenser såsom øget risiko for depression, selvmordstanker og forhøjet selvmordsrisiko. Med andre ord, hvis den nye vejledning ikke sikrer behandling til disse patienter, kan det potentielt koste liv.

Derudover mener vi det er uproduktivt, og et spild af ressourcer, at kræve, at transpersoner der immigrerer fra et land med en informeret samtykke model, skal gennemgå hele det danske udredningsforløb fra start for at fortsætte deres behandling. En sådan praksis medfører unødvendige forsinkelser, som kan have negative konsekvenser for deres sundhed og trivsel. Vejledningen bør derfor sikre, at behandling der er påbegyndt i andre sundhedssystemer med anerkendte standarder også anerkendes i Danmark. På denne måde sikrer man, at transpersoner kan fortsætte deres hormoner uden afbrydelse. Dette kan sammenlignes med eksempelvis ADHD-medicin eller antidepressive, hvor en brat afbrydelse på dette kan medføre virkelige ubehagelige konsekvenser, bl.a. funktionsnedsættelse før medicinen genoptages og stabiliserende brug af medicinen. Konsekvenserne ved langvarigt ophør af hormoner for transpersoner kan i værste fald føre til osteoporose.

Behandling af kønsinkongruens hører hjemme i en sundhedsfaglig ramme, der fokuserer på kønsidentitet, snarere end i en klinik med et overvejende sexologisk og psykiatrisk fokus. En mere hensigtsmæssig løsning ville være at overføre behandlingen af transkønnede børn og unge til Centrene for Kønsidentitet, som allerede varetager behandlingen af transkønnede voksne. Vi mener også det er dybt problematisk og bekymrende, at transkønnede børn og unge under 18 år udelukkende kan henvises til Sexologisk Klinik, hvis primære funktion er behandling af seksuelle problematikker, herunder i blandt voldtægtsforbrydere og pædofile. Denne placering er stigmatiserende, uhensigtsmæssig og ligefrem farligt, da det fejlagtigt kan signalere, at transkønnede børns sundhedsbehov er af en dysfunktion af seksuel karakter, for ikke at nævne at de kan risikere at skulle omgås med voksne voldelige seksuelle forbrydere. Derudover udgør det en væsentlig geografisk barriere, at der i dag kun findes én klinik i landet, der tilbyder behandling til transkønnede børn og unge. Ved at placere behandlingen hos centrene i København, Odense og Aalborg ville adgangen til behandling blive væsentligt forbedret og sikret på mere lige vilkår for transkønnede børn og unge i hele landet.

Vi mener også at der bør udarbejdes en tydelig og nemt tilgængelig klagevejledning for personer, der ønsker at klage over deres behandling vedrørende kønsinkongruens. Denne patientinddragelse kan være med til at sikre, at den manglende tillid mellem transkønnede og behandlere genetableres. Derudover bør der sikres bedre kontrol med, at CKI overholder gældende retningslinjer, således at patienterne modtager den behandling og rådgivning, de har krav på.

Afslutningsvis opfordrer vi til, at vejledningen revideres, så den i højere grad afspejler den nyeste faglige viden og understøtter patienternes ret til selvbestemmelse som beskrevet i SOC8. En informeret samtykkemodel, adgang til kirurgi i udlandet, retfærdige klagemuligheder samt en mere respektfuld behandling af transkønnede børn er nødvendige skridt i retning af et mere inkluderende og retfærdigt sundhedssystem. Denne selvbestemmelse giver en grad af frihed i vores samfund, som oftest kun opleves af cis-kønnede. Det er friheden til at bestemme over egen krop.

15507064, Det Etiske Råd høringssvar vedr. sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 71

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Martin Ejsing Christensen <mech@dketik.dk>
Sent: 24-02-2025 10:07:08 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Subject: Høringssvar vedr. sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens
Attachments: Det Etske Råd høringssvar vedr. sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens.pdf

På vegne af Det Etske Råd formand, Leif Vestergaard Pedersen, sender jeg her vedhæftet Det Etske Råd høringssvar vedr. 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'.
Venlig hilsen,

Martin Ejsing Christensen
Chefkonsulent (projektleder)
Cand. mag., Ph.d.
Sektionen for Det Etske Råd



Nationalt Center for Etik
Ørestads Boulevard 5
Bygning 37K, st.
2300 København S

M: +45 72 21 68 64

mech@dketik.dk
www.nationaltcenterforetik.dk

[Følg os LinkedIn](#)

[Følg os på instagram](#)

Dato: 24. februar 2025

Sagsnr.: SJ-STD-
MECH.DKETIK

Dok.nr.: 3016801

Sagsbeh.: MECH.DKETIK



M: kontakt@etiskraad.dk
W: www.etiskraad.dk

Vedrørende Høring af 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Det Etiske Råd takker for modtagelsen af ovennævnte høring, som er blevet behandlet på rådets møder d. 23. januar og 21. februar. Da kønsinkongruens er et yderst komplekst og ømtåleligt emne, som Det Etiske Råd ikke har beskæftiget sig indgående med før, vil rådet i dette høringssvar ikke tage detaljeret stilling til de dilemmaer, som sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens giver anledning til. En sådan detaljeret stillingtagen ville kræve mere tid, end rådet har haft til rådighed.

Rådet har i stedet valgt at skitsere de overordnede etiske dilemmaer, som hhv. udredning og behandling af kønsinkongruens kan give anledning til.

Endvidere peger rådet på nogle af de steder, hvor den faglige ramme og vejledning forsøger at håndtere disse dilemmaer. Selvom rådet altså ikke selv tager konkret stilling til den måde, dilemmaerne håndteres på, håber rådet, at en sådan fremgangsmåde kan bidrage til, at debatten om, hvordan håndteringen af de svære dilemmaer, sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens kan give anledning til, bliver så saglig, nuanceret og respektfuld som muligt.

I Det Etiske Råd har der ikke været tvivl om, at der findes behandlingskrævende tilfælde af kønsinkongruens, ligesom det også har været et generelt synspunkt, at samfundet bør udvise forståelse for, at det ikke er alle, som har lige let ved at få deres oplevede kønsidentitet til at stemme overens med deres medfødte krop og fødselstildelte køn.

Samtidig har en del rådsmedlemmer dog også givet udtryk for, at man især over for børn og unge bør være yderst tilbageholdende med medicinsk behandling set i lyset af 1) den begrænsede viden om langtidseffekter, 2) de mulige, betydelige bivirkninger, 3) usikkerheden om, hvem der helt præcist vil få gavn af behandlinger, 4) den irreversibilitet, som er forbundet med nogle behandlinger, samt 5) den, usikre viden om, hvorfor der i nyere tid er set en kraftig stigning i antallet af henvendelser vedr. kønsinkongruens.

To uddrag fra den faglige ramme er her helt essentielle, nemlig:

- 1) "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens", mens der samtidig peges på, at evidensen dog ikke afspejler "den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling" (s. 31)

- 2) ”der er sparsomme erfaringer og viden om langtidseffekter, især på børne- og ungeområdet” (s. 15).

Det er flere af rådsmedlemmernes anbefaling, at disse to forhold afspejles i højere grad i den faglige ramme, så det er mere tydeligt, at der omkring behandlingen bør tillægges et særligt forsigtighedsprincip.

Nogle rådsmedlemmer har fundet anledning til at understrege betydningen af, at der er god tid til afklaring mellem en evt. diagnose og behandling. Nogle rådsmedlemmer har også fundet anledning til at overveje, om det kun er undtagelsesvist, at børn og unge bør kunne tilbydes medicinsk behandling for kønsinkongruens, men pga. den begrænsede tid til at behandle emnet og usikkerheden om, hvad den faglige ramme og vejledningens måde at håndtere dilemmaerne på (se nedenfor) rent faktisk vil betyde i praksis, har de kun ønsket at fremsætte det som et opmærksomhedspunkt, og ikke som en egentlig anbefaling.

Som Det Etske Råd ser det, er de væsentligste etiske dilemmaer i forbindelse med sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens især knyttet til to aktiviteter For det første er der en række dilemmaer forbundet med selve udredningen hen imod en evt. diagnose og for det andet dilemmaer forbundet med selve behandlingen.

Etske dilemmaer forbundet med udredning for evt. kønsinkongruens

Der er især tre forhold, som er med til at skabe dilemmaer ifm. udredning. Det ene er det forhold, at de personer, som opsøger sundhedsfaglig hjælp, ofte kan føle sig udsatte, sårbare og stigmatiserede. Som Det Etske Råd har forstået det, kan en del af årsagen hertil være, at det i sig selv ofte vil være sårbart at opleve en uoverensstemmelse mellem to s  eksistentielle grundkategorier som krop og køn. Men en betydelig del af årsagen skal også findes i den samfundsmæssige holdning (både historisk og aktuelt) til personer, der oplever uoverensstemmelse mellem krop og køn.

Det andet forhold, som er med til at skabe etiske dilemmaer i forbindelse med udredningen for kønsinkongruens, er det betydelige subjektive element, som indgår i kriterierne for at kunne stille diagnosen ’inkongruens’. Som det fremgår af den faglige ramme, er ’et stærkt ubehag’ eller et ’stærkt ønske’ hos den person, der opsøger sundhedsfaglig hjælp, således en central del af alle de fire kriterier, der kan bruges til at stille diagnosen.

Det tredje forhold, som er med til at skabe etiske dilemmaer i forbindelse med udredningen for kønsinkongruens, er selve behovet for at kunne stille en diagnose. Dette behov er grundlæggende forankret i selve sundhedsvæsenet som institution, hvor en diagnose ofte fungerer som et middel til at skelne mellem, hvad der er sundhedsvæsenets opgave at tage sig af, og hvad der er andre personers og organisationers opgave at tage sig af.

N r de tre forhold kan skabe svære etiske dilemmaer i forbindelse med udredning for kønsinkongruens, s  skyldes det, at de let giver anledning til modsatrettede fordringer, som det for både den enkelte sundhedsfaglige person og for sundhedsvæsenet som institution kan være svært at finde den rette balance imellem. På den ene side lægger det, at de personer, som opsøger sundhedsfaglig hjælp i forbindelse med kønsinkongruens, ofte er udsatte, sårbare og stigmatiserede op til at være meget rummelig og forstående overfor dem. På den anden side g r behovet for at stille en diagnose det dog også nødvendigt at undersøge kritisk, om der i det konkrete tilfælde rent faktisk er belæg for at kunne stille diagnosen inkongruens.

Det er ikke ukendt i sundhedsvæsenet, at der er behov for at kombinere rummelighed og imødekommenhed med en kritisk undersøgende tilgang, men i forbindelse med kønsinkongruens kompliceres det almene dilemma af den kendsgerning, at der er så stærkt et subjektivt element i kriterierne bag diagnosen. For det rejser et spørgsmål om, hvorvidt den kritiske undersøgelse i princippet kan bestå i at lytte rummeligt og imødekommende til den opsøgende persons ønsker, nu hvor det er disse, der er definerende for diagnosekriterierne? Eller er der stadig et behov for at spørge kritisk ind til disse ønsker? Og hvis det sidste er tilfældet, hvordan kan man i givet fald gøre det på en respektfuld og forstående m de? Igen er der her ikke tale om dilemmaer, som er fremmede for sundhedsvæsenet (fx psykiatrien) – heller ikke n r det drejer sig om børn og unge – men de træder efter rådets mening særligt tydeligt frem i forbindelse med kønsinkongruens.

Etiske dilemmaer forbundet med behandling for kønsinkongruens

Den anden aktivitet, som er forbundet med etiske dilemmaer i tilknytning til kønsinkongruens, er selve behandlingen. Som det fremgår af diagnosekriterierne, er kønsinkongruens et udtryk for spændinger eller uoverensstemmelser mellem kønskarakteristika, den oplevede kønsidentitet, og social anerkendelse. I princippet vil man derfor kunne rette en evt. behandling (eller 'hjælp') mod den biologiske krop, den enkeltes psyke og det omgivende samfund, og et af de grundlæggende dilemmaer er, hvordan man som sundhedsfaglig person skal prioritere imellem eller kombinere disse tiltag i bestemte situationer.

Uanset hvilken behandling, der overvejes, er der, som Det Etske Råd ser det, en række faktorer, som det etisk set er særligt vigtigt at tage højde for, når man overvejer at behandle.

For det første er der et spørgsmål om, hvor alvorlig lidelsen er. Jo mere alvorlig lidelsen er, jo større grund vil der alt andet lige være til at forsøge at behandle den.

N r man overvejer en bestemt behandling, er der, for det andet, også et spørgsmål om behandlingens effektivitet. Jo større sandsynlighed der er for, at en given behandling vil kunne mindske eller fjerne et givet ubehag, jo mere velbegrundet vil behandlingen alt andet lige være.

En tredje faktor, som det er relevant at tage med, når man overvejer en bestemt behandling, er størrelsen af de risici, der måtte være forbundet med den. Jo mindre risici, jo mere velbegrundet vil behandlingen alt andet lige være.

Endelig vil det, n r man overvejer en bestemt behandling, også være vigtigt at se på, hvilke alternative behandlinger, der findes, og hvordan de klarer sig i forhold til punkt to og tre.

Disse forhold er igen velkendte indenfor sundhedsvæsenet, men i forbindelse med kønsinkongruens er der, som Det Etske Råd ser det, en række forhold, som er med til at skærpe de dilemmaer, de kan give anledning til.

For det første kan de personer, der opsøger sundhedsfaglig hjælp, være stærkt plaget af ubehaget ved uoverensstemmelsen mellem deres oplevede kønsidentitet og deres kønskarakteristika og/eller samfundets syn på dem.

For det andet er nogle af de behandlinger, man kan tilbyde, irreversible. Det gælder mest udtalt for nedre kirurgi, men som rådet har forstået det, også for nogle medicinske behandlinger. Hvis en af de irreversible behandlinger fortrydes, risikerer man altså, at den behandlede vil opleve livslang utilfredshed med sin krop.

Vægten af denne risiko øges af, at der, for det tredje, er tale om en ændring af noget af det, der for de fleste mennesker er af meget stor personlig-eksistentiel betydning, nemlig kroppens kønsudtryk.

En fjerde faktor, som er med til at skærpe dilemmaet, er, at der, som Det Etske Råd forstår det, ikke findes viden af høj kvalitet om langtidseffekterne af hormonbehandling, samtidig synes der at være risiko for betydelige bivirkninger ved behandlingen

Endelig vil det, for det femte, for nogle også kunne skærpe dilemmaet, hvis der er tale om behandling af børn eller unge, for så vidt de som særligt sårbare og udsatte har krav på særlig hjælp og beskyttelse.

Eksemplet med børn og unge sætter på mange m der dilemmaerne i forbindelse med kønsinkongruens på spidsen. For hvad betyder det, at de har særligt krav på hjælp og beskyttelse? Betyder det, at man i sundhedsvæsenet b r gøre noget ekstra for at hjælpe dem af med deres ubehag, fx ved hjælp af stop- og krydshormoner? Eller betyder det omvendt, at man bør være ekstra forsigtig med at anvende fx stop- og krydshormoner, fordi der er tale om børn og unge? Svaret vil afhænge af, hvordan man lægger vægt på de forskellige faktorer, som er beskrevet ovenfor, og det er Det Etske Råds indtryk, at det har varieret fra land til land såvel som over tid og internt i det enkelte land, hvordan man g r det. Nogle steder har man lagt vægt på, hvor plaget patienterne (inklusiv unge) har været, og haft en betydelig tiltro til, at fx medicinsk behandling ville kunne hjælpe dem, mens man andre steder har været mere forsigtige og tilbageholdende i forhold til den slags behandlinger.

Der er således betydelig usikkerhed om behandlingens effekter og konsekvenser og der hviler et stort etisk pres på den enkelte patientansvarlige læge. Set i det lys, og af hensyn til fremtidige patienter, finder en del af rådets medlemmer, at det burde sikres, at behandlingen i landet vurderes og tilrettelægges ved nationale multidisciplinære konferencer (som det kendes indenfor visse andre sygdomsområder) og det i den forbindelse sikres systematisk erfaringsopsamling, herunder af konsekvenserne for alle patienter.

På Det Etske Råds vegne,

Leif Vestergaard Pedersen, Formand for Det Etske Råd

15507061, Dansk Pædiatrisk Selskab høringssvar kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 70

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Høringssvar til "Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens".

Dansk Pædiatrisk Selskab, Ungdomsmedicinsk udvalg.

Vi har i Dansk Pædiatrisk Selskab udelukkende forholdt os til afsnittet om kønsinkongruens blandt børn og unge under 18 år.

Overordnede kommentarer:

- Arbejdet er tilsyneladende afsluttet i 2023, og der er derfor ikke taget hensyn til den nyeste viden på området, inkl. Cass-rapporten (<https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>), som udkom i april 2024 på foranledning af de britiske sundhedsmyndigheder (National Health Service). Rapporten forholdt sig yderst kritisk til endokrinologisk intervention over for mindreårige med kønsinkongruens. Vi mener derfor, at arbejdet bør genoptages og vejledningen gennemarbejdes på baggrund af denne nye viden.
- Evidensgrundlaget for behandling af mindreårige med stop- og krydshormoner er generelt spinkelt, og der foreligger ikke gode data vedrørende evt. langtidseffekter af en sådan behandling påbegyndt i barndom/tidlige ungdom. Dette taler for øget agtpågivenhed i beslutninger om kønsmodificerende behandling af børn og unge. Den mangelfulde evidens har medført, at man i bl.a. Sverige og England har standset kønsmodificerende behandlingstilbud til mindreårige. Denne udvikling understøttes af ovennævnte Cass-rapport.
- Udredning af mindreårige for kønsinkongruens vanskeliggøres af, at køn og kønsidentitet indgår i en kompleks bio-psyko-social udviklingskontekst, og at årsagerne til kønslig usikkerhed/utilfredshed derfor kan være mange og forskelligartede. Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at befolkningsundersøgelsen Projekt SEXUS (https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf, s. 283) har påvist køns-nonkonformitet i barndom eller ungdom hos ca. en femtedel af den danske befolkning.
- Den faglige ramme opfatter ikke psykisk sygdom og udviklingshæmning som kontraindikationer for kønsmodificerende behandling af mindreårige. Det er videnskabeligt veletableret, at forekomsten af kønsinkongruens er øget ved fx autismespektrum-forstyrrelser, hvor kønsspørgsmålet ofte er en del af et mere overordnet identitetstema. Dansk Pædiatrisk Selskab finder det generelt rimeligt at anbefale en mere restriktiv behandlingspraksis over for børn og unge med psykisk sygdom og udviklingsforstyrrelser.

- Tidlig debut ("early onset") af kønsinkongruens bør stå centralt i udredning og behandlingsovervejelser hos mindreårige. En symptomvarighed på to år synes i denne sammenhæng en meget kort tidsperiode og dermed et vagt og utilstrækkeligt diagnostisk kriterium. Særligt ved (evt. udiagnosticeret) autismespektrum-forstyrrelser kan børn i forbindelse med skolestart, hvor der ses markant øgede krav til sociale kompetencer, opleve usikkerhed, mistrivsel og identitetsspørgsmål, herunder potentielt en følelse af kønsinkongruens.
- Begrebet "køn tildelt ved fødslen/fødseltildelt køn" er ud fra en lægelig betragtning upræcist, idet der snarere er tale om "køn konstateret ved fødslen/fødselskonstateret køn".
- Der bør stilles krav om at al medicinsk behandling foregår protokolleret med skærpede krav om systematisk opfølgning og forskning på området, svarende til andre nye/eksperimentelle behandlingstiltag.
- Der mangler generelt vejledning til den højtspecialiserede rådgivning af børn og unge og deres familier om alternativer til endokrinologisk behandling, særligt set i lyset af den manglende evidens og langtidserfaring på området.

Tekstnære kommentarer:

I afsnit **2.1.1. Baggrund for revision af vejledningen** står der

Vi er i dag et andet sted end i 2018, og der er behov for at få beskrevet den nyeste viden og erfaringer fra både behandlere og brugere, så rådgivnings- og behandlingsmulighederne afspejler den højeste faglige kvalitet.

Vi mener ikke, at dette behov afspejles i vejledningen. Generelt er der overraskende få referencer, og i særdeleshed burde den britiske Cass-rapport være inddraget i arbejdet.

I afsnit **4.1. Faglige kompetencer i behandlerteamet** står der

Da der er sparsomme erfaringer og viden om langtidseffekter, især på børne- og ungeområdet, bør der for at sikre kvalitet og patientsikkerhed være forskningsmæssige kompetencer i teamet, som løbende sikrer, at området følges af forskning og fagligt udvikler sig.

Vi mener som ovenfor nævnt, at der skal være et selvstændigt krav om protokolleret behandling med skærpede krav om systematisk opfølgning og forskning på området. Det er ikke tilstrækkeligt, at der er forskningsmæssige kompetencer i teamet.

I illustrationen i **afsnit 4.2. Standardforløb og multidisciplinært team** står der

Vurdering af compliance-evne

Compliance er et ældre begreb, der beskriver i hvilken grad patientens adfærd matcher de ordnede anbefalinger. Begrebet er karakteriseret af manglende involvering og virker misvisende i denne sammenhæng. Vi anbefaler derfor at anvende det mere tidssvarende begreb adherence/adhærens, der beskriver, i hvilken grad af patientens adfærd matcher den aftalte anbefaling.

I afsnit **5.1. Psykosocial støtte til børn og unge** står der

Den praktiserende læge kan hjælpe barnet eller den unge ved at tilbyde samtaler med barnet/den unge og/eller familien

Der er tale om meget sjældne og ofte komplicerede tilstande, der ifølge vejledningen skal behandles i højt specialiseret regi. Vi finder det derfor en (for) stor opgave for almen praksis, medmindre der foreligger en klar vejledning på området, herunder en vejledning til hvordan almen praksis kan varetage denne type samtaler. Det samme gælder for de almene kommunale tilbud, der ofte ikke har den tilstrækkelige faglighed til at modsvare denne gruppe børn og unges særlige behov.

I afsnittet **5.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for behandling hos børn og unge** står der

Det langvarige aspekt er vigtigt at inddrage for at tage højde for den udvikling, der sker i puberteten. Omvendt vil udskudt behandling kunne medføre langvarige fysiske og psykosociale skadevirkninger ved en uønsket pubertetsudvikling i retning af fødselstildelt køn. I den forbindelse skal der være ekstra opmærksomhed på børn og unge, som er blevet tildelt drengekøn ved fødslen, da den maskuliniserende udvikling i forbindelse med puberteten kan være sværere at modificere med krydshormoner efter puberteten og derfor medføre højere risiko for skadevirkninger ved udskudt behandling.

Vi finder, at en lignende opmærksomhed må gælde i forhold til børn og unge, som har fået konstateret kvindeligt køn ved fødslen, og hvor den maskuliniserende udvikling i forbindelse med krydshormoner kan være vanskelig at modificere ved en evt. senere de-transition.

Endvidere hæfter vi os ved følgende afsnit omkring de diagnostiske kriterier:

4. De forventede fordele ved medicinsk behandling overstiger de mulige skadevirkninger ved behandlingen.

Dette er netop svært at afgøre, eftersom der mangler langtidsopfølgning af mulige skadevirkninger ved endokrinologisk behandling.

5. De mulige skadevirkninger ved at behandle er mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle.

Sammen bemærkning som ovenfor.

6. Barnet/den unge er i stand til at følge behandlingen med støtte fra familie eller

nære relationer. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen.

Vi finder ikke, at der kan stilles krav til landets kommuner om at støtte et behandlingsforløb, der er komplekst og eksperimentelt, såfremt barnet/den unge ikke selv er i stand til at følge behandlingen.

7. Barnet/den unge forstår konsekvenserne af behandlingen. Al medicinsk behandling af børn og unge under 15 år i forbindelse med behandling af kønsinkongruens kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere. Da behandling med krydshormon giver irreversible forandringer, er det selvstændige samtykke til behandling centralt. Derfor skal børn og unge være fyldt 15 år før igangsættelse af behandling med krydshormoner medmindre det, for det enkelte barn eller unge, vurderes sundhedsfagligt uforsvarligt at vente med igangsættelse af behandlingen

Vi mener, at forsigtighedsprincippet bør råde her. Som et minimum bør det konkretiseres, hvilke kriterier, der kan danne baggrund for en sådan vurdering. Formuleringen "... sundhedsfagligt uforsvarligt at vente" forekommer os upræcis og bekymrende elastisk.

I afsnit **5.5. Overgang til voksenområdet** står der

Elektronisk post fra sygehuset foregår uden involvering af forældrene for unge over 15 år.

Dette er ændret, og forældre til unge under 18 år får nu som hovedregel også elektronisk post fra sygehuset om fx aftaler, om end de ikke har elektronisk adgang til patientjournalen via fx Min SP.

Herudover:

s. 15: Det pædiatriske subspeciale, der stilles krav om, må hedde endokrinologi, da der ikke er et pædiatrisk subspeciale, der hedder Vækst og reproduktion.

S. 42: Termen "transition" kan både benyttes i forbindelse med kønstransition, men også om patienters overgang fra pædiatrisk regi til voksenregi i sundhedsvæsenet (jr. ref. 19).

I **Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens** står der i afsnit **3.2. Krav til informationen forud for samtykke** står der:

Informationen skal gives på sundhedspersonens eget initiativ, og kun hvor patienten udtrykkeligt har frabedt sig den, kan information udelades, jf. sundhedslovens § 16, stk. 2 og § 6 i bekendtgørelse nr. 359 af 4. april 2019 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Vi finder dette *stærkt problematisk* i forhold til mindreårige, der selv ønsker/opsøger en behandling, hvor evidensgrundlaget er spinkelt og erfaringerne begrænsede. Dette er ikke mindst tilfældet, hvor der er tale om mindreårige med udviklingsforstyrrelse og/eller -hæmning, herunder neurodivergens.

**15507060, Region Hovedstaden hørings svar VS
Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruen**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 69

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Tine Christina Palmberg <tine.christina.palmberg@regionh.dk>
Sent: 24-02-2025 12:50:35 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Cc: Charlotte Hosbond <charlotte.hosbond@regionh.dk>; Nadja Ausker <nadja.ausker.01@regionh.dk>
Subject: VS: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens
Attachments: Høringssvar til vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens Region Hovedstaden.pdf, Høringssvars fra Rigshospitalet vedr. vejledning om Sundhedsfaglig Hjælp til ved kønsinkongruens_FINAL.pdf, Signature-20250224115151.txt

Center for Sundhed,
Enhed for Kvalitet, Forskning og Patientsikkerhed i
Sundhedsvæsenet

Til
Sundhedsstyrelsen

Her vedhæftet høringssvar fra Region Hovedstaden til
Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens.

Vejledningen har været sendt i høring hos relevante parter i Region Hovedstaden, herunder Region Hovedstadens Psykiatri.

Med venlig hilsen

Tine Palmberg

Tlf: +45 23434825

Mail: tine.christina.palmberg@regionh.dk

Region Hovedstaden

Center for sundhed
Enhed for Kvalitet, Forskning
og patientsikkerhed
Kongens vænge 2
3400 Hillerød

Tlf: +45 38665000

Web: www.regionh.dk



NOTAT

Til: Sundhedsstyrelsen
Enhed for Sygehusplanlægning

Sagsnr.: 25003113
Ref.: tpal

Dato: 24-02-2025

Høringssvar fra Region Hovedstaden vedr. udkast til vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Center for Sundhed har indhentet høringskommentarer fra hospitaler i Region Hovedstaden, herunder Region Hovedstadens Psykiatri og har modtaget svar fra Nordsjællands Hospital, Region Hovedstadens Psykiatri og Rigshospitalet (Kommentarer fra Rigshospitalet er vedhæftet som bilag).

Generelle kommentarer

Region Hovedstadens Psykiatri finder det positivt, at vejledningen om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens søger at styrke kvaliteten og ensarte behandlingstilbuddene ved kønsinkongruens. Vejledningen og den faglige ramme kunne styrkes, ved at blive mere tydelig og konkret vedrørende udredning og behandling, selvom det specificeres at *"publikationen ikke er en behandlingsvejledning, som skitserer det præcise indhold i behandlingen"*. Det er ønskeligt med nationale behandlingsvejledninger for behandling af kønsinkongruens med mere nøjagtig beskrivelse af behandlingens indhold.

Desuden foreslås at omtalen af psykiatrien revideres, for at tilknytning til psykiatrien i sig selv ikke fremstår som stigmatiserende. Det fremhæves i baggrundsafsnittet, at en forankring i psykiatrien har været opfattet som en kilde til stigmatisering, og at tilbuddet til voksne derfor er flyttet til somatiske specialer. Region Hovedstadens Psykiatri finder det uensigtsmæssigt med formuleringer, der beskriver det som stigmatiserende at have et forløb i psykiatrien.

Kommentarer til vejledning

Der bør generelt være klart definerede retningslinjer for samarbejde mellem de somatiske specialer og psykiatrien, så psykisk sårbare patienter ikke overses eller får uhensigtsmæssige behandlingsforløb. Herunder ønskes det for børn og unge under 18 år tydeliggjort i vejledningen, at ansvaret som forløbsansvarlig speciallæge kan skifte under forløbet med hhv. udredning og behandling, idet forløbet i klinisk praksis er opdelt mellem psykiatri og somatik. Dette gælder f.eks. ved overgangen fra udredning for kønsinkongruens i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center til hormonbehandling ved Afdeling for Vækst og Reproduktion.

Kommentarer til faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

I den faglige ramme indeholder teksten flere udsagn uden direkte kildeangivelse ("*Mange børn og unge oplever sig ikke mødt...*" (afsnit 5.1), "*En stor del af børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har samtidig en udviklingsforstyrrelse*" (afsnit 5.3). Det savnes, at disse udsagn underbygges med kildeangivelser eller konkrete tal. Hvis data ikke findes, bør teksten nuanceres (f.eks.: Erfaringsmæssigt rapporterer nogle børn og unge...).

I afsnit 2.1.3 og i vejledningen afsnit 3.1 om information og samtykke, ønskes det tydeliggjort, at der skal udvises særlig omhu og skærpet opmærksomhed før igangsættelse af irreversibel behandling. Og dette bør i særlig grad være tilfældet, når en ung mellem 15 og 18 år samtykker til behandling uden forældremyndighedsindehavernes accept.

I afsnit 2.1.4 om klassifikation og diagnosekoder beskrives kriterierne for kønsinkongruens i ungdoms- og voksenlivet. Heraf fremgår det, at diagnosen fordrer "*kontinuerlig tilstedeværelse i flere måneder af mindst to af følgende kriterier...*". Det bemærkes, at formuleringen om varighed på "flere måneder" er uspecifik og potentielt af meget kort varighed. Dertil opstår uklarhed i relation til afsnit 5.3, hvor det fremgår, at "*uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet opstået i forbindelse med puberteten skal vurderes grundigt, da dette både kan være udtryk for en forbigående identitetsudforskning, men også en opblussen i en vedholdende kønsinkongruens.*" Ligeledes angives det i afsnit 6.3, at der for voksne skal være tale om: "*Varighed og stabilitet. Har der været et langvarigt og vedholdende ønske om behandling? Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende, jf. diagnosekriterierne i ICD-11.*" En varighed på "*flere måneder*" kan ikke nødvendigvis konkluderes at ud-

gøre en konsistent og vedholdende kønsidentitet. Det kunne præciseres hvad der menes med "*langvarigt og vedholdende*", eventuelt med angivelse af en minimumsvarighed.

Det er ønskeligt, at der i den faglige ramme understreges, at der skal udvises særlig forsigtighed ved vurdering af postpubertære unge, som henvises med kønsinkongruens. Lande vi almindeligvis sammenligner os med på området, som Sverige og England, beskriver i deres nationale vejledninger, at der skal udvises "*extreme caution*", når unge henvises for kønsinkongruens post-pubertært.

I afsnit 3.1 om organiseringen i kommunerne beskrives, at der ikke findes lovpligtige indsatser rettet mod personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet. Det nævnes, at børn og unge i psykisk mistrivsel kan henvende sig i det nye, lovpligtige kommunale behandlingstilbud til børn og unge i generel psykisk mistrivsel (tilbuddet nævnes ligeledes i afsnit 5.1 om psykosocial støtte til børn og unge). Erfaringsmæssigt vil barnets/den unges mistrivsel ofte have sammenhæng med det køns- og kropsubehag, der opleves. Det er Region Hovedstadens Psykiatri vurdering, at der mangler et relevant tilbud til den gruppe af børn og unge hvis mistrivsel bunder i kønsbehag.

I afsnit 4.1 om faglige kompetencer i behandlerteamet nævnes, at det multidisciplinære team skal inkludere "*fagperson(er) med særlig ekspertise i samtale*". Det bør specificeres, hvilke fagligheder der opfylder dette kriterie, og hvilke kompetencer dette dækker over, da samtaler benævnes som en central komponent i forløbet.

I afsnit 5.1 om psykosocial støtte til børn og unge nævnes det, at det erfaringsmæssigt ikke er hensigtsmæssigt, at al psykosocial støtte til denne gruppe varetages af den højt specialiserede funktion. Det er ikke en opfattelse der deles af alle på området, og vi er i tvivl om hvoraf denne erfaring kommer?

Afsnit 5.3 og 6.3 om udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for behandling hos hhv. børn og unge, og voksne. Det nævnes, at der skal være "*særligt fokus*" på såvel børn og unge som på voksne med udviklingsforstyrrelse i forbindelse med udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling. Det ses ikke nærmere beskrevet, hvad dette "*særlige fokus*" indebærer, hvilket bør specificeres. Dertil kan det nævnes, om ekspertise med særlig viden på området skal tilknyttes centre for kønsidentitet.

I afsnit 5.3 nævnes, at en "*grundig udredning*" skal sikre, at kontraindikationer og risikofaktorer identificeres; men det er ikke nærmere defineret, hvordan denne grundighed sikres. Dette kunne eksempelvis indebære differentialdiagnostisk udredning og involvering af speciallæger i

psykiatri. Det bør defineres hvordan kontraindikationer og risikofaktorer vurderes.

I afsnit 6.5.1 om vurdering før kirurgisk behandling fremgår det, at patienten skal indkaldes i kirurgisk regi, for at vurdere eventuelle kirurgiske kontraindikationer. Den nuværende praksis, hvor et center for kønsidentitet ligeledes vurderer eventuelle tilkomne psykiatriske kontraindikationer forud for en eventuel operation, bør fastholdes.

I afsnit 6.1 beskrives psykosocial støtte til voksne – også i tilfælde hvor medicinsk eller kirurgisk behandling ikke er relevant. Det er Region Hovedstadens Psykiatri vurdering, at en hensigtsmæssig organisering bør sikre, at denne støtte ydes i en faglig kontekst, der bedst imødekommer behovene hos målgruppen, hvilket vil være et offentligt sundhedsfagligt tilbud.

Den faglige ramme argumenterer for, at psykosocial støtte til børn og unge ikke udelukkende bør varetages af den højt specialiserede funktion, da dette kan gøre det vanskeligt for barnet at drøfte eventuel tvivl om behandling. For voksne anerkendes det, at psykosocial støtte også kan være relevant uden for centrene for kønsidentitet, men samtidig understreges det, at denne støtte bør være en integreret del af udredningen og behandlingen i centrene. Det er uklart, hvorfor princippet om adskillelse gælder for børn og unge, men ikke nødvendigvis for voksne.

Ligeledes fremhæves det, at børn og unge bør have mulighed for at reflektere over og udforske deres kønsidentitet i et trygt rum uden pres fra det sundheds-personale, der træffer beslutninger om medicinsk behandling. For voksne understreges det derimod, at sundhedspersonalet aktivt bør undersøge tvivl sammen med patienten, og at udtryk for tvivl ikke må forhindre adgang til behandling. Dette skaber en forskel i tilgangen til tvivl afhængigt af alder, uden en begrundelse for rationalet bag denne skelnen.

For at undgå uklarheder og mulige uoverensstemmelser i fortolkningen, vurderes det hensigtsmæssigt at præcisere begrundelsen for forskellene i tilgangen til psykosocial støtte og håndtering af tvivl i de forskellige aldersgrupper.

I afsnit 6.1 beskrives også, at hvis der udtrykkes tvivl om ønsket om behandling, må dette ikke føre til, at en person ikke tilbydes behandling. På den anden side stilles der i afsnit 6.3 krav om vedholdenhed og stabilitet i ønsket om behandling. Det kan skabe uklarhed omkring, hvordan disse to principper vægtes i praksis, og det kunne være hensigtsmæssigt at præcisere deres indbyrdes forhold yderligere.

I afsnit 6.4.3 og 6.5.5 om hhv. opfølgning på medicinsk og kirurgisk behandling af voksne nævnes detransition kort. Det vil være relevant med et særskilt afsnit i vejledningen om detransition. Der ses en gruppe af personer, som ønsker at stoppe eller ændre deres behandling, og dertil er viden om detransition væsentligt i overvejelserne om transition. Dermed er der behov for en klar ramme for håndtering af disse forløb. Det vil desuden være hensigtsmæssigt at præcisere, hvilken behandling der kan tilbydes i sådanne tilfælde.

I punkt 6.6.4 side 38 er angivet, at personer med kønsinkongruens skal kunne tilbydes fertilitetsbehandling på en offentlig fertilitetsklinik. Samtidig er det beskrevet, at kønsmodificerende behandling kan reducere fertiliteten ligesom det ikke kan udelukkes, at denne behandling kan have skadevirkning på fertiliteten. Området er underbelyst. Der er intet beskrevet om eventuel skadevirkning på fosteret.

Det kan derfor ikke anbefales, at to ofte modsatrettede hormonbehandling gennemføres sideløbende. Ved det informerede samtykke til kønsmodificerende hormonbehandling kan en konsekvens/bivirkning til behandlingen være påvirket fertilitet. Det bør inddrages i vurderingen af, om det skal være et offentligt tilbud.

Under alle omstændigheder er der tale om behandling på højt specialiseret niveau i afdelinger med specialfunktion. Det samme må gælde en evt. fertilitetsbehandling. Den kan og skal ikke varetages af alle offentlige fertilitetsklinikker.

Vedhæftet

1 bilag: Høringssvar fra Rigshospitalet

Høringssvar fra Rigshospitalet vedr. udkast til *vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens*

Sundhedsstyrelsen har sendt vejledning og faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens i høring.

Rigshospitalet har sendt høringen bredt ud i organisationen. Der er modtaget bemærkninger fra Center for Kønsidentitet bestående af Sexologisk Klinik (Psykiatrisk Center København) samt Rigshospitalets Afdeling for Gynækologi, Fertilitet og Fødsler og Afdeling for plastikkirurgi og brandsårsbehandling. Herudover har Afdeling for Vækst og Reproduktion også fremsendt kommentarer.

Indledningsvist fremfører afdelingerne nogle generelle kommentarer, som fremgår nedenfor, efterfulgt af en række tekstnære bemærkninger til den faglige ramme og vejledningen. De tekstnære bemærkninger er indsat i høringsskemaet nedenfor.

Foruden kommentarerne fra de nævnte afdelinger har Afdeling for Kæbekirurgi på Rigshospitalet også sendt kommentarer. Afdelingens kommentarer er indsat sidst i skemaet under feltet *Øvrige bemærkninger*, da kommentarerne har en anden karakter.

Generelle kommentarer

Det er overordnet vurderingen, at den faglige ramme har fået en fin balance mellem behov for mere viden (via forskning) og mulighed for individuelle hensyn.

Generelt efterspørges en præcisering af, at diagnosen *Kønsinkongruens* i sig selv ikke giver adgang til behandling. Diagnosen kan være til stede uden, at der er ønsker om **eller** indikation for medicinsk eller kirurgisk behandling.

Endeligt kan det overvejes at ændre 'kønsmodificerende' til 'kønsbekræftende' og 'krydshormoner' til 'kønshormon' i hele dokumentet.

Bemærkninger	
Hospital:	Rigshospitalet
Faglig ramme - /Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens	
Kapitel 2 Baggrund og formål (Faglig ramme)	Det angives, at Sundhedsstyrelsen anvender betegnelsen 'uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet', indtil der er stillet en diagnose, mens 'kønsinkongruens' er diagnosebetegnelsen, som anvendes, når der er stillet en diagnose. Denne skelnen kan forekomme kunstig, idet diagnosen i sig selv er selv-defineret.

2.1.1. Baggrund for revision af vejledningen (Faglig ramme)	Den første vejledning blev udarbejdet i 2015. I 2018 var der udelukkende tale om en mindre tilpasning.
2.1.3 (Faglig ramme)	Det bør fremgå, at en irreversibel behandling med stærkt begrænset evidens stiller skærpede krav til, at personen til fulde har forstået informationen og de langtrækkende konsekvenser. Det betyder, at personen skal kunne reflektere og have realistiske forventninger til, hvordan en fremtid med behandling for kønsinkongruens ser ud samt være i stand til at kommunikere sådanne overvejelser.
4.2 side 17	Skemaet vedr. standardforløb (afsnit forundersøgelse-medicinsk behandling): 'speciallæge i pædiatri' ændres til 'speciallæge i pædiatrisk endokrinologi'
Generelt vedr. vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens	<p>Adskillige gange nævnes det i dokumentet, at der skal indhentes informeret samtykke fra patienten og ved børn og unge under 15 år fra forældremyndighedsindehavere. Under pkt. 3 i vejledningen står der, at informeret samtykke ikke fritager sundhedspersonen for ansvaret for behandlingen. Det bør understreges, at det informerede samtykke IKKE er indikation for at starte og fortsætte en behandling, idet behandlingen er et lægeligt ansvar både ved opstart, under behandling og ved en eventuel afslutning.</p> <p>Det kan undre, at der så mange gange påpeges, at der skal være samtykke fra patienten, hvilket må understrege behandlingens manglende lægelige indikation. Behandlerens ansvarsfuldhed og patientens samtykke er ikke anderledes end i andre behandlinger.</p> <p>Det er vigtigt at pointere, at der ikke er tale om "<i>informed consent</i>", som ofte bruges ved behandling af denne gruppe i udlandet fx USA, hvor sundhedspersoner fraskriver sig ansvar og patienten påtager sig ansvar ved at underskrive såkaldt "<i>informed consent</i>". Denne forveksling findes ofte blandt patienter og derfor bør det præciseres yderligere. Det kan give anledning til misforståelse, når det nævnes så specifikt til denne målgruppe, der jo netop selv stiller diagnosen og selv opsøger behandling og hvor det er er højst usandsynligt, at en sundhedsperson vil påføre en patient en behandling, de ikke selv ønsker. Det vigtige i denne sammenhæng er ikke samtykket fra patienten, men oplysningspligten fra sundhedspersonen omkring fx konsekvenser af behandlingen og mulige bivirkninger. Denne diskrepans fremgår ikke tydeligt.</p>

5.4.3	Forløbsansvarlig speciallæge kunne med fordel kaldes <u>patientansvarlig læge</u> (PAL) i stedet for, da denne funktion findes i forvejen og har sammenligneligt indhold.
5.3 + 6.3 (Faglig ramme)	I afafsnittet fremgår, at der ifm. udredningen er en række forhold og spørgsmål, som skal afklares bl.a. <i>Grundlæggende identitetsdannelse</i> . Det er uvist og uklart, hvordan man udreder grundlæggende identitetsdannelse. Menes her i udviklingsforstyrrelse? Eller opstået fra den tidlige identitetsdannelse? Det bør præciseres.
6.1 (Faglig ramme)	Psykosocial støtte kan være et behandlingstilbud, når medicinsk eller kirurgisk behandling ikke kommer på tale. CKI København har tidligere problematiseret, at dette skulle finde sted i et center for kønsidentitet, hvis primære opgave er at varetage udredning mhp. medicinsk/kirurgisk behandling. Det bør heller ikke varetages af interesseorganisationer. Det er anført i afsnit 6.1. at hvis personen har udtrykt tvivl, så må tvivlen ikke medføre, at personen ikke kan få behandling. Der er samtidig et krav om vedholdenhed og stabilitet i ønsket om behandling. Dette er modstridende.
6.3 (Faglig ramme)	Der lægges vægt på, at der skal foretages en vurdering med henblik på at sikre bedst muligt behandlingsresultat. Hvad er målet for behandlingen?
6.3 (Faglig ramme)	Det kan ikke konkluderes, at tilstedeværelse af de diagnostiske kriterier i "flere måneder" udgør en konsistent og vedholdende kønsidentitet. Det er desuden direkte modstridende, når der på den ene side anføres vigtigheden af, at sundhedspersoner skal være grundige og samvittighedsfulde (i lyset af en irreversibel behandling) og samtidig anføre, at flere måneder er konsistent og vedholdende. Vi mener kønsbehaget skal være stabilt og vedholdende gennem længere tid (adskillige måneder/år) og særligt hos unge under f.eks. 25 år. For personer med ASF bør der ses en stabil identitet over flere år.

6.3 (Faglig ramme)	Det er i dag usikkert, hvem der kan inddrages ved hjælp til personer med ASF, idet udredningen foregår i psykiatrien, mens behandling/støtte er i kommunalt regi. Det kan således være vanskeligt at leve op til krav om at inddrage samarbejdspartnere i forhold til beslutningen om behandling til personer med udviklingsforstyrrelser. Det kunne anføres som krav, at teamet skal suppleres af speciallæge(r) i psykiatri med erfaring og viden om ASF også i lyset af den store gruppe af patienter med ASF, som søger behandling.
6.3 (Faglig ramme)	Det anføres, at patienten skal informeres om, at der i behandlingsforløbet løbende vil blive taget stilling til, om der er indikation for yderligere kønsmodificerende behandling. Hvordan skal dette forstås? Det bør fremgå, at patienten selv skal ønske, at der bliver taget stilling til eventuel yderligere behandling.
6.3 (Faglig ramme)	Vedr. vurdering af livskvalitet med og uden behandling. Det er umuligt at forudsige noget om personers livskvalitet i fremtiden med og uden behandling for kønsinkongruens. VIVE undersøgte i 2022 transpersoners livskvalitet, og fandt store sociale og psykiatriske udfordringer https://www.vive.dk/da/udgivelser/kortlaegning-af-homo-og-biseksuelles-samt-transpersoners-levevilkaar-og-samfundsdeltagelse-0xgel1vk/
Afsnit 6.4.3 + afsnit 6.5.5 (Faglig ramme)	Vedr. detransition Detransition bør have sit eget afsnit i vejledningen og sin egen diagnosekode (evt. flere) så vi kan følge udviklingen, idet vi som forventet ser flere som ønsker detransition eller stop af behandling. Det bør fremgå klart, hvilken behandling der kan tilbydes i sådanne tilfælde. Sidstnævnte er ikke drøftet i detaljer i arbejdsgruppen.
6.5.1 (Faglig ramme)	Vedr. vurdering af fortsat indikation før kirurgi udføres Det anføres, at <i>kirurgen</i> skal indkalde patienten til vurdering et par måneder forud for kirurgi for at se, om der er tilkommet kontraindikationer. Da langt de fleste "kontraindikationer" ligger på den psykiatriske side, så vil det give mening, at det angives i vejledningen/faglig ramme, at der også sker en

	<p>vurdering fra et center for kønsidentitet, hvilket er standardprocedure i dag. Man kan i stedet skrive, at kirurgen er ansvarlig for, at patienten indkaldes til denne vurdering, når operationsdato kendes.</p>
5.5	<p>Afsnit om overgang fra børne-unge team til voksenteam</p> <p>Det er uklart, hvorfor kommunen skal informeres af PAL? Dette gøres ikke med andre patienter i pædiatrien. I familier med unge, som får støtte af kommunen, og som har forventede vedvarende støttebehov, bør familiens socialrådgiver før 18års fødselsdag sørge for intern henvisning til en socialrådgiver med ansvar for voksne.</p>
<p>Øvrige kommentarer og bemærkninger</p>	<p>Vi gør opmærksom på, at der er kommet en ny europæisk guideline om hormonbehandling af unge (open access, doi: 10.1159/000542904.) som supplerer den internationale for unge og voksne af 2017 (doi: 10.1210/jc.2017-01658.) Begge to kunne evt. citeres i litteraturlisten:</p> <p>Hannema SE, Busiah K, Butler G, Claahsen-van de Grinten HL, Cools M, Gawlik-Starzyk A, Klink DT, Main KM, Martinerie L, Richter-Unruh A, Skordis N, de Vries M: Endocrine management of transgender and gender diverse adolescents: expert opinion of the ESPE Working Group on Gender Incongruence and the Endo-ERN main thematic group on Sexual Development and Maturation. Horm Res Ped 2024; 2: 1-41</p> <p>Hembree WC, Cohen-Kettenis PT², Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, M Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG: Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102(11):3869-3903.</p>
<p>Øvrige kommentarer og bemærkninger</p>	<p>Ansigtet er den del af kroppen, der ofte opfattes som en betydende markør for kønsidentifikation.</p> <p>I udlandet varetages kønsmodificerende ansigtskirurgi på lige vilkår med øvre og nedre kirurgi, som et integreret tilbud.</p> <p>Det er i de faglige miljøer velkendt og beskrevet (jf. reference nedenfor), at den kønsmodificerende del af</p>

	<p>kirurgi (såvel knoglekorrektio</p> <p>blødtvævsindgreb), er mindre kompliceret ved anvendelse af virtuel planlægning af kirurgien og brug af patientspecifikke guides og implantater, som velkendt fra anden korrektiv kæbekirurgi.</p> <p>Der er desuden væsentligt færre varige bivirkninger og senfølger ved kønsmodificerende ansigtskirurgi end ved såvel "øvre og nedre" kirurgi.</p> <p>En del af kønsmodificerende ansigtskirurgi vil desuden være potentielt reversibel i tilfælde af, at en person fortryder indgrebet.</p> <p>Rigshospitalet anbefaler, at Sundhedsstyrelsen afklarer om kønsmodificerende ansigtskirurgi skal være et tilbud i Danmark på lige vilkår med øvrig kønsmodificerende kirurgi og i givet fald udarbejder relevant klinisk retningslinje for behandlingstilbuddet.</p> <p>Referenceliste: Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health ;23(Suppl 1):S1-S259. hvori, de fleste relevante kønsmodificerende indgreb på ansigtet fremgår af samme skema (s. 163), som den øvrige kønsmodificerende kirurgi.</p>
--	---

**15507056, Dorte Toft høringssvar vedr. Vejledning
om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og
Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkong**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 68

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Høringsvar fra Dorte Toft, afgivet den 24. februar 2025

Da, der er åbent for høringssvar fra alle, og ikke kun inviterede, fremsender jeg hermed mit til de to dokumenter, der blev lagt ud til høring den 18. december. Det er tale om et åbent høringssvar, da det også blev publiceret i g r, søndag, hos POV International.

Min baggrund for at svare er følgende:

Jeg, en ældre graverjournalist, har fulgt debatten om kønsubehag/kønsdysfori (nu kønsinkongruens) og deltaget i debatten i godt fem år. Mit fokus blev skarpt efter SVT – DR’s pendant - i 2019 indledte sin dokumentarserie Transt get. Serien, der endte med at klarlægge, at mindst 13 børn var blevet skadet af behandlingen, og at flere transitionerede havde fortrudt. Serien var medvirkende til, at den svenske Sundhedsstyrelse i 2022 skiftede kurs, hvad angår børn og unge.

Jeg har holdt øje med den nyere forskning især, men har også kendskab til en del af den gamle (herunder om de voksne mænd og om børn uden psykiatriske diagnoser, med forældrestøtte). Jeg har set, at afgørende forskning vedrørende de unge ikke har kunnet repliceres. Jeg har konstateret, at der er et mønster med miskreditering, n r nyere forskning afkræfter eller nuancerer ældre forskning

Jeg kontakt med flere berørte, herunder tre forældrepar til autistiske døtre, der vil skifte/er i gang med det /opgav inden medicinering. Jeg har talt med/hørt unge ”detransitioners” (Sverige, UK og USA). Og jeg har i september for egen regning deltaget i en 3-dages [konference](#) i Lissabon (Genspect) for fagfolk og pårørende om netop kønsskifte i relation til børn og unge, hvilket er emnet for mit åbne svar. Jeg kan tilføje, at i min lange karriere som graverjournalist har vægten ligget på tech-industrien på godt og ondt, men har de seneste år skiftet, da dagspressen i flere år valgte af ignorere de problemstillinger, der er, og da jeg i min høje alder intet har at miste. Jeg havde erfaret, blandt andet fra debatten i UK, hvad det kostede andre at stå frem.

Min høringssvar, rettet også mod den brede offentlighed, kan ses her på nettet:

<https://pov.international/sundhedsstyrelsen-sviger-dem-der-vil-skifte-kon/> Det *kan* rumme fejl/misforståelser, da jeg ikke fagperson på dette område, men artiklen er gennemlæst af en fagperson. Artiklen følger heller ikke det sprogbrug, som Sundhedsstyrelsen foretrækker, da umiddelbar læsbarhed står øverst for i relation til bred formidling om en udvikling, der berører stadig flere.

P  POV’s Facebook-profil kan ses indvendinger fra flere transkønnede debattører og deres allierede, samt holdninger fra anden side.

<https://www.facebook.com/pointofviewinternational/posts/pfbid02qTvs6WXom52iu6cShNQUEjxGbNjRwnQ5F3HrCLgdaYUNx7aLT1Kn66oEbwZor1Jl>

Jeg indsætter desuden selve teksten fra POV International her. Der er links, der henviser til kilden, de relevante steder.

Debat·LGBT+ | Læsetid 7 min.

En ommer: Sundhedsstyrelsen svigter teenagere, der vil skifte køn



Modelfoto: Lemberg Art/Midjourney

DORTE TOFT 23.02.2025

KØNSSKIFTE // KOMMENTAR – Sundhedsstyrelsen ser bort fra vigtig ny viden om behandling af børn og teenagere, der vender ryggen til deres biologiske køn. Lægerne i arbejdsgruppen bag udkastet til en ny vejledning synes at have større tillid en organisation, hvis faglige omdømme har fået skrammer. Tiden vil vide, om der bliver behov for en ministerundskyldning, skriver journalist Dorte Toft.

Dette indlæg er udtryk for skribentens holdning. Alle holdninger, som kan udtrykkes inden for straffelovens og presseetikken rammer, er velkomne, og du kan også sende os [din mening her](#).

I morgen, mandag den 24. februar, slutter [høringsfristen](#) for en meget forsinket vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Det gælder en opdatering af den [”sundhedsfaglige hjælp”](#) til de børn og voksne, der vil væk fra deres biologiske køn.

Nok defineres ønsket om kønsskifte ikke længere som en psykisk lidelse, men hjælp er nødvendig, fordi det er en lidelse, som forventes at kunne afhjælpes med livslang medicinering og måske kirurgi. Sundhedsstyrelsens vejledning skal sikre, at plusserne overgår minusserne, for behandlingen er ikke reversibel. Der er ingen genstart.

Det bliver interessant at se høringssvarene, for der vil være eksperter i ind- og udland, der vil undre sig over, at det skulle være det bedste Danmark kan byde på nu. Jeg hører således, at den såre vigtige del af den ”sundhedsfaglige hjælp” er en ommer, og det gælder især delen om de sårbare teenagere.

De har det sidste tiår udgjort langt den største gruppe, der vil ”skifte køn”, og den nyeste viden om dem reflekteres ikke i tilstrækkeligt omfang i vejledningen.

I kønsskiftebehandlingen indgår brug af medicin, der aldrig har været testet eller godkendt til brug for teenageres kønsskifte

Hvad de fleste eksperter på området dog er enige om, er, at der stadig mangler forskning om netop teenagegruppen, hvor pigerne udgør to tredjedele eller mere. Flertallet af alle har psykiatriske diagnoser heriblandt autisme, adhd, depression og selvskadende adfærd. Men behandlingen har været baseret på en gruppe uden.

En psykisk lidelse kan i sig selv være årsag til ubehag ved eget køn, så afhjælpes den, løses problemet for den unge. En anden forskel fra den oprindelige referencegruppen er, at hos dem var kønsuhæbet opstået allerede i barndommen.

Usikkert om hjernens udvikling hæmmes

I kønsskiftebehandlingen indgår brug af medicin, der aldrig har været testet eller godkendt til brug for teenageres kønsskifte, altså til raske kroppe. Det gælder de såkaldte hormonblokkere, der også kaldes pubertetsstoppere.

Ifølge Lægemiddelstyrelsen [bruges hormonblokkere](#) mod prostatakræft, mod den smertefulde kvindesygdom endometriose samt til børn med fejl i deres hormon-system, så puberteten indtræffer alt for tidligt. De såkaldte pubertetsstoppere har givet alvorlige helbredsskader for nogle unge, og udviklingen i deres højde hæmmes. Desuden aner ingen endnu, om [hjerneudviklingen hæmmes](#).

Vejledningen, der opdateres, stammer helt tilbage fra 2018, blot et par år efter at stigningen i teenagers kønsskifteønske begyndte. I den vejledning, der altså gælder endnu en stund, betegner Sundhedsstyrelsen virkningen af pubertetsstoppere som ”reversibel”, en pauseknop uden følger.

svt NYHETER

Nyheter



Lokalt



Sport



/ UG

Leo skadades i transvården har sjukhuset anmält sig sj

UPPDATERAD 17 MARS 2022 PUBLICERAD 17 MARS 2022

UPPDRAG GRANSKNING · Natalies son Leo har skadats i
Nu har Karolinska sjukhuset anmält sig själva för sin vård
Bakgrunden är Uppdrag granskning avslöjande om att fle
personer fått allvarliga skador av behandlingen inom tran

En afslørende dokumentarserie hos SVT – DR's pendant – [viste](#), at mindst 13 børn blev skadet. Det medvirkede til, at Sundhedsstyrelsen i Sverige i 2022 ændrede sin vejledning, og den største kønsskifteklíník for børn måtte indberette sig selv for malpraksis

I [Finland](#), [Sverige](#) og [England](#) skar man få år efter den danske vejledning udkom drastisk ned for brugen af pubertetsstoppere, og Rigshospitalets klinik for alle under 18 år indførte i al stilhed, hvad der kaldes [større påpasselighed](#). Styrelsen selv var tavs, opdaterede heller ikke den del af vejledningen.

I Cass-rapporten købes ikke, at barnet ved bedst selv, hvilket Sundhedsstyrelsen flere steder giver indtryk af, at det g r

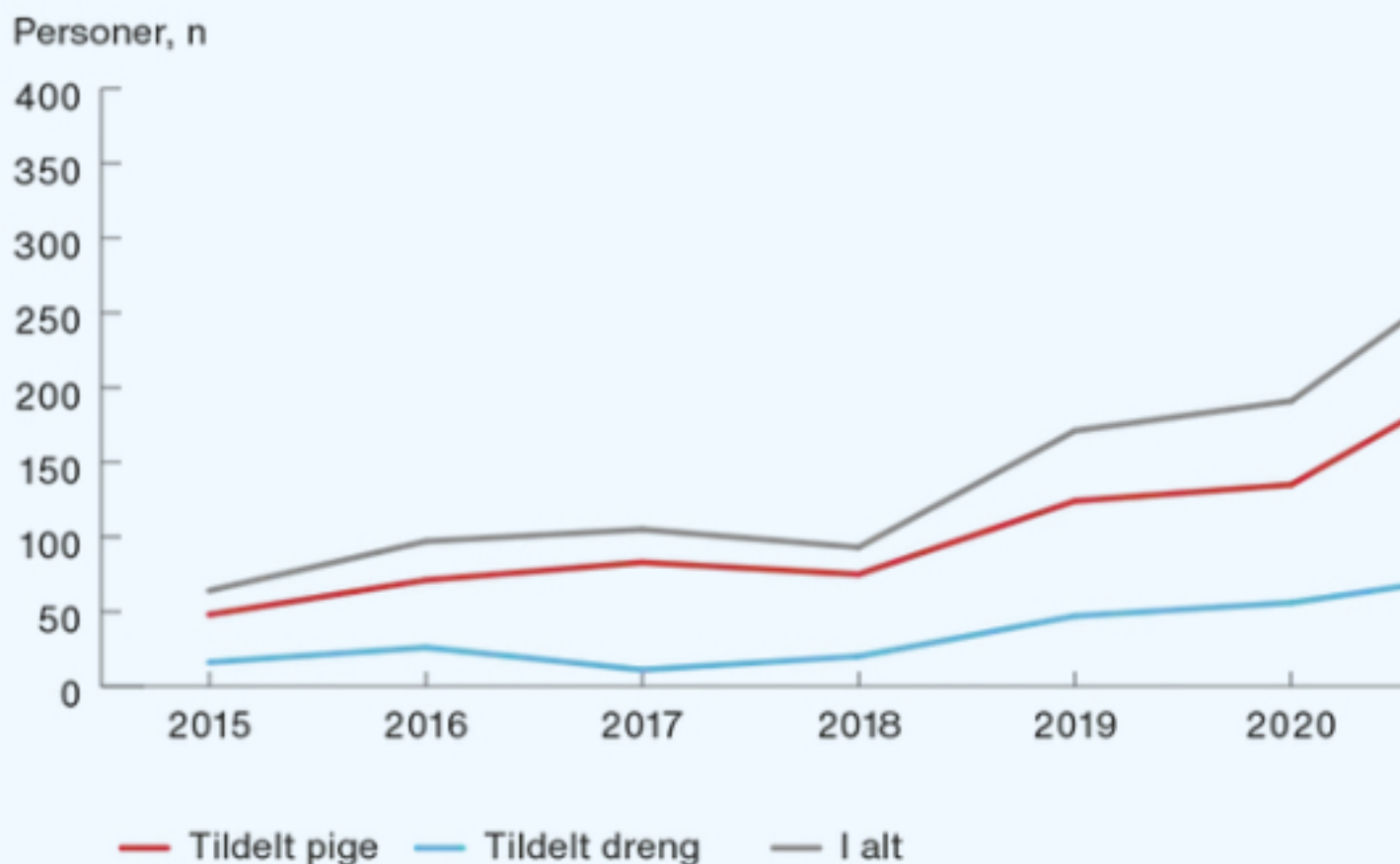
Foruden disse hormonstoppere er der også rejst tvivl om brugen af de såkaldte krydshormoner til de unge – testosteron til pigerne og østrogen til drengene.

Sundhedsstyrelsen fastholder, at teenagere kan sættes på krydshormoner fra de er 15 år. I nabolandet Sverige er grænsen tilbage i 2022 hævet til 18 år. Samme aldersgrænse anbefales i en [388-sider lang rapport](#), The Cass Review, der i april 2024 gav stor international mediedækning og som allerede har fået flere lande til at udvise øget forsigtighed med kønsskiftebehandlingen. Konklusionen er nemlig, at der ikke er nok videnskabeligt belæg for, at behandlingen af børn og unge g r mere gavn end skade.

Hundrevis af nyhenviste børn og unge

Danmarks situation? I perioden 2016-2022 var cirka 350 børn og unge behandlet (nyere tal er ikke tilgængelige). Ingen ved, hvordan det er gået, da opfølgning først blev indledt for et par år siden. I 2022/23 var der tilsammen godt [600 nyhenviste børn og unge](#) til Rigshospitalets klinik, Sexologisk Klinik.

FIGUR 1 Børn og unge med kønsbehag henvist til Sexologisk Klinik total og fordelt på fødselstildelt køn år for år siden 2015.



Der har været en kraftig stigning, men 2023-tallene, der ikke indgår i kurven, er en anelse under 2022-tallene

Cass-rapporten, der i april 2024 blev [omtalt i POV](#), er den hidtil grundigste vurdering af forskningen og erfaringerne på området, og den vurdering ligger til grund for både advarsler og anbefalinger. Men hverken den rapport, eller den [midlertidige Cass-rapport fra 2022](#), nævnes i Sundhedsstyrelsens litteraturliste.

Den nye danske vejledning stritter imidlertid flere steder i modsat retning af anbefalingerne i Cass-rapporten.

I Cass-rapporten derimod anføres, at der ikke findes belæg for at hævde, at et socialt kønsskifte gavner mere end det skader

I Cass-rapporten købes ikke, at barnet ved bedst selv, hvilket Sundhedsstyrelsen flere steder giver indtryk af, at det gør. I Cass-rapporten afvises også, at fx den

15- rige er i stand til at give ”et informeret samtykke” til at igangsætte behandlingen, der kan blive livslang.

Fra det 15.  r er den unge ikke ikke længere afhængig af forældrenes accept, men når ikke en gang fagfolk kan overskue alle konsekvenser på langt sigt, hvordan skulle den 15-årige så kunne? Hvordan skulle forældre til endnu yngre kunne?

Sundhedsstyrelsen presser imidlertid på ved at anføre, at undlader man at påbegynde behandlingen ved pubertetens start, kan det medføre ”langvarige fysiske og psykosociale skadevirkninger”. I vejledningen forklares ikke, nøjagtig hvad den oplysning bygger på, men styrelsen har nok lyttet til de mange interessenter, der agiterer for, at især drenge skal skånes for den naturlige pubertet, så de som voksne har lettere ved at passere som kvinder. Blandt dem, der presser på, er voksne transidentificerende mænd.

Fx viser forskning i Finland, at fire ud af fem forliger sig med deres f dselsk n efter nogle år. Samme tal fremgår af tysk forskning

I Sundhedsstyrelsen vejledning anføres flere steder nødvendigheden af behandles, forældres og andres støtte til barnets ønske om kønsskifte, også når det alene gælder et socialt kønsskifte, som fx nyt navn, andet tøj og måske juridisk kønsskifte.

I Cass-rapporten derimod anføres, at der ikke findes belæg for at hævde, at et socialt kønsskifte gavner mere end det skader. Det kan gøre det sværere for barnet at skifte tilbage, da omverdenen er inddraget i skiftet, og det kan ændre barnets kurs hen mod medicinsk k nsskiftebehandling. En tilsvarende advarsel findes ikke i den danske vejledning.

Advarsel mod at flytte den unge til voksen-systemet

I Cass-rapporten frarådes, at unge under behandling overgår til voksensystemet, når de er 18 år, da de ofte fortsat er sårbare. Det er derfor mest hensigtsmæssigt, at behandlerne kan overvåge udviklingen frem til de 25 år, hvor hjernen er fuldt udviklet. Men i Danmark skal den unge allerede skifte system og dermed behandle ved de 18  r.

I Cass-rapporten omtales forskning, der viser, at langt de fleste ”vokser” fra k nsubehaget, hvis de ikke medicineres. Sundhedsstyrelsen undlader imidlertid at oplyse det sundhedsfaglige personale om de forskellige studier, der viser hvor stor en andel, det er. Fx viser [forskning i Finland](#), at fire ud af fem forliger sig med deres f dselsk n efter nogle år. Samme tal fremgår [af tysk forskning](#).

Problemet er, at der ingen sikker metode er til at identificere den ene af de fem, der ikke vokser fra sit kønsbehag – kønsinkongruens, som styrelsen benævner det. Hverken hvis ubehaget startede, da personen var fem år eller 13 år. Der er altså en risiko for at fejlbehandle.

Standarden, der tæller for Sundhedsstyrelsen

Men Cass-rapporten er som nævnt heller ikke på litteraturlisten. Det, der tæller, synes at være en behandlingsstandard med titlen: "[Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8](#)".

Det er en [opdateret vejledning](#) fra organisationen World Professional Association for Transgender Health, Wpath, udgivet i 2022, altså to år før Cass-rapporten. I den store medlemsskare er også lobbyister for diverse interessegrupper – fra LGBT+organisationer til medicinalindustrien.

Wpath har fået [faglige ridser i omdømmet](#) for at undertrykke, hvad der for organisationen er ubekvem viden, og et [læk af kommunikation](#) [Wpath-medlemmer](#) imellem kostede også for troværdigheden. Wpath-behandlingsstandarder har imidlertid i årevis været betragtet som en slags bibel og benyttes i de fleste lande. Den fremhæves også som en slags kvalitetsgaranti af Sundhedsstyrelsen.

Ifølge den foreliggende forskning – af høj kvalitet – fortryder 5-10 procent deres kønsskifte

Wpath gjorde straks sit bedste for at [miskreditere Cass-rapporten](#), men kritik er foreløbig afvist i [to artikler](#), der er fagkollegialt bedømt (peer reviewed).

I Wpaths version 8, altså den seneste, gives fortsat grønt lys for pubertetstopper, og alle [aldersgrænser for medicinsk behandling og kirurgi er fjernet](#). Herhjemme fastholdes 18 år som grænse for kirurgien.

Sundhedsstyrelsen henviser i vejledningen dem, der ønsker yderligere information, til foreninger som fx LGBT+ Danmark og Foreningen til Støtte for Transkønnede børn (FSTB). Begge er fortalere for, at børn ved bedst, og FSTB giver udtryk for, at børn allerede, når de er to-tre år gamle, ved, om de er af et andet køn end det biologiske.

Sundhedsstyrelsen har i øvrigt medfinansieret [vejledninger fra FSTB](#) til henholdsvis familier, daginstitutioner og skoler. FSTB oplyser [overfor forældregruppen](#), at pubertetstopper er anerkendt medicin, men nævner ikke, at anerkendelsen gælder anden brug end til teenageres kønsskifte.

Bekymring afvises

I en artikel den 12. februar i Kristeligt Dagblad, [”Formanden for Etisk Råd er meget bekymret over den manglende viden i behandling af børn med kønsdysfori”](#), afviser FSTB, at der er grund til bekymring. Cass-rapporten tolkes af FSTB som en blåstempling af at give stop- og krydshormoner ”til de børn, der har brug for det”.

Sundhedsstyrelsens vejledning er i øvrigt præget af det sprogbrug, som ønskes fra translobbyens side, startende med udtrykket ”køn tildelt ved fødslen”.

Nu vil tiden vil vise, om styrelsen og lægerne bag vejledningen er på rette vej, eller om sundhedsministeren om fem-ti år afkræves en offentlig undskyldning. Ifølge den foreliggende forskning – af høj kvalitet, [fortryder 5-10 procent deres kønsskifte](#), og mange må slås med følger af medicin og kirurgi. De danske tal kendes ikke, da der som nævnt tidligere endnu ikke er fulgt op, men fortrydelsesprocenten [hævdes](#) at være på under 1 pct.

[Følg Dorte Toft her.](#)

[k nsskifteSundhedsstyrelsenThe Cass ReviewTransk nnede](#)

DORTE TOFT

Dorte Toft er journalist og forfatter. Hun indledte sin karriere som programmør, tog siden journalistuddannelsen, og på hendes CV står Dagbladet Børsen, Berlingske, Computerworld og DR m.fl. I de senere år er det især udfordringer ved kunstig intelligens og robotter blandt mennesker, der har hendes interesse foruden den øgede overvågning af borgere. Toft har desuden stort fokus på medieetik og på køn.

Dorte Toft har tre bøger i baggagen, heriblandt bogen ”Bedrag – IT Factory, grådighed og magtsyge” - en bog om Stein Baggers svindel, som hun tidligt kom på sporet af. De  vrige er ”Lykkelig i N rdland – Hvem bygger fremtiden?” om især unge kvinders fravalg af tech-uddannelser, samt den humoristiske ”Magtkampens A-Z”, skrevet under pseudonym.

Dorte Toft har skrevet 73 artikler.

Jeg har undladt at trække selvmordsforskningen, den finske, ind, selv om megen af den argumentation, der ses for nødvendigheden af unges kønsskifte bygger på risiko for selvmord, hvilket jeg i relevante fagkredse har set kritiseret, da ”selvmord smitter”. Den trussel fremgår heller ikke af Sundhedsstyrelsens høringsudkast, omend der løbende antydes, at det g r meget hårdt ud over barnet, hvis man ikke anerkender, at barnet ved selv. Den finske forskning viser, at

der ikke er signifikant forskel i forhold til unge med psykiske lidelser, men uden kønsinkongruens.

<https://mentalhealth.bmj.com/content/27/1/e300940>

Med venlig hilsen

Dorte Toft

**15507053, Dansk Selskab for Almen Medicin
høringssvar Høringssvar fra DSAM vedrørende
Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 67

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

København, den 24. februar 2025

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Tak for muligheden for at afgive høringssvar på Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Generelle kommentarer:

Vejledningen fokuserer primært på behandlingen af patientgruppen, men fra DSAM's side savner vi et fokus på perioden, inden behandlingen iværksættes, hvor den praktiserende læge også kan spille en rolle (jf. afsnit 3.2.1).

Forløbet, hvor en person erkender kønsinkongruens, er ofte langt og fyldt med sorg, angst og selvske. Det er derfor vigtigt, at sundhedspersoner, herunder praktiserende læger, er imødekommende og åbne over for patientgruppen. Praktiserende læger kan måske se tegn på kønsinkongruens, før patienten selv får mod til at bringe det op i konsultationen.

Almen praksis' rolle er lille i vejledningen, men vedligeholdelsesbehandling lægges over i almen praksis. Det er vigtigt, at der følger grundig instruktion med, og at praktiserende læger kan takke nej til opgaven. Specielt ved behandling af børn bør dette foregå på specialiserede afdelinger, da almen praksis ikke kan besvare alle spørgsmål fra børn og deres forældre.

Specifikke kommentarer:

Side 1 - vejledning

- Formuleringen "*på baggrund af et individs oplevede inkongruens*" lyder for klinisk. Vi bør møde disse mennesker som personer, ikke som kliniske tilfælde.

Punkt 3.1 side 11 - faglig ramme

- Det er problematisk, at der kun tilbydes samme kommunale behandlingstilbud, som der tilbydes til unge i psykisk mistrivsel. Fra DSAM's side kan vi være bekymrede for, om et sådant tilbud kan rumme denne patientgruppe.

Punkt 5 side 18 - faglig ramme

- To år som minimumsperiode for børn, der ikke er gået i pubertet, kan for nogle opleves som meget lang tid. Selvom kønsinkongruens ikke skal diagnosticeres på baggrund af et kortvarigt ønske, kan to år med tiltagende mistrivsel, identitetskrise, angst og selvske være noget, der kan give forværring af eventuelle problemer.

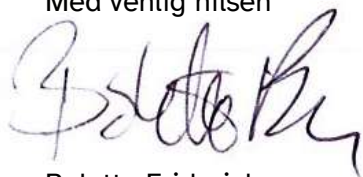
Punkt 5.1 side 18 - faglig ramme

- Den psykosociale støtte bør ikke udelukkende lægges på omsorgspersoner. Sundhedsfaglige har også et ansvar for at rumme personen, spørge ind og åbne op for samtalen. Praktiserende læger kan også være ressourcepersoner tidligere i processen som nævnt ovenfor.

Punkt 5.2 side 20 - faglig ramme

- Rådgivende samtaler bør være et standardtilbud, hvis varigheden af kønsinkongruens er for kort. Det øjeblik, hvor patienten henvender sig til lægen, bør ikke være den eneste målbare faktor for, hvornår identitetsproblemet er opstået. Hvis patient og læge er enige og langt nok i processen, bør der kunne henvises uanset varighed.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

**15507049, Styrelsen for Patientsikkerheds
høringssvar til Vejledning om sundhedsfaglig hjælp
ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundh**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 66

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

24. februar 2025
Sagsnr.: 31-1001-1071
Reference: ANJA
Tlf.nr.: +4572286600
E-mail: sjur@stps.dk

Styrelsen for Patientsikkerheds kommentarer til høring over Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

På baggrund af Sundhedsstyrelsens høring over "Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens" og "Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens" af 18. december 2024, har Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejdet følgende kommentarer.

AD Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Punkt 1. Omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med sundhedsfaglig behandling ved kønsinkongruens.

Ud fra den faglige ramme er det vores forståelse, at der er helt særlige krav til, hvornår behandling med krydshormon kan igangsættes i forhold til børn og unge. Det bør også fremgå i vejledningen. Vi foreslår denne tekst: *Børn og unge bør som udgangspunkt være fyldt 15 år, før behandlingen tilbydes, da behandlingen giver irreversible forandringer. Hvis det konkret vurderes at være sundhedsfagligt uforsvarligt at udsætte behandlingen for den pågældende patient, kan behandling alligevel igangsættes på et tidligere tidspunkt. Se dog punkt 3.2. om information og samtykke.*

Såfremt ovenstående tekst i punkt 1 om omhu og samvittighedsfuldhed i forhold til krydshormon gøres tydeligere, bør punkt 3.2. også tilrettes i overensstemmelse hermed. Her foreslår vi, at der indsættes følgende tekst: *Behandling med krydshormon tilbydes som udgangspunkt ikke til børn og unge under 15 år. Hvis det konkret vurderes sundhedsfagligt uforsvarligt ikke at tilbyde behandlingen til en patient under 15 år, er der skærpede krav til informationen. Der skal således klart informeres om, at det ikke er sædvanlig praksis og baggrunden for, at behandlingen alligevel tilbydes.*

**Styrelsen for
Patientsikkerhed**
Sundhedsjura

Islands Brygge 67
2300 København S

Tlf.nr.: +45 7228 6600
E-mail: sjur@stps.dk

www.stps.dk



Afsnit 3. Information og samtykke

Efter sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelse kan et udtrykkeligt samtykke gives mundtligt eller skriftligt.

Hvis der er tale om større indgreb og komplicerede behandlinger, eller hvis der er formodning om, at der kan blive rejst tvivl om samtykkets afgivelse og omfang, kan det være berettiget at anmode om skriftligt samtykke, jf. § 2, stk. 6, i bekendtgørelse om information og samtykke mv.

Der er i enkelte dele af sundhedslovgivningen eksempler på, at der er lovkrav om skriftligt samtykke. Det gælder bl.a. ved organdonation fra levende personer, jf. sundhedslovens § 52.

På baggrund af beskrivelserne i den faglige ramme, er der dele af behandlingen af kønsinkongruens, hvor man i vejledningen med fordel kan indhente skriftligt samtykke på grund af konsekvenserne af behandlingen. Vi foreslår derfor at tilføje følgende tekst efter andet afsnit i punkt 3:

På grund af behandlingernes karakter, kompleksitet og usikkerhed i forhold til langvarige fysiske og psykosociale konsekvenser ved behandlingerne, bør der som udgangspunkt indhentes et skriftligt samtykke til såvel medicinsk som kirurgisk behandling for kønsinkongruens.

Sidst i punkt 3 foreslår vi desuden følgende tilføjelse til sidste afsnit:
Hvis der sker ændringer i behandlingsplanen, kræver det et fornyet samtykke.

Afsnit 3.1. For personer under 18 år

Af hensyn til kontinuerlighed i sprogbruget anbefaler vi, at overskriften i punkt 3.1 ændres til "For patienter under 18 år"

Generelt bemærker vi, at det bør fremgå klart og udtrykkeligt, at behandling alene kan gennemføres, hvis barnet/den unge er indforstået hermed, og dermed ikke modsætter sig det i ord eller handling – uanset forældrenes samtykke.



I afsnittet "*Særligt for børn og unge under 15 år*" foreslår vi, at der tilføjes følgende:

Hvis der er tale om fælles forældremyndighed, skal begge forældre informeres af en sundhedsperson og give *udtrykkeligt* samtykke til behandling, *da der er tale om en væsentlig beslutning og på grund af behandlingens karakter og irreversibilitet. Samtykket fra forældreindehavere bør være skriftligt. Det vil således ikke være tilstrækkeligt, at den ene forælder oplyser, at den anden samtykker til behandlingen.*

Punkt 3.2 Krav til information forud for samtykke

Vi anbefaler, at der i første sætning skrives "*Informationen skal altid gives mundtligt, men den bør suppleres med skriftlig information...*" for at sikre overensstemmelse med bekendtgørelse nr. 359 af 4. april 2019 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Formuleringen ændrer ikke på, at der ikke er tale om et lovkrav, men en opfordring.

I andet afsnit, første sætning, står der: "... er det nødvendigt, at sundhedspersonen udviser *særlig grundighed* i forbindelse med...". Denne formulering kan medføre usikkerhed om, hvad der menes.

Vi anbefaler, at sætningen ændres, så der i stedet står: "*...er der skærpede krav til informationen forud for, at patienten samtykker til og behandling igangsættes, fortsættes eller afsluttes.*"

I andet afsnit, sidste sætning, anbefaler vi, at der står "*skal*" i stedet for "*bør*":

"Såfremt patienten frabeder sig hele eller dele af informationen, skal sundhedspersonen vurdere, hvorvidt informationen..."

Afsnittet "*Før kirurgisk behandling*"



Det fremgår, at informationen til patienten skal indeholde oplysninger om "det forventede resultat".

Det er vores opfattelse, at det ikke fremgår klart, hvordan denne information skal gives. Ifølge den faglige ramme er der krav om visualisering ved nedre kønsmodificerende kirurgi (afsnit 6.5.3.). Det fremgår dog ikke tydeligt af den faglige ramme, at det er overfor patienten og i forbindelse med information forud for samtykke.

Det fremgår imidlertid ikke af vejledningen, at der er krav om, at det forventede resultat er visualiseret for patienten.

Vi anbefaler derfor, at det overvejes, om afsnittet skal præciseres, hvis der er krav om visualisering overfor patienten forud for samtykke til kirurgisk behandling for at sikre, at patienten er tilstrækkeligt informeret om de forventede resultater, og om det både er for øvre og nedre kirurgi.

AD Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Afsnit 2.1.3. Information og samtykke

Styrelsen anbefaler, at teksten vedrørende samtykke for patienter under 15 år uddybes med angivelse af, at behandling ikke må gennemføres, hvis barnet/den unge i ord eller handling modsætter sig det.

Afsnit 4.1. Faglige kompetencer i behandlerteamet

I 5. afsnit står følgende:

"Hvis personer over 18 år ønsker kirurgisk behandling, træffer det multidisciplinære team beslutning om, hvorvidt personen skal ses af plastikkirurg. Plastikkirurgen skal udelukkende vurdere, om der er kontraindikationer til indgrebet, orientere om indgrebet og indhente informeret samtykke til det kirurgiske indgreb. Den endelige beslutning om at tilbyde kirurgi træffes af det multidisciplinære team med deltagelse af speciallæge i plastikkirurgi."



Vi bemærker, at afsnittets kronologi bør justeres, da det på nuværende tidspunkt giver indtryk af, at patienten giver samtykke til behandling, inden det er vurderet, om behandling kan tilbydes. Vi anbefaler at afsnittet opstilles således:

"Hvis personer over 18 år ønsker kirurgisk behandling, træffer det multidisciplinære team beslutning om, hvorvidt personen skal ses af plastikkirurg. Den endelige beslutning om at tilbyde kirurgi træffes af det multidisciplinære team med deltagelse af speciallæge i plastikkirurgi. Plastikkirurgen skal udelukkende vurdere, om der er kontraindikationer til indgrebet, orientere om indgrebet og indhente informeret samtykke til det kirurgiske indgreb."

Afsnit 5.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af børn og unge

Der fremgår følgende:

"Opstart af behandling med krydshormoner forudsætter en aktuel og grundig faglig og individuel vurdering af det enkelte barn/unge ved ny konference i det multidisciplinære team. Det selvstændige samtykke til behandling er centralt, og derfor bør børn og unge være fyldt 15 år før igangsættelse af behandling med krydshormoner medmindre det vurderes sundhedsfagligt uforsvarligt at vente med igangsættelse af behandlingen."

Afsnittet kunne med fordel uddybes med den sundhedsfaglige begrundelse for, at det som udgangspunkt ikke er indikeret at tilbyde behandling med krydshormoner for børn under 15 år. Vi bemærker hertil, at patientens selvbestemmelsesret altid er central, og at det ikke er den eneste grund til at vente med at igangsætte behandlingen.

Der fremgår følgende:

"Den medicinske behandling af børn og unge i puberteten indføres trinvist, fra mest reversible til mest irreversible, og ved hvert trinskift skal der indhentes fornyet informeret samtykke. Ved opstart af krydshormon skal både den unge og forældremyndighedsindehaverne have grundig viden om de fulde forventede effekter og konsekvenser, f.eks. irreversible forandringer af kroppens udseende og risiko for påvirkning af fertilitet."



Det bør præciseres, at forældrene mundtligt skal informeres om den forventede effekt, bivirkninger og andre relevante oplysninger, samt at de har mulighed for at stille spørgsmål. Det er ikke tydelige, hvad kravene er til informationen, når det er beskrevet, at forældrene skal have "grundig viden". Omfanget af inddragelse af henholdsvis den unge og forældrene afhænger i øvrigt af, om det er den unge eller forældrene, der har samtykkekompetencen.

Afsnit 5.4.1. Behandlingsplan

I første punkt står der "væрге" som det eneste sted i dokumentet. Vi vil anbefale, at brugen af ordet væрге gøres ensartet i hele den faglige ramme.

Det fremgår af den faglige ramme, at: "Det skal særligt understreges, at der er tale om nye behandlingsprincipper med begrænset viden om de langvarige konsekvenser, herunder at der kan være varig påvirkning af reproduktion." Sidstnævnte kan også med fordel fremgå af vejledningen.

Afsnit 5.4.3. Opfølgning på medicinsk behandling af børn og unge

I 1. afsnit står der: "Viser det sig fx, at barnet/den unge ikke længere ønsker behandlingen eller ikke reagerer positivt på behandlingen, skal der tages stilling til, om behandlingen skal fortsætte, indstilles eller justeres."

Vi anbefaler, at det bør fremgå klart, at behandling skal ophøre, hvis patienten ikke ønsker behandlingen længere, eventuelt ved udtrapning eller på anden forsvarlig vis.

Derudover bør det fremgå tydeligt, at sker der ændringer i behandlingen, så kræver det nyt samtykke.

Afsnit 5.5 Overgang til voksenområdet

Vi foreslår at tilføje, at behandlingen alene kan gennemføres, hvis barnet/den unge er indforstået med den, og ikke i ord eller handling modsætter sig den.

Afsnit 6.5.1. Vurdering før kirurgisk behandling



Vi foreslår, at listen over de oplysninger, som patienten skal informeres om, også fremgår af vejledningen, så der ikke skal findes oplysninger herom flere steder. Det drejer sig om denne liste:

- indhente informeret samtykke til kirurgi, herunder informere om:
 - de følger, der er ved indgrebet, herunder seksuelle og reproduktive, og hvordan personen skal følge op på indgrebet.
 - at en eventuel graviditet vil give ændringer af brystkassen, og at det ikke vil være muligt at amme.
 - forventede positive effekter samt mulige skadevirkninger ved behandlingen. Færdige resultater bør visualiseres ved hjælp af tegninger eller fotos.
 - at indgrebene er irreversible.

Der bør samtidig fremgå, at der ikke er tale om en udtømmende liste.

Afsnit 6.5.2. og 6.5.3. øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi

I afsnittet om nedre kønsmodificerende kirurgi fremgår det, at "det multidisciplinære team skal sikre sig, at de forventede færdige resultater er visualiseret med understregning af, at forandringerne er irreversible, og at en konsekvens af gonadektomi er livslang hormonterapi."

Det er ikke tydeligt for os, hvorvidt denne visualisering er med henblik på information af patienten forud for indhentelse af samtykke til behandlingen. Det bør tydeliggøres både i den faglige ramme og vejledningen, hvis det skal være et krav, at det er visualiseret. Det bør også tydeliggøres, hvis det er et krav forud for samtykke fra patienten.

Kravet om visualisering fremgår kun under afsnittet om nedre kønsmodificerende kirurgi, men ikke under øvre kønsmodificerende kirurgi. Det kan overvejes, om det bør tilføjes ved øvre kønsmodificerende kirurgi.

Afsnit 6.5.5. Opfølgning på kirurgisk behandling af voksne

I andet. afsnit står der "... Ligeledes skal personen være *orienteret* om, at det eventuelle kirurgiske resultat efter en detransition..." Vi anbefaler, at



ordet "orienteret" ændres til "informeret". Ligeledes bør det overvejes, om det skal beskrives i vejledningen under kravene til indholdet af information.

Afsnit 6.6.2. Fjernelse af hår

Det fremgår af dette afsnit, at centrene for kønsidentitet kan henvise til dermatologisk afdeling eller speciallægepraksis med henblik på ellipsebehandling i ansigtet og før nedre feminiserende kirurgi. Ved ellipsebehandling anvendes lysenergi til at reducere uønsket mørk hårvækst.

Det er ikke angivet, om der er en årsag til, at andre former for permanent hårfjerning ikke vil kunne anvendes. Hvis den dermatologisk afdeling eller speciallægepraksissen skal kunne vælge at anvende andre typer for permanent hårfjerning, bør det alene fremgå, at centrene for kønsidentitet kan henvise til dermatologisk afdeling eller speciallægepraksis med henblik på hårfjerning i ansigtet før nedre feminiserende kirurgi. Dette vil kunne fremtidssikre vejledningen, hvis der kommer nye og bedre behandlingsmetoder for hårfjerning.

6.6.4. Fertilitetsbehandling

Til nedenstående afsnit anbefaler vi, at afsnit i kursiv indsættes.

Personer med kønsinkongruens kan have et graviditetsønske og ønske om familieførøgelse. I sådanne tilfælde kan den enkelte (og dennes eventuelle partner) henvises til en offentlig fertilitetsklinik i forbindelse med behandlingsforløbet.

For personer med mandligt fødselstildelt køn er der mulighed for sæddeponering før opstart af kønsmodificerende behandling.

"For personer med kvindeligt fødselstildelt køn er der ikke mulighed for ægdeponering i offentligt regi, men ved ønske om graviditet kan det i samarbejde med den forløbsansvarlige læge, og i samråd med det multidisciplinære team drøftes, om det er muligt at pausere den



medicinske behandling med henblik på at opnå graviditet. Personer med kvindeligt fødselstildelt køn har mulighed for ægdeponering i privat regi efter reglerne herom, hvor personens æg udtages, fryses og opbevares til fremtidig brug.”

Kønsmodificerende medicinsk behandling kan reducere fertilitet i varierende grader. Langtidseffekterne ved kønsmodificerende medicinsk behandling er fortsat ukendte og underbelyst i forhold til de skadevirkninger, denne potentielt kan have på fertilitet.

Ordliste:

Vi finder ordlisten brugbar og har kun enkelte kommentarer til den.

Informeret samtykke:

Ordlistens definition er ikke i overensstemmelse med juridisk definition af informeret samtykke. Vi anbefaler, at definitionen fra sundhedslovens § 15, stk. 2 anvendes.

Shared care:

Vi er opmærksom på benyttelsen af udtrykket ”shared care”, som anvendes i både den faglige ramme og vejledningen. ”Shared care” er i den faglige rammes ordliste defineret som: ”Aftalt samarbejde mellem praktiserende læge og sygehusafdelinger”. Vi mener, at man med fordel kunne uddybe definitionen af ”shared care”, så det er mindre generelt. Der kan blandt andet opstå tvivl om, hvilken sundhedsperson, der i tilfælde af ”shared care”, er behandlingsansvarlig for patienten.

Sundhedsfaglig behandling:

Vi bemærker, at behandling allerede er defineret i ordlisten og er identisk med sundhedslovens § 5. Det fremstår uhensigtsmæssigt, at begrebet ”sundhedsfaglig behandling” skulle have en anden definition en behandling. Vi anbefaler at definitionen enten fjernes fra ordlisten eller også udformes i overensstemmelse med sundhedslovens § 5.

Sundhedsperson:

Vi bemærker, at definitionen ikke er i overensstemmelse med



definitionen af autorisationens § 5. Vi bemærker blandt andet, at den faglige rammes definition ikke omfatter ikke-autoriserede sundhedspersoner. Vi anbefaler, at definitionen udformes i overensstemmelse med autorisationslovens § 5.

Med venlig hilsen

Annika Jacobsen

Specialkonsulent, cand.jur.

**15507048, Institut for Menneskerettigheder
høringssvar over udkast til Vejledning for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og
Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 65

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Sygehusplanlægning
Islands Brygge 67
2300 København S

Wilders Plads 8K
1403 København K
Telefon 3269 8888
Mobil 91325654
nves@humanrights.dk
menneskeret.dk

Sendt pr. e-mail til sstsyyp@sst.dk

Sagnr. 24/02936

24. februar 2025

Høringssvar over vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Sundhedsstyrelsen har ved e-mail af 18. december 2024 anmodet om Institut for Menneskerettigheds eventuelle bemærkninger til udkast til vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens.

Institut for Menneskerettigheder er Danmarks nationale ligebehandlingsorgan og har blandt andet til opgave at fremme ligebehandling af LGBT+-personer.

Instituttet ser positivt på Sundhedsstyrelsens arbejde med opdatering af vejledningen og den faglige ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens, og anser det for en forbedring af målgruppens udrednings- og behandlingsforløb.

Adgangen til at definere og udvikle sin egen identitet, herunder kønsidentitet, ligger i kernen af retten til privatliv og er som sådan beskyttet af artikel 8 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention. Kønsbekræftende behandling giver adgang til at udleve og bekræfte sin kønsidentitet, både i forhold til sig selv og i forhold til andre, og har derfor afgørende betydning for anerkendelsen af individets identitet og for individets muligheder for at udleve, udvikle og udtrykke sin kønsidentitet, jf. bl.a. W.W. mod Polen (sagsnr. 31842/20) præmis 85.

Instituttet finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen sikrer, at det faglige grundlag for kønsbekræftende behandling afspejler den nyeste viden fra behandlere og brugere, så rådgivnings- og behandlingsmulighederne sikrer højest faglige kvalitet. Instituttet finder det ligeledes positivt, at der er fokus på, at den sundhedsfaglige hjælp skal gives på en måde, der ikke stigmatiserer.

Instituttet har følgende bemærkninger til udkastet:

Sundhedspersonalets forpligtelse til at oplyse patienterne om deres patientrettigheder

Udkastet til vejledningen og den faglige rammer indeholder ingen beskrivelser af sundhedspersonalets forpligtelse til at oplyse patienterne om deres patientrettigheder. Den faglige rammer henviser til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje for øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi, hvor oplysning om patientrettigheder kort nævnes.

Vejledningen har til formål at præcisere omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med udredning og behandling. Den faglige ramme skal præcisere den sundhedsfaglige støtte, udredning og behandling heraf.

Det er instituttets vurdering, at sundhedspersonalets forpligtelse til at oplyse patienterne om deres patientrettigheder er et vigtigt led i at sikre den sundhedsfaglige kvalitet og patientsikkerhed på området, ligesom det er afgørende at patienterne oplyses om deres rettigheder ud fra et tillids- og v rdighedsperspektiv.

Oplysning om patientrettigheder er særligt relevant henset til de lange ventetider hos Center for Kønsidentitet (CKI), som kan give anledning til at patienter ønsker at afdække deres muligheder for forhåndsgodkendelse af behandling i udlandet.

Den samlede ventetid på behandling kan være op til flere år i følge CKI, København.¹ I en afgørelse fra Styrelsen for Patientklager fra 31. marts 2023 fandt styrelsen, at en ventetid på op til seks år ikke udgjorde et tilbud om rettidig behandling, da en ventetid på fire år ifølge Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol er i strid med artikel 8 i den europæiske menneskerettighedskonvention.²

Lange ventetider på grund af mange henvisninger og kapacitetsudfordringer kan have negative konsekvenser for patienterne. Det kan således have voldsomme psykiske konsekvenser for de transkønnede, der må vente længe på at få den rette behandling og ender i langstrakte behandlingsforløb. Det kan ligeledes få nogle til at opgive behandling i sundhedsvæsenet og i stedet søge alternativer, herunder behandling under mindre sikre forhold i udlandet.

I lyset af de lange ventetider på kønsbekræftende kirurgi, er det instituttets vurdering, at der er et øget behov for, at patienten er bekendt med sin ret til rettidig behandling og mulighed for at søge om forhåndsgodkendelse til behandling i udlandet. Det vil sikre overholdelse af reglerne i praksis samt sikre en ensartet tilgang på tværs af landet til vurdering af rettidig behandling.

¹ Center for Kønsidentitet, "Ventetider". Kan tilgås her: <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-koensidentitet/behandlingsforloeb-og-informationspjece/Sider/ventetider.aspx>

² Styrelsen for Patientklager, "Transkønnet havde ret til behandling i udlandet", 31. marts 2023. Kan tilgås her: <https://www.stpk.dk/afgoelser-og-domme/afgoelser-fra-styrelsen-for-patientklager/23sfp33/>

Instituttet anbefaler derfor, at:

- Sundhedsstyrelsen skriver ind i den faglige ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens, at sundhedspersonalet er forpligtet til at oplyse patienten om sin ret til rettidig behandling og mulighed for at søge om forhåndsgodkendelse til behandling i udlandet.

Kønsspecifikke screeninger

Det fremgår af udkastet til den faglige ramme, at indkaldelse til screening er den enkeltes selvstændige ansvar, hvis der også er sket et juridisk kønsskifte, da personer med fødselstildelt kvindeskøn ikke automatisk inviteres til kønsspecifikke sundhedstilbud såsom screening for brystkræft og livmoderhalskræft, hvis de har skiftet juridisk køn.

Indkaldelser til sundhedsfaglige helbredsscreeninger er en vigtig del af det offentlige sundhedstilbud, som har til formål at opspore og forebygge alvorlig sygdom og dermed sikre nødvendig behandling i tide. De offentlige screeningstilbud understøtter således både retten til sundhed for den enkelte og folkesundheden generelt. Hvis en udsat patientgruppe ikke indkaldes til de sundhedstilbud som er relevante for dem (og som stilles til rådighed for den øvrige del af befolkningen), øger det patientgruppens sociale og helbredsmæssige udsathed og sætter deres lige ret til sundhed under pres. Det er derfor i denne forbindelse vigtigt, at en patient ikke stilles sundhedsmæssigt ringere fordi denne har benyttet sin ret til at bekræfte sin kønsidentitet gennem juridisk kønsskifte. Personer der har skiftet juridisk køn bør således fortsat inkluderes i de sundhedsfagligt relevante screeningstilbud, som er en del af det generelle sundhedstilbud til den øvrige befolkning.

Instituttet anbefaler derfor, at:

- Sundhedsstyrelsen sikrer, at personer der har skiftet juridisk køn gives samme adgang til sundhed som andre borgere – herunder indkaldelser til screeninger.

Tilpasning af udredningsproces

Det fremgår af udkastet til den faglige ramme, at rammerne for udredningen skal være fleksible, så de kan tilpasses den enkeltes behov, og at der bør være et særligt fokus på personer med samtidig udviklingsforstyrrelse.

En udviklingsforstyrrelse kan udgøre et handicap. Derfor har sundhedsmyndighederne pligt til at tilpasse udredning og behandling, hvis personer med udviklingsforstyrrelser ikke på lige fod kan deltage i en traditionel samtalebaseret udredning. Derfor finder instituttet det positivt, at der et fokus på tilpasning af udredningsprocessen for at sikre, at alle har lige adgang til udredning og behandling.

Det er dog instituttets vurdering, at den faglige ramme skal specificere kravene til tilpasning af udredningsprocessen for at sikre, at personer med udviklingsforstyrrelser ikke har en ringere adgang til behandling end andre. Det bør fremgå af den faglige ramme, hvilken faglig viden der med rimelighed kan forventes af sundhedspersonalet, samt hvordan udredning- og behandlingsforløb kan tilpasses for at imødekomme specifikke behov hos personer med udviklingsforstyrrelser, som ikke kan deltage i almindelige udredningsforløb på lige fod med andre.

Instituttet anbefaler derfor, at:

- Sundhedsstyrelsen præciserer i den faglige ramme, hvilke krav der gælder for tilpasningen af et udredningsforløb, og hvordan disse tilpasninger understøtter lige adgang til udredning og behandling for personer med kognitive funktionsnedsættelser

Med venlig hilsen

Tine Birkelund Thomsen
Juridisk projektchef

**15507046, Lotte [REDACTED] høringssvar Høring af
Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 64

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Høringssvar vedr. “Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens” og “Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

Lyngby, 23. februar 2025

Mit navn er Lotte [REDACTED] Jeg er psykoterapeut og medlem af [SEGM](#) (Society for Evidence-Based Gender Medicine).

På min blog [transkøn.dk](#) har jeg siden 2022 skrevet om den nyeste forskning og den massive markedsføring af kønsidentitetsideologien fra transkønsorganisationer og transkønsindustrien – især rettet mod børn og unge – om at man kan fødes med det forkerte køn. Jeg har desuden været gæst i 2 podcasts om emnet – “[Borgerlig Tabloid](#)” og “[Regnbuerod](#)” – og i [Radio24syv](#). [Sidst](#) var det om de konsekvenser, jeg mener, at Cass-rapporten bør få her i Danmark.

Jeg har en række bemærkninger til dokumentet “Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens”, som jeg for nemheds skyld har valgt at kalde “VEJLEDNINGEN”.

Til trods for alle afsløringerne om den pseudovidenskabelige, trans-aktivistiske organisation WPATH baseres vejledningen stadig på “evidens” fra WPATH – og Cass-rapporten nævnes ikke med et ord

På side 31 i vejledningen står der, at der “foreligger aktuelt ***ingen evidens*** for en *gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens*”.

Fodnoten “(15)”, som denne passus følges af, henviser til den pseudovidenskabelige, trans-aktivistiske organisation WPATH's seneste udgave af deres behandlingsretningslinjer (“[Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8](#)”).

WPATH (The World Professional Association for Transgender Health) er efterhånden så skandaleramt en organisation, at Sundhedsstyrelsens vejledning burde være diskvalificeret – alene på baggrund af, at der henvises til WPATHs behandlingsretningslinjer, når det påstås, at der er "nogen evidens" for behandlingen.

I store træk kan man opsummere skandaleafsløringerne om WPATH sådan her:

- WPATHs behandlingsretningslinjer – som Rigshospitalet stadig den dag i dag skriver, at de følger – er ikke evidensbaserede.
- De mennesker, der har udfærdiget WPATHs behandlingsretningslinjer, har stærke interessekonflikter – bl.a. store økonomiske interesser i, at der bliver behandlet så mange mennesker som muligt på deres egne kønsskifteklivninger.
- Anbefalinger, som kun var baseret på ringe evidens, er i WPATHs retningslinjer blevet præsenteret som baseret på stærk evidens.
- De nedre aldersgrænser for de kønsskiftebehandlinger, der bliver opført i WPATHs behandlingsretningslinjer, blev fjernet efter pres fra den amerikanske regering.
- WPATH anbefaler "kønsidentitets-bekræftende" kastration af personer med "transkøns-identiteten" "eunuk".

I den sammenhæng skal det nævnes, at 6 ud af de 10 læger i arbejdsgruppen bag Sundhedsstyrelsens vejledning er eller har været aktivt deltagende medlemmer af den europæiske afdeling af WPATH kaldet EPATH.

Det har jeg uddybet og dokumenteret (inkl. skandaleafsløringerne om WPATH) i denne blog-artikel:

<https://www.transkoen.dk/2025/02/19/til-trods-for-alle-afsloeringerne-om-den-pseudovidenskabelige-trans-aktivistiske-organisation-wpath-baserer-sundhedsstyrelsen-stadig-sin-nye-transkoensvejledning-paa-evidens-fra-wpath-det-er-maa/>

Den 10. april sidste år udkom [Cass-rapporten](#). Den var resultatet af en 4-årig gennemgang af al forskning på transkønsområdet på verdensplan – den største gennemgang af forskningen nogensinde. Men Cass-rapporten nævnes ikke med et eneste ord i Sundhedsstyrelsens vejledning. Det er rystende.

Men måske er det ikke så overraskende – set i lyset, af at den europæiske afdeling af WPATH ved navn EPATH, som altså 6 ud af 10 læger i arbejdsgruppen er eller har været aktivt deltagende medlemmer af, i maj måned 2024 offentliggjorde en udtalelse, hvor de tog afstand fra Cass-rapporten og erklærede deres troskab til WPATHs behandlingsretningslinjer ("SOC8").

i udtalelsen ("[EPATH Response on Cass statement](#)") skrev EPATH bl.a. følgende:

"In contrast to what the Cass review recommends however, EPATH follows the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care (SOC8) and considers that the evidence is sufficient to recommend that providing medical affirming treatment including blockers and/or hormones is helpful when indicated, while withholding such treatment may lead to increased gender dysphoria and adversely affect psychological functioning."

Vejledningen bygger på diagnosesystemet ICD-11, hvor "transkønnethed" ikke længere skal betragtes som en "diagnose", men en "tilstand" – som dog kan kræve behandling. Denne ændring baserer sig ikke på lægefaglige overvejelser. Arbejdsgruppen bag WHO's ændring af ICD har rådført sig med transaktivistiske organisationer – bl.a. "the national LGBT organisation in Denmark" – organisationer, som arbejder for adgang til krydskøns-hormonbehandling og amputation af raske organer, uden at der behøver være anden begrundelse end patienternes eget ønske.

Ovenstående har jeg dokumenteret i denne blog-artikel: <https://www.transkoen.dk/2025/02/15/ifoelge-en-videnskabelig-artikel-om-historien-bag-whos-diagnosesystem-icd-11-som-hele-sundhedsstyrelsens-nye-transkoensvejledning-bygger-paa-raadfoerte-who-sig-med-trans-aktivistiske-organisationer/>

At man arbejder for at depatologisere ønsket om ekstreme kropsmodifikationer og amputationer af raske organer og samtidig arbejder for, at disse ønsker skal give adgang til at få dem opfyldt gennem behandling i det offentlige sundhedsvæsen, er et svigt af sårbare mennesker.

Den oplagte sammenligning er [apotemnofili](#) – den lidelse, som man også kalder [Body Integrity Identity Disorder](#), hvor patienterne ønsker at få amputeret raske lemmer. Skulle man følge Sundhedsstyrelsens logik, skulle man også fra samfundets side give mulighed for, at disse mennesker kunne få amputeret raske lemmer af læger i det offentlige sundhedsvæsen – så de kan udtrykke den "kropsidentitet", de føler. Det gør man naturligvis ikke, så hvordan man som læge kan forsvare at amputere raske organer hos andre mennesker, er ikke til at forstå.

Afsnit 5 i vejledningen: Behandling af børn og unge med kønsinkongruens

Citat:

"Den primære indsats til børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet bør være psykosocial støtte og hjælp til at sikre, at barnet/den unge har tætte relationer og er i et miljø, der støtter op om barnets/den unges kønsidentitet."

Her er man i vejledningen nødt til at konkretisere, hvad der skal ske, hvis forældrene ikke "støtter op om barnets/den unges kønsidentitet". Skal barnet så fx fjernes fra forældrene? Hvis det ikke er det, der menes her, bør det så afgjort præciseres, så det ikke kan misfortolkes af fx kommunale sagsbehandlere eller psykologer.

Citat:

"Ved vedholdende og langvarig (minimum to år for børn, som ikke er gået i pubertet) uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, og hvor barnet/den unge ønsker kønsmodificerende behandling, bør det vurderes, om der er tale om kønsinkongruens, og om der er indikation for kønsmodificerende medicinsk behandling."

Med den formulering bliver der hjemmel til at starte kønsmodificerende behandling hos mindreårige, selvom deres "kønsuoverensstemmelse" først er opstået, efter at puberteten er startet. "Kønsuoverensstemmelsen" skal blot have været "vedholdende og langvarig".

Det er en klar afvigelse – og et helt afgørende tilbageskridt – i forhold til Sundhedsministerens udmelding om den nuværende praksis, idet sundhedsminister Sophie Løhde den 31. maj 2023 fra Folketingets talerstol meddelte, at der ikke længere ville blive givet “kønsmodificerende behandling” til teenagere, hvis kønsdysfori først var opstået efter pubertetens start.

Sundhedsminister Sophie Løhde sagde ordret følgende:

“Tilbageholdenheden kommer særligt til udtryk ved unge med kønsligt ubehag opstået i forbindelse med puberteten, og som udgangspunkt tilbydes behandling kun, hvis barnet eller den unge har oplevet kønsligt ubehag siden barndommen. Hvis det kønslige ubehag først opstår i forbindelse med puberteten, kan den unge blandt andet blive henvist til et refleksions- eller afklaringsforløb. Det ender ofte med, at den unge afsluttes uden medicinsk behandling, da indikationen ikke vurderes opfyldt.”

Hvis det, der menes i vejledningen, ikke er en afvigelse fra det stop for hormonbehandling af teenagere med pludseligt opstået kønsdysfori, som sundhedsminister Sophie Løhde meldte officielt ud i maj 2023, bør det præciseres i vejledningen, så det ikke kan fortolkes forkert af det sundhedsfaglige personale.

Afsnit 5.1 i vejledningen: Psykosocial støtte til børn og unge

Citat:

*“Børn og unge med en oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan udvise tegn på psykisk mistrivsel i en sådan grad, at det påvirker funktionsniveauet i hverdagen. Mistrivslen kan fx vise sig som tendens til **bekymringer, tristhed, uro, udadreagerende adfærd, tvangshandlinger, søvnproblemer, bekymrende skolefravær, selvskade, forstyrret spisning, misbrug eller selvmordstanker.**”*

Vejledningens underliggende hypotese er, at alle de nævnte problemer skyldes “kønsinkongruens” – ikke omvendt. Denne hypotese forhindrer, at man kommer til bunds i, hvad årsagen til følelsen af “kønsinkongruens” er – for nu har man lagt sig fast på, at det er “kønsinkongruensen”, der er årsag til alle disse problemer. Det er en hypotese, der skaber en intentionel blindhed, som er meget, meget farlig.

Citat:

“Det er essentielt, at barnet eller den unges udforskning af kønsidentiteter støttes og accepteres af omgivelserne og særligt af de primære omsorgsgivere. Det kan fx være støtte til ændring af navn, pronomen, beklædning, fritidsinteresser og omklædning i forbindelse med idræt, men dette skal altid ske i det tempo, som barnet eller den unge ønsker. Støtte målrettet omsorgsgivere som fx psykoekudation og facilitering af forældrenes følelsesmæssige bearbejdning kan være hj lsomt.”

Her blander Sundhedsstyrelsen sig i, hvordan omgivelserne – fx skolen – håndterer barnet. Det er helt u rt. Det har bl.a. implikationer for andre menneskers ytringsfrihed og tankefrihed og for pigers sikkerhed, privatliv og værdighed. Det har vi ganske enkelt aldrig set fra Sundhedsstyrelsens side i Danmark, vil jeg påstå. Har Sundhedsstyrelsen virkelig fået mandat til dét?

I samme citat f r vi at vide, at der desuden skal gives støtte målrettet omsorgsgivere, fx:

- “psykoekudation”
- “facilitering af forældrenes følelsesmæssige bearbejdning”

Den form for formulering f r det til at fremstå, som om forældrene ikke må stille spørgsmålstegn ved, om barnets følelse af "kønsinkongruens" skyldes ydre påvirkninger. Det er meget vagt formuleret, men det kan fortolkes, som om forældrene skal intimideres, hvis de ikke makker ret. Hvis det ikke er det, der menes, må det udtrykkes mere klart.

Citat:

"Forskellige civilsamfundsorganisationer som eksempelvis Sex & Samfund, Sabaah og Børns Vilkar har støttende tilbud til børn og unge. Derudover tilbyder Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn (FSTB) og LGBT+ Danmark rådgivning, viden og arrangementer målrettet børn, unge og deres omgivelser."

Her reklameres der direkte i vejledningen for Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn (FSTB) blandt andre "civilsamfundsorganisationer". Sammen med LGBT+ Danmark fremhæves FSTB for deres "rådgivning" og "viden".

FSTB har tidligere udgivet pjecer med millionst tte fra Sundhedsstyrelsen. Pjecer, hvor man undlader at fortælle om, hvordan forældre, pædagoger og skolelærere skal kunne skelne mellem "kønsdysfori" og et barn, der vil vokse op og blive homoseksuelt. De pjecer, som jeg lidt polemisk har kaldt "Don't say gay"-pjecerne.

Det kan man se dokumenteret her: <https://www.transkoen.dk/2023/02/07/sundhedsstyrelsen-har-slettet-alle-oplysninger-paa-deres-website-om-at-de-lagde-en-oplysningskampagne-om-boern-med-koensdysfori-i-haenderne-paa-den-transkoensindoktrinerende-fstb-foreningen-til-stoe/>

Det er uacceptabelt, at Sundhedsstyrelsen reklamerer for "rådgivning" og "viden" hos en organisation, der ignorerer muligheden for, at et barn kan være proto-homoseksuelt eller blot et barn, der afviger fra k nsnormerne af andre grunde – og ikke fordi det er "transkønnet".

Det er også en skandale i sig selv, at disse alternative muligheder ikke nævnes i vejledningen.

Afsnit 5.3 i vejledningen: Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for behandling hos børn og unge

Citat:

"Børn og unge er den bedste kilde til at beskrive egen oplevelse af køn og livssituation, og deres beskrivelse er afgørende for udredningen og for, at diagnosen 'kønsinkongruens' kan stilles."

Og videre i samme afsnit:

"Da diagnosen kønsinkongruens (ICD-11) er baseret på individets oplevelse, er dialog og kontakt afgørende for udredningsforløbet med henblik på at kunne forstå barnets/den unges tilstand, ønsker og behov samt refleksioner om fremtiden."

Her fremstilles det, som om barnet er den vise, som har nogle "refleksioner om fremtiden", som det er sundhedsfaglige eksperter ansvar at "kunne forstå". Det er en særdeles ansvarsfritagende forestilling om børns evne til at tage beslutninger om dele af livet, som de ikke har nogen som helst forudsætninger for at forestille sig. Det er et svigt af børn af gigantiske dimensioner.

“Modenhed – Er barnet/den unge moden nok til at forstå og reflektere over konsekvenserne ved behandling? En stor del af børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har samtidig en udviklingsforstyrrelse, fx autismspektrum-forstyrrelse. Nogle af disse børn/unge har svært ved at udtrykke deres oplevelse af køn og reflektere over effekten og konsekvenserne af den medicinske behandling. Der kan derfor være behov for et længere udredningsforløb, hvor tætte pårørende inddrages i endnu højere grad med henblik på at forstå barnets oplevelse og behov og dermed muliggøre, at der kan stilles en sikker diagnose og vurderes indikation for medicinsk behandling. En udviklingsforstyrrelse er ikke i sig selv en kontraindikation for behandling, hvis diagnosen kønsinkongruens efter grundig udredning er stillet.”

Her får vi at vide, at en udviklingsforstyrrelse ikke i sig selv er nogen forhindring (“kontraindikation”) for behandling af et barn/en ung. Det kræver dog et længere udredningsforløb, hvor tættere pårørende inddrages i endnu højere grad – med henblik på at forstå barnets oplevelse og behov.

Her taler vejledningen ikke om, at udviklingsforstyrrelser kan skabe et ønske om “kønsskifte”, som børn/unge ikke ville have, hvis de ikke havde udviklingsforstyrrelsen, fordi de kan blive draget af internetbårne løfter om fællesskab og eventyragtig lykke. Vejledningen taler udelukkende om, at børn og unge med udviklingsforstyrrelser kan have svært ved at udtrykke deres behov for kønsskifte.

Her svigter Sundhedsstyrelsen igen sårbare mennesker. Sårbare børn og unge med udviklingsforstyrrelser. Hvorfor sløjfer man så ikke diagnosen “udviklingsforstyrrelse” helt, hvis man ikke vil forholde sig til, at børn og unge med udviklingsforstyrrelser kan komme til at tage beslutninger, som de ikke burde have taget?

Citat:

“Det langvarige aspekt er vigtigt at inddrage for at tage højde for den udvikling, der sker i puberteten. Omvendt vil udskudt behandling kunne medføre langvarige fysiske og psykosociale skadevirkninger ved en uønsket pubertetsudvikling i retning af fødselstildelt køn. I den forbindelse skal der være ekstra opmærksomhed på børn og unge, som er blevet tildelt drengekøn ved fødslen, da den maskuliniserende udvikling i forbindelse med puberteten kan være sværere at modificere med krydshormoner efter puberteten og derfor medføre højere risiko for skadevirkninger ved udskudt behandling.”

Og videre lidt længere nede:

1. “Diagnosen kønsinkongruens kan stilles på baggrund af de diagnostiske kriterier i ICD-11.
2. Barnets/den unges oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse.
3. Det forventes, at den medicinske behandling vil hjælpe barnet til bedre trivsel og livskvalitet og/eller forebygge udvikling af psykisk mistrivsel.
4. De forventede fordele ved medicinsk behandling overstiger de mulige skadevirkninger ved behandlingen.
5. De mulige skadevirkninger ved at behandle er mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle.
6. Barnet/den unge er i stand til at følge behandlingen med støtte fra familie eller nære relationer. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen.
7. Barnet/den unge forstår konsekvenserne af behandlingen. Al medicinsk behandling af børn og unge under 15 år i forbindelse med behandling af kønsinkongruens kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere. Da behandling med krydshormon giver irreversible forandringer, er det selvstændige samtykke til behandling centralt. Derfor skal børn og unge være fyldt 15 år før igangsættelse af behandling med krydshormoner medmindre det, for det enkelte barn eller unge, vurderes sundhedsfagligt uforsvarligt at vente med igangsættelse af behandlingen.”

Kriterie 3 er der indlagt en præmis om, at hvis ikke man behandler med hormoner, så kan der opstå "psykisk mistrivsel". Denne fremtidige, mulige mistrivsel er helt udokumenteret, men den er svær at modbevise, da den er mulig og fremtidig.

Denne mulige psykiske mistrivsel gentages i kriterie 5. Nu er den blot omformuleret til "*de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle*". Igen er der tale om noget, som er umuligt at modbevise.

Vejledningen siger altså, at vi skal skabe irreversible forandringer i en mindreårige krop på baggrund af en uunderbygget påstand om, at den naturlige pubertet måske ville kunne skabe mistrivsel.

Den påstand er meget alvorlig, for det er jo en form for følelsesmæssig pression, der i situationen vil være umulig at modbevise. For det er jo muligt, at der muligvis eventuelt kunne opstå fremtidig psykisk mistrivsel.

Så vi har altså et alvorligt tilbageskridt her i Danmark: Krydshormoner kan gives til børn før 15-års-alderen. Man skal bare fremmane scenarier med mulig psykisk mistrivsel, hvad man jo altid vil kunne.

Afsnit 6.1 i vejledningen: Psykosocial støtte til voksne

Citat:

"Personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan opleve minoritetsstress, stigmatisering og selvstigmatisering. Det er derfor vigtigt at støtte op om, at disse personer trygt kan være dem, de er, og at omgivelserne tilpasses deres kønsidentitet, fx ved at der støttes op om ændring af navn, pronomen, beklædning, fritidsinteresser samt toilet- og omklædningsforhold."

Her blander Sundhedsstyrelsen sig igen i omgivelsernes adfærd og tale. Sundhedsstyrelsen lægger bånd på andre menneskers ytringsfrihed, handlefrihed og tankefrihed – og indskrænker pigers og kvinders sikkerhed, privatliv og værdighed, fordi risikoforskellen mellem mænd og kvinder tilsløres, når man presser samfundet til at opføre sig, som om mænd kan være kvinder.

Som jeg har nævnt tidligere, mener jeg ikke, at vi nogensinde har set det fra Sundhedsstyrelsens side i Danmark. Det her er således ikke bare en vejledning til læger og andre behandlere. Vejledningen bliver her nogle forskrifter, som alle borgere i Danmark ikke må overtræde i hverken tale eller handling. Det går ganske enkelt ikke.

Citat:

"En stor del af voksne med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har samtidig en udviklingsforstyrrelse, fx autismespektrum-forstyrrelse. Nogle af disse voksne har svært ved at udtrykke deres oplevelse af køn og reflektere over effekten og konsekvenserne af den kønsmodificerende behandling."

Som det var tilfældet i afsnittet om børn og unge, får vi her at vide, at det eneste problem ved udredning af personer med udviklingsforstyrrelser er, at de kan have svært ved at udtrykke sig og reflektere over konsekvenser. Der er ingen refleksion over, at fx mennesker med autisme kan blive draget af kønsidentitetsforestillinger, fordi de føler sig anderledes end andre mennesker – på grund af deres autisme.

Igen bør man overveje, hvorfor man så ikke sløjfer diagnosen udviklingsforstyrrelser helt, hvis ikke man samtidig anerkender, at mennesker med udviklingsforstyrrelser kan blive ofre for sociale påvirkninger og forestillinger om fællesskab og lykke i langt højere grad end andre mennesker. Hvordan man som læge eller psykolog kan leve med det svigt af sårbare mennesker, er vanskeligt at fatte.

"For at kunne komme i betragtning til kønsmodificerende behandling kræves et vedholdende og langvarigt ønske om behandling af kønsinkongruens. Dette er begrundet i risikoen for irreversible skadevirkninger og manglende viden om langtidseffekter. Omvendt vil manglende behandling kunne medføre langvarige psykosociale skadevirkninger. Grundet kompleksiteten af dette varetages udredning og afvejning af fordele og ulemper ved at tilbyde eller ikke tilbyde kønsmodificerende behandling af de forskellige fagligheder i det multidisciplinære team. Beslutningen vil altid bero på en samlet, individuel vurdering. Det er vigtigt at informere personen om, at der i behandlingsforløbet løbende vil blive taget stilling til, om der er indikation for yderligere kønsmodificerende behandling.

For at der kan stilles lægefaglig indikation for medicinsk behandling, skal det på konference i det multidisciplinære team vurderes, om følgende kriterier er opfyldt:

- 1. Diagnosen kønsinkongruens kan stilles på baggrund af de diagnostiske kriterier i ICD-11.*
- 2. Personens oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse.*
- 3. Det forventes, at den kønsmodificerende behandling vil hjælpe personen til bedre trivsel og/eller forebygge, at personen udvikler psykisk mistrivsel.*
- 4. De forventede fordele ved den kønsmodificerende behandling samlet set overstiger de mulige skadevirkninger ved behandlingen.*
- 5. De mulige skadevirkninger ved at behandle forventes at være mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle.*
- 6. Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen.*
- 7. Personen forstår konsekvenserne af behandlingen, og at der er indhentet informeret samtykke."*

Kriterierne her er med enkelte modifikationer de samme som for børn og unge.

Det lyder jo umiddelbart fornuftigt, at (kriterie 5) det er en forudsætning for behandling, at "*de mulige skadevirkninger ved at behandle forventes at være mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle.*" Men skulle behandlere reelt tage dette kriterie alvorligt, ville der slet ikke kunne foregå "kønsmodificerende behandling". For der er klare skadevirkninger ved at behandle, mens "*de mulige psykosociale risici*" er en vag, tåget forventning, som der ikke findes nogen reel evidens for.

Så hvis vi skulle tro på, at man rent faktisk ville anvende kriterie 5 til noget, så ville der ikke være brug for nogen vejledning overhovedet, for så ville al "kønsmodificerende behandling" være aflyst. Så på det grundlag kan vi ikke tage alvorligt, at der rent faktisk vil blive anvendt ovenstående kriterier ved afgørelsen af, om der skal igangsættes behandling eller ej.

Hvis man gennemsøger vejledningen fra 2018 ([Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold](#)) efter ordet "skade", finder man kun omtale af skader **ved** behandlingen. Der er ingen omtale af skader ved **ikke** at behandle.

At man nu igen og igen i den nye vejledning fremmaner disse mulige "skadevirkninger" – omtalt helt vagt og uden dokumentation – ved **ikke** at behandle, er efter min vurdering et alvorligt tilbageskridt. Det er ansvarsløst og meget farligt.

I vejledningens ordliste står der:

"Detransition

Processen hvor en person vender tilbage til at leve som deres fødselstildelte køn, og dermed har et opgør med pågående eller gennemført behandling (medicinsk, kirurgisk, social, og/eller juridisk). Ikke nødvendigvis synonym med fortrydelse, da nogen detransitionerer pga. ændrede ønsker, utilfredshed med resultatet eller bivirkninger til medicin uden fortrydelse af tidligere behandling."

Der er ingen fodnoter her. Og i resten af vejledningen er der heller ingen data, som man støtter sig til, mht. hvor mange der detransitionerer eller hvorfor. Man konstaterer det bare.

Og man påstår sågar, at selvom detransition skal ses som et "opgør med pågående eller gennemført behandling", så betyder det ikke nødvendigvis, at personerne, der detransitionerer, fortryder. Selvom nogen af dem detransitionerer pga. utilfredshed (?) "uden fortrydelse af tidligere behandling".

Det hænger ikke sammen. Fortryder man ikke, selvom man er "utilfreds med resultatet" – af noget irreversibelt, som fx betyder, at man ikke kan få børn?

Det går ikke, at man i en officiel vejledning til sundhedsfagligt personale skriver noget selvmodsigende vrøvl, som ikke baserer sig på andet end lægers og andre behandles besværgelser og manglende ønske om at konfrontere konsekvenserne af det, de foretager sig.

I afsnit 6.4.3 – Opfølgning på medicinsk behandling af voksne – står der følgende:

"Nogle personer, der har modtaget kønsmodificerende medicinsk behandling, ønsker senere at stoppe behandlingen med henblik på detransition. Det er det multidisciplinære team, der på baggrund af en fornyet konkret og individuel sundhedsfaglig udredning (som beskrevet i afsnit 6.3), tager stilling til, om det er muligt at tilbyde kønsmodificerende behandling i detransitionsfasen."

Så nu omformuleres problemet med, at nogle patienter fortryder den irreversible lemlæstelse og amputation af raske organer, til, at det er en naturlig "fase" i nogle patienters forløb. Det er en manipulerende løben fra ansvaret for fejlbehandling fra lægers side, som man ikke har set længe.

Med venlig hilsen

Lotte [REDACTED]
Psykoteraapeut, medlem af SEGM
(Society for Evidence-Based Gender Medicine)
Email: lotte@transkoen.dk
[Transkøen.dk](https://transkoen.dk)

**15507044, Dansk Psykolog Forenings høringssvar
til den nye faglige ramme for sundhedsfaglig hjælp
ved kønsinkongruens.**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 63

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

21. februar 2025



Dansk Psykolog Forenings høringssvar til Sundhedsstyrelsens nye faglige ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens.

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens nye faglige ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens. Dansk Psykolog Forenings Selskab for Køn og Seksualitet har rådgivet og bidraget til foreningens høringssvar.

Centrale pointer/overordnede opmærksomheder

- Dansk Psykolog Forening finder det relevant, at den foreslåede faglige ramme fokuserer på psykosocial støtte til børn og unge og den mistrivsel, som kan opstå i målgruppen.
- Dansk Psykolog Forening støtter, at det kommunale behandlingstilbud for børn og unge skal udgøre et lavtærskeltilbud for denne målgruppe, men det forudsætter, at der allokeres tilstrækkelige ressourcer og opkvalificering, og at der er mulighed for rådgivning fra de multidisciplinære teams i den højt specialiserede funktion.
- Dansk Psykolog Forening finder det afgørende, at der er ressourcer og generelt en sikring af det specialiserede tilbud, da opgaverne med udredning og behandling af personer med kønsinkongruens kræver en høj grad af specialiseret faglighed, som aktuelt eksisterer i den højt specialiserede funktion, herunder i de multidisciplinære teams.
- Vejledningen bør tydeliggøre, at autisme og andre udviklingsforstyrrelser ikke i sig selv bør stå i vejen for en reel udredning af, hvorvidt der er tale om kønsinkongruens. Det fordrer specialviden om autisme m.v. hos behandlere i den højt specialiserede funktion og tilpassede udrednings- og behandlingsforløb. Desuden bør der investeres i forskning på dette felt.

1. Hvis det kommunale behandlingstilbud for børn og unge i mistrivsel skal udgøre et lavtærskeltilbud til målgruppen er opkvalificering og ressourcer afgørende.

Målgruppen til denne vejledning udgør en mindre andel af gruppen af børn og unge i Danmark som bryder med normer for køn og seksualitet. Vi ved fra flere undersøgelser, at børn og unge med overvejelser om køn og seksualitet generelt oplever mere diskrimination og mange forskellige slags mistrivsel sammenlignet med andre børn og unge¹. Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og det kommunale behandlingstilbud vil sammen med almen praktiserende læge være oplagte kontaktpunkter for børn, unge og deres familier, når der er tale om overvejelser om køn og seksualitet. Dansk Psykolog Forening finder det relevant, at PPR og det kommunale behandlingstilbud kan fungere som kontaktpunkter/lavtærskel tilbud for børn og unge i denne målgruppe, og vi er enige i, at der eksisterer et behov for et trygt og tillidsfuld terapeutisk rum til udforskning af kønsidentitet.

¹Greve, J., Andersen, D.B., Nicolajsen, J.S., Kolodziejczyk, C. (2024). *LGBT+-elevers trivsel og mentale sundhed samt oplevelser af mobning, vold, chikane og diskrimination: en kortlægning for grundskolen, ungdomsuddannelserne og FGU-institutionerne*. VIVE

21. februar 2025

Imidlertid er det nødvendigt, at hvis det kommunale behandlingstilbud for børn og unge med psykisk mistrivsel skal udgøre et lavtærskel tilbud for denne målgruppe, at der fokuseres på ressourcer og opkvalificering. Dette tilbud udgøres aktuelt af en række manualiserede behandlingsprogrammer målrettet børn og unge med forskellige slags mistrivsel, men hvor gruppen af børn og unge med mistrivsel grundet overvejelser om køn og seksualitet ikke er nævnt.

I forslagens afsnit 2.1 beskrives, hvordan fagpersoner skal være særligt opmærksomme på, at personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan være udsat for stigmatisering både i samfundet og ved kontakter med sundhedsvæsenet samt, at fagpersoners hjælp gives *"på en måde, der ikke stigmatiserer, men bidrager til at bearbejde selvstigmatisering"*. Denne ambition vurderer vi bør realiseres ved at stille krav til, at disse børn og unge og deres familier tilbydes samtaler hos psykolog samt at der udarbejdes retningslinjer for disse forløb. Internationale praksisanbefalinger for psykologisk intervention målrettet denne gruppe, fremhæver at det er afgørende for både behandlingseffekt og for minimering af stigmatiserings-risiko, at gængse evidensbaserede tilgange tilpasses ved at inddrage viden om minoritetsstress, samt at de psykologer, der yder behandlingen er efteruddannet (Coyne et al 2020). For yderligere at sikre kvaliteten i tilbuddet, så skal der være mulighed for rådgivning fra de multidisciplinære teams i den højt specialiserede funktion, til de psykologer som har ansvar for målgruppen i kommunens behandlingstilbud.

Dansk Psykolog Forening finder det desuden glædeligt, at der er fokus på betydningen af psykosocial støtte af børn og unge med en oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet. Det er positivt, at barnets/den unges perspektiv bliver gjort eksplicit, og at sammenhængen mellem et barn eller ungt menneskes mentale trivsel, og at de oplever sig støttet og accepteret i deres behov for at kunne udforske og udtrykke deres kønsidentitet anerkendes, ligesom det ekspliciteres, at tempoet for ændring af fx navn, pronomen og beklædning skal ske i det tempo, barnet ønsker. Endvidere finder vi det relevant, at der i den faglige ramme gøres opmærksom på behovet for støtte af barnets/den unges omsorgsgivere i form af psykoedukation og facilitering af følelsesmæssig bearbejdning. Vi bemærker dog samtidig, at der aktuelt ikke eksisterer et offentligt tilgængeligt tilbud om en sådan støtte til omsorgsgivere.

2. Sikring af det højt specialiserede tilbud er afgørende, da opgaverne med udredning og behandling af personer med kønsinkongruens er komplekse og kræver en høj grad af specialiseret faglighed.

Dansk Psykolog Forening finder det positivt, at forslaget præciserer at vurderingen af, hvorvidt et barn eller ung er i målgruppen for et behandlingsforløb, placeres i det højt specialiserede tilbud, mens henvisende læge i højere grad fokuserer på det deskriptive. Det vil øge sikkerheden for, at børn og unge ikke får for sen behandling. Det er desuden afgørende, at der er tilstrækkelige ressourcer til udredning og behandling både af indgribende og forebyggende karakter, ift. at mindske mistrivsel og forebygge udvikling af samtidig angst og depression hos målgruppen.

Dansk Psykolog Forening bemærker, at som en del af præciseringen af omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med behandling for kønsinkongruens foreslås at indføre krav om, at unge skal afgive selvstændigt samtykke, og dermed være fyldt 15 år, før behandling med krydshormon kan igangsættes, medmindre det vurderes sundhedsfagligt uforsvarligt at udsætte behandlingen.

Dansk Psykolog Forening mener, at det er væsentligt at prioritere denne vurdering fra vejledningen *"da det er forskelligt fra barn til barn, hvor gamle de er ved pubertetens start, skal der tages hensyn til både modenhed og risici ved at forsinke eller udelade behandling"* (side 22). Det vil sige, at i vurderingen af, hvorvidt udsættelse af behandling med krydshormon til unge under 15 år er sundhedsmæssigt uforsvarligt, er det væsentligt, at der sker en afvejning af risikoen for irreversible skadevirknin-

21. februar 2025

ger ved krydshormon overfor risikoen for langvarige psykosociale skadevirkninger ved flere års udsættelse af pubertetens start². Denne afvejning står centralt på voksenområdet og bør også gælde for den unge målgruppe.

3. Vejledningen bør tydeliggøre, at autisme og andre udviklingsforstyrrelser ikke i sig selv bør stå i vejen for en reel udredning af, hvorvidt der er tale om kønsinkongruens. Det fordrer specialviden om autisme m.v. hos behandlere i den højt specialiserede funktion og tilpassede udrednings- og behandlingsforløb. Desuden bør der investeres i forskning på dette felt.

Dansk Psykolog Forening påskønner, at det under kriteriet om kontraindikationer og risikofaktorer ekspliciteres, at beslutningen om behandling "vil altid bero på en samlet, individuel vurdering" (s.30), ligesom det fremgår, at velbehandlede psykiske sygdomme hverken for børn, unge eller voksne er en kontraindikation for behandling af kønsinkongruens. Vi bemærker, at der under kriteriet for udredning af børn og unge står, at særligt udviklingsforstyrrelse og -hæmning kan kræve "særlig omhu og inddragelse af specialviden for at sikre at indikation for behandling stilles på rette grundlag" (s.22). I afsnittet om udredning af voksne på side 29 nævnes tillige behovet for "involvering af samarbejdspartnere med ekspertise i udviklingsforstyrrelse" i vurderingen af indikationen for kønsmodificerende behandling som svar på, at "en stor del af voksne med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har samtidig en udviklingsforstyrrelse, fx autismespektrum-forstyrrelse".

Dansk Psykolog Forening bifalder anbefalingen om, at udredningsforløbet for denne gruppe kræver opgradering af personale i den højt specialiserede funktion med specialviden om autisme og andre udviklingsforstyrrelser, og at forløbet tilpasses den enkeltes behov fx i form af struktur, støtte og tilpasning af kommunikation. Formuleringen om "det rette grundlag" nævnt ovenfor implicerer, at en vurderet indikation for behandling kan være truffet på forkert grundlag ved samtidig autisme-diagnose. Den bør slettes i overensstemmelse med vejledningens hensigt om ikke at psykopatologisere kønsinkongruens med forestillingen om, at det skyldes psykisk lidelse. I stedet bør der være fokus på at reducere risikoen for diskrimination og stigmatisering af denne gruppe ved at tilpasse udrednings- og behandlingsforløb. Dansk Psykolog Forening mener, at der er behov for investering i forskning på dette område mhp. at opdatere og guide praksis for udredning og medicinsk behandling.

Øvrige kommentarer

- Vedr. de faglige kompetencer i behandler-teams på de højt specialiserede enheder, afsnit 4.1., er vi glade for at der stilles krav til, at de enkelte fagpersoner skal være opdateret på den nyeste faglige viden om udredning og behandling af kønsinkongruens. Særligt finder vi i Dansk Psykolog Forening det relevant at påpege væsentligheden af, at dette både gælder for kønsinkongruens hos binære og non-binære kønsidentiteter, hvor sidstnævnte ift. prævalens udgør den største gruppe (Frisch et al 2019).
- Dansk Psykolog Forening støtter forslaget præcisering af, at beslutningen om behandling ligger hos den unge i de tilfælde, hvor der er uenighed mellem den unge og forældremyndighedsindehavere, der foreligger en sundhedsfaglig vurdering af, at den unge forstår konsekvenserne af sin stillingtagen, og at behandlingen er velindiceret.
- Dansk Psykolog Forening anbefaler, at det i den faglige ramme ekspliciteres, at der bør tages hensyn til barnets ønske om, hvorvidt forældre eller andre bisiddere er til stede under udrednings- og behandlingssamtaler.

² <https://www.rigshospitalet.dk/undersogelse-og-behandling/find-undersogelse-og-behandling/Sider/Boern-med-for-sinket-pubertet---aarsager-og-behandling-28459.aspx>

21. februar 2025



- Dansk Psykolog Forening mener, at det bør præciseres ift. udredning på voksenområdet, at qua at diagnosen stilles på baggrund af samtaler, så skal der ikke blot være 'fagpersoner med ekspertise heri' i teamet, men autoriserede psykologer. Det er ikke kun nødvendigt at trække på psykologer og speciallæger i psykiatri, når udredningen er vanskeliggjort af psykosociale forhold, det bør være gængs praksis at trække på disse fagpersoner i samtlige tilfælde (s. 15).

Referencer

Coyne, C. A., Poquiz, J. L., Janssen, A., & Chen, D. (2020). Evidence-Based Psychological Practice for Transgender and Non-Binary Youth: Defining the Need, Framework for Treatment Adaptation, and Future Directions. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(3), 340–353. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1765433>

Frish, M., Moseholm, E., Andersson, M., Bernhard Andresen, J., & Graugaard, C. (2019). *Sex i Danmark: Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut)

**15507034, Autisme- og Aspergerforeningen
høringssvar vedrørende Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og
Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsi**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 62

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



Høringssvar vedrørende 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Den 23. februar 2025

Autisme- og Aspergerforeningen ser med stor bekymring på den aktuelle vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens, særligt i forhold til de medicinske behandlinger, der tilbydes børn og unge. Vejledningen tillader brugen af potente hormonpræparater, som oprindeligt er udviklet til behandling af hormonfølsom prostatakræft og i visse tilfælde anvendes til kemisk kastration af pædofile¹. Dette rejser et alvorligt spørgsmål: Er vi vidne til en ny form for medicinsk omvendelsesterapi rettet mod autistiske børn og unge?

For mindre end 20 år siden forsøgte man at "normalisere" autisme² og kurere homoseksualitet³ ved hjælp af de samme typer hormonpræparater, der i dag anvendes til [kønsmodificerende behandling](#), herunder [Cyproteronacetat \(Androcur\)](#), [Spironolakton](#), [GnRH-analoger](#) (stophormoner) som [Leuprorelin](#) og lignende. Historien har vist, at medicinske eksperimenter på autistiske børn har haft alvorlige konsekvenser – og alligevel er vi på vej til at gentage fortidens fejl.

Autismescreening bør være et minimumskrav

Forskning viser, at mennesker, der identificerer sig som transkønnede, har op til syv gange så stor sandsynlighed for at have en autismediagnose sammenlignet med den generelle befolkning⁴. Flere studier peger på en markant overrepræsentation af autistiske træk⁵ blandt transkønnede, især blandt børn og unge, der søger behandling for kønsinkongruens.

Internationalt ser vi en tendens til, at mennesker der fortryder kønsmodificerende behandling fortrinsvist, er autister. Dette bekymrer os som forening, da det bestemt ikke er uproblematisk at fortryde at have fået kønsmodificerende behandling⁶.

På trods af dette er der ingen garanti for, at autisme bliver grundigt vurderet i udredningsforløbet. Autismen kan påvirke kropsfornemmelse, selvforståelse, identitet og kan påvirke evnen til at vurdere de langsigtede konsekvenser af medicinsk behandling. Derfor bør en grundig screening for autisme være et absolut minimumskrav, inden kønsmodificerende behandling påbegyndes. Særligt fordi "[Sundhedspersoner omfattet af autorisationsloven skal handle med omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17](#)".

¹ [Therapeutic Effects of Leuprorelin \(Leuprolide Acetate\) in Sexual Offenders with Paraphilia - PMC](#)

² [Chemical castration of autistic children leads to the downfall of Dr. Mark Geier | Science-Based Medicine](#)

³ [The Gay Rights Movement and Medical Intervention: The Good, The Bad, and The Diabolical - LGB Alliance UK](#)

⁴ [Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals | Nature Communications](#)

⁵ [Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature](#)

⁶ [Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults](#)

⁷ Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens side 1



Manglende fokus på autisme i 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Den 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' giver ingen sikkerhed for, at autisme bliver vurderet som en del af udredningen, på trods af den veldokumenterede sammenhæng mellem autisme og kønsinkongruens.

- Autismen kan påvirke identitetsforståelse: Mange autistiske personer oplever udfordringer med social tilpasning, sensoriske forstyrrelser og en sort-hvid tilgang til selvforståelse, hvilket kan gøre dem særligt sårbare over for at opfatte kønsidentitet som en fastlåst sandhed.
- Risiko for fejlidentificering: Autistiske unge kan misforstå deres egne følelser og forveksle kønsdysfori med andre sensoriske eller kropslige udfordringer. De kan også være mere modtagelige over for social påvirkning og identitetssøgende fællesskaber.
- Ingen struktureret screening for autisme: Da autisme og kønsinkongruens ofte hænger sammen, bør en grundig screening for autisme være obligatorisk, inden medicinsk eller kirurgisk behandling overhovedet overvejes.

Manglende autismedaglig viden

Derfor kan det undre os, at der i arbejdsgruppen ikke er prioriteret sundhedsfaglige eller socialpædagogiske fagpersoner med viden om og erfaring med autisme. Der er dog en overrepræsentation af fagfolk med en ideologisk tilgang til kønsmodificerende behandling. Vi anser dette for værende både negligerende og ansvarsmæssigt uredeligt at have undladt kompetente og objektive inputs.

Når der udarbejdes en faglig ramme rettet mod sundhedsfaglige personer, er det afgørende, at den afspejler de professionelle og etiske forpligtelser, som følger med en autorisation. Sundhedspersoner er forpligtet til at udvise omhu, saglighed og uhildethed⁸ i deres arbejde, og det bør afspejles i det faglige grundlag. Den foreliggende skrivelse lever ikke op til disse krav og fremstår derfor som fagligt utilstrækkelig.

"Hvis vi har nul, der fortryder, så behandler vi for få"⁹

Citat: Cheflæge, Sexologisk Center, AUH, Region Nordjylland og sidder i arbejdsgruppen, der har udarbejdet "Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens"

⁸ Uhildethed betyder at være upartisk, objektiv og uden personlige interesser eller forudindtagethed i en given sag. Det bruges ofte i juridiske, videnskabelige og etiske sammenhænge, hvor det er vigtigt, at en person eller instans træffer beslutninger uden at være påvirket af egne interesser, relationer eller eksternt pres.

⁹ [Overlæge lever fint med, at nogle fortryder kønsskifte: »Hvis vi har nul, der fortryder, så behandler vi for få«](#)



Baseret på de tilgængelige oplysninger om medlemmerne af arbejdsgruppen bag de nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af kønsinkongruens, er der ingen direkte indikationer på, at nogen af medlemmerne har specifik uddannelse eller specialisering inden for autisme. De fleste medlemmer repræsenterer områder som sexologi, endokrinologi, plastikkirurgi, pædiatri, psykiatri og juridisk rådgivning relateret til LGBT+ spørgsmål.

I arbejdsgruppen er der dog en specialpsykolog ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden, men der er ingen offentlig tilgængelig information, der specifikt angiver at vedkommende har en form for specialisering inden for autisme.

Kan man give informeret samtykke ved eksperimentel behandling?

Et grundlæggende princip i medicinsk etik er, at patienter kun kan give informeret samtykke, hvis de har fået fuldstændig og korrekt information om både de kort- og langsigtede konsekvenser af en behandling. Når det gælder kønsmodificerende behandling – især for børn og unge – mangler der afgørende viden om de langsigtede bivirkninger, hvilket gør det umuligt at opnå et reelt informeret samtykke.

Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens anerkender selv, at "*Der foreligger endnu kun sparsom evidens vedrørende langtidseffekterne af medicinsk behandling af kønsinkongruens hos børn og unge, hvorfor der stilles særlige krav til sundhedspersonalets omhu og samvittighedsfuldhed¹⁰ (...)*".

Dette betyder i praksis, at patienterne accepterer en eksperimentel behandling¹¹, hvis fulde risikoprofil ikke er kendt. Hvordan kan et barn eller en ung træffe en informeret beslutning, når selv lægerne ikke kender de langsigtede følger og derfor ikke kan formidle dem?

Flere internationale sundhedsmyndigheder har påpeget de alvorlige usikkerheder ved hormonbehandling og kirurgiske indgreb for unge med kønsdysfori. Blandt andet har Sverige, Storbritannien og Finland alle valgt at bremse eller begrænse hormonbehandling for unge, da der ikke findes tilstrækkeligt videnskabeligt grundlag for at vurdere sikkerheden og effekten af disse indgreb på lang sigt.

Når en behandling er eksperimentel, bør forsigtighedsprincippet følges, og patienterne bør ikke udsættes for unødvendig risiko. At give irreversible behandlinger uden solid videnskabelig dokumentation er ikke medicin – det er at eksperimentere på sårbare patienter.

Derfor bør vejledningen revideres, så den ikke tillader medicinsk og kirurgisk behandling af børn og unge uden en grundig, evidensbaseret risikovurdering. Indtil der findes pålidelige langtidsstudier, bør behandlingstilbud baseres på psykoterapeutisk og støttende indsats frem for medicinske eksperimenter med potentielt livsødelæggende konsekvenser.

¹⁰ Citat: Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens side 23

¹¹ [Eksperimentel behandling - Sundhedsstyrelsen](#)



Autisme og fejltolkning som kønsinkongruens

På Social- og Boligstyrelsens vidensplatform – www.social.dk – har specialkonsulent Dorthe Beversee skrevet om Autisme og seksualitet. Her behandles også [Kønsidentitet, kønsdysfori og kønsdiversitet samt Følelser, pubertet og identitet](#). Disse eksisterende beskrivelser er neutrale og dækker hele autismespektret – ikke kun den del af målgruppen, der identificerer sig under [transkønsparaplyen](#).

Vi stiller også spørgsmålstejn ved en udvikling, hvor vi ser færre unge springe ud som homoseksuelle, men i stedet skifter køn. Kan dette være et udtryk for internaliseret homofobi eller manglende viden og forståelse af seksualitet? Hvordan sikres det, at denne udvikling ikke er et resultat af sociale trends, men en reelt forankret identitet? Hvorledes sikres det, at autistiske børn og unge ikke utilsigtet diagnosticeres med kønsinkongruens uden en grundig afdækning af deres autismespecifikke behov og udfordringer? Vi savner et eksplicit fokus på at undgå overdiagnostik og sikre, at psykoedukation og selvforståelse prioriteres før potentielt irreversible behandlinger som pubertetsblokkere og krydshormoner.

(For yderligere information se Appendiks 1)

Forankring i somatiske specialer frem for psykiatrien

"Derudover oplevede en del personer, der søgte sundhedsfaglig hjælp, at tilbuddets forankring i psykiatrien betød, at de blev betragtet som havende en psykisk sygdom, og målgruppen følte sig stigmatiseret. Derfor blev tilbuddet til voksne i den forbindelse forankret i de somatiske lægespecialer i stedet for i psykiatrien¹²."

Denne beslutning prioriterer subjektive oplevelser af stigmatisering over en fagligt begrundet psykiatrisk vurdering. Stigmatisering kan være en reel udfordring, men sundhedsfaglige beslutninger bør træffes på baggrund af medicinsk evidens, ikke følelser.

Vi anerkender, at mange oplever ubehag ved en psykiatrisk udredning. Dette gælder også for den gruppe, vi repræsenterer. Autisme udredes i psykiatrien, men er ikke en psykisk sygdom – det er en gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Ligesom autistiske mennesker accepterer psykiatrisk udredning som en nødvendig del af at få den rette støtte, bør personer med kønsdysfori anerkende behovet for en grundig psykiatrisk vurdering for at sikre den bedst mulige behandling.

Det er ikke skamfuldt at have en psykiatrisk diagnose eller at blive udredt i psykiatrien. Sundhedsstyrelsen bør tværtimod fastholde, at en korrekt udredning kræver et psykiatrisk perspektiv, da kønsinkongruens ofte sameksisterer med psykiatriske lidelser og udviklingsforstyrrelser¹³. Det vil være i alles interesse med korrekt behandling.

¹² Citat: Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens side 5

¹³ [Childhood gender non-conformity, sexual orientation and mental health problems among 18 to 89 year-old Danes](#)



Sprogbrug og bias

"Personer, som søger sundhedsfaglig hjælp ved uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, skal sammen med de ansvarlige fagpersoner opsætte mål for det samlede udrednings- og behandlingsforløb, og dialogen om udredning og behandling bør foregå i et forståeligt, neutralt og respektfuldt sprog med respekt for de personlige pronominer, som den enkelte har valgt¹⁴."

I sundhedsfaglige sammenhænge bør fokus være på evidensbaseret behandling og en objektiv vurdering af patientens kliniske behov. Når pronominer inddrages som en central del af den sundhedsfaglige proces, risikerer man at skubbe fokus fra en neutral og undersøgende tilgang til en ideologisk præget praksis, hvor subjektive sproglige valg får en uforholdsmæssig stor betydning.

At gøre patientens valg af pronominer til en essentiel del af forløbet kan indikere, at subjektive selvforståelser skal have forrang frem for en grundig og nuanceret afklaring af identitet og trivsel. Dette er især problematisk, når der kan være andre underliggende faktorer, såsom autisme, traumer eller psykiske lidelser, der skal udforskes og adresseres.

Forpligtes sundhedspersonalet til på forhånd at bekræfte patientens valgte kønsidentitet gennem sprogbrug, kan det hindre en åben og neutral udredning. En patient, der for eksempel vælger et bestemt pronomen, kan blive bekræftet i en identitet, som senere viser sig at være midlertidig eller ikke den endelige. Denne praksis risikerer at fastholde patienten i en bestemt identitetsforståelse, fremfor at facilitere en åben, refleksiv proces.

For autistiske patienter, der ofte har en konkret og bogstavelig tilgang til sprog og identitet, kan en vægt på pronominer øge forvirringen og muligvis føre til, at de fastholder en identitet, der ikke er den rigtige, eller som er påvirket af andre faktorer. I disse tilfælde kan en sådan tilgang risikere at gøre mere skade end gavn.

Desuden kan fokus på pronominer overskygge de centrale aspekter af udredningen, som bør omfatte en grundlæggende afklaring af årsagerne til kønsinkongruens, terapeutisk støtte og undersøgelse af mulige komorbide lidelser. Det er vigtigt at sikre, at patienten træffer informerede beslutninger, og at behandlingen er baseret på en objektiv vurdering af de reelle behov.

Der findes ingen andre områder i sundhedsvæsenet, hvor patientens sproglige valg dikterer den sundhedsfaglige tilgang. For eksempel ville en patient med en spiseforstyrrelse ikke få bekræftet en forvrænget kropsopfattelse af sundhedspersonalet. På samme måde bør sprogbrug ikke stå i vejen for en objektiv og kritisk vurdering af patientens behov i forbindelse med kønsidentitet.

¹⁴ Citat: Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens side 6-7



Fokus på affirmation frem for afklaring og reel støtte

"Afgørende for barnets/den unges psykiske trivsel er, at der åbnes op i et trygt rum for refleksion om køn, krop og seksualitet, og dermed leder til, at barnet eller den unge kan udforske sin kønsidentitet, kropsoptagelse og seksualitet, og at barnet eller den unge hjælpes til at reflektere over sig selv og sine identiteter"

Formuleringen "barnet eller den unge hjælpes til at reflektere over sig selv og sine identiteter" er mildest talt bekymrende. Brugen af flertalsformen "identiteter" kan indikere en forståelse af personlig identitet som opdelt i flere separate enheder, hvilket ikke nødvendigvis stemmer overens med en klassisk psykologisk forståelse af identitet som en integreret helhed¹⁵. Selvom det er anerkendt, at identitet udvikles gennem forskellige livsfaser og i samspil med sociale og biologiske faktorer, bør der være præcision i sproget, især når det anvendes i en kontekst, hvor medicinsk behandling kan være involveret. Man kan jo spørge sig selv - Hvordan kan man få hele mennesker ud af at splitte deres identitet/personlighed op i fragmenter?

Når formuleringer er åbne for fortolkning, skaber det risiko for en bekræftende tilgang frem for en neutral og undersøgende proces. Det kan føre til, at refleksionsrummet ikke nødvendigvis fremmer en dybere forståelse af de underliggende faktorer, men snarere skaber et miljø, hvor bestemte konklusioner eller identitetskategorier bekræftes uden kritisk afklaring. Dette er særligt problematisk, når det gælder børn og unge med autisme, da de ofte har en asynkron udvikling og en anderledes tilgang til selvforståelse. For denne gruppe er det afgørende, at refleksionsprocessen tilpasses deres neurologiske profil og ikke styres af en bredere ideologisk dagsorden.

Derfor bør der være en klar intention om, at fokus ligger på afklaring frem for affirmation. Det er væsentligt, at formuleringer om støtte til børn og unge ikke er så rummelige, at de reelt efterlader den enkelte sundhedsprofessionelle med frihed til at definere, hvad en tryk og reflekterende proces indebærer. I en sammenhæng, hvor kønsbekræftende medicinsk behandling stadig må anses for [eksperimentel](#), er det afgørende, at vejledning og støtte tager udgangspunkt i en grundig, individualiseret afklaringsproces, hvor barnets eller den unges samlede udvikling, herunder eventuelle autismespecifikke behov, bliver nøje vurderet.

¹⁵ [Identitet \(personlighed\) - Individuel og kollektiv - Lex](#)



Når kønsidentitet bliver undtagelsen

"Det er essentielt, at barnet eller den unges udforskning af kønsidentiteter støttes og accepteres af omgivelserne og særligt af de primære omsorgsgivere. Det kan fx være støtte til ændring af navn, pronomen, beklædning, fritidsinteresser og omklædning i forbindelse med idræt, men dette skal altid ske i det tempo, som barnet eller den unge ønsker. Støtte målrettet omsorgsgivere som fx psykoedukation og facilitering af forældrenes følelsesmæssige bearbejdning kan være hjælpsomt¹⁶".

I alle andre sammenhænge i børns og unges liv er forældres opgave at balancere støtte med vejledning. Når et barn eksempelvis føler sig udenfor i skolen, hjælper forældre med at finde løsninger frem for blot at bekræfte oplevelsen. Hvis en ung har et forstyrret selvbillede, vil forældre og fagpersoner normalt hjælpe med at forstå og bearbejde disse følelser frem for ukritisk at tilskynde til handlinger baseret på dem. At gøre kønsidentitet til en undtagelse fra denne tilgang skaber en problematisk præcedens, hvor den unges subjektive oplevelse alene bliver styrende, uden at der gives plads til en afklarende proces.

Dette er særligt relevant for autistiske børn og unge, som ofte oplever mistrivsel i skolen på grund af sensoriske udfordringer, sociale misforståelser eller manglende tilpasning af undervisningsmiljøet. Det er veldokumenteret, at mange autistiske børn udvikler angst og stress som følge af disse belastninger, og at de kan have svært ved at adskille eksterne påvirkninger fra sig selv.

Hvis et autistisk barn mistrives i skolen og samtidig oplever kønsinkongruens, er det afgørende, at man ser på hele barnets situation frem for ensidigt at fokusere på kønsidentitet som forklaring på mistrivsel. Der er en reel risiko for, at autistiske børn, der føler sig anderledes eller udenfor, søger forståelse og tilhørsforhold i identitetskategorier, som kan give en følelse af fællesskab, men som ikke nødvendigvis adresserer de bagvedliggende årsager til deres mistrivsel.

Man kan sagtens støtte et barn uden nødvendigvis at bekræfte alt, hvad det føler – faktisk er det netop gennem refleksion, nuancering og dialog, at et barn bedst opnår en stabil og vel-funderet selvforståelse. For autistiske børn, som ofte har en konkret tænkning og en tendens til at fastholde rigide forståelser af sig selv, er det endnu vigtigere, at støtte ikke reduceres til affirmation, men at der skabes et miljø, hvor barnet får hjælp til at forstå og udforske alle aspekter af sin identitet og trivsel.

Der lægges op til at forældrenes opgave primært er at bekræfte barnets oplevelse, frem for at de har en legitim rolle i at stille kritiske spørgsmål og sikre barnets langsigtede trivsel. Forældre har et ansvar i forhold til deres børn¹⁷. Forældre giver heller ikke deres børn slik, is og sodavand morgen, middag og aften, fordi det er det, børnene vil have. Man bekræfter heller ikke en person med anoreksi i, at vedkommende er fed, og forhåbentlig ville ingen fagfolk kunne finde på at bekræfte dem i den følelse og hjælpe dem med at tabe sig yderligere.

¹⁶ Citat: Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens side 18

¹⁷ [Forældreansvarsloven](#)



Manglen på sociale tilbud øger risikoen for ensidige miljøer

Det er slående, at samfundet er villigt til at investere enorme ressourcer i børn med kønsdysfori, mens børn med handicap, som f.eks. autisme, fortsat bliver ladet i stikken. Autistiske børn kæmper dagligt med mangelfulde skoletilbud, minimal specialiseret hjælp og en gennemgående negligerende af deres behov. Men det ser ikke ud til at vække samme politiske eller økonomiske interesse som kønsdysfori. Uanset hvilket køn barnet vælger at identificere sig med, så vil dets autistiske udfordringer altid være der.

Samtidig er det bemærkelsesværdigt, at kønsdysfori ikke længere betragtes som en patologisk tilstand, men reduceres til en identitet, der forventes at blive bekræftet og medicinsk behandlet uden videre. Hvor er omsorgen for at afdække de dybere årsager? Hvor er forsigtigheden? Det virker som om, at vi som samfund har travlt med at fremstå progressive på bekostning af de børn, der virkelig har brug for hjælp.

Vi spørger: Hvorfor prioriteres en identitet så højt, mens børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelser som autisme skal inkluderes og normaliseres indtil de bliver så syge af belastning, at de ender på førtidspension, når de fylder 18 år. Det er på tide at gentænke denne ubalance og sikre, at alle børn får den hjælp og støtte, de har krav på.

Der er alt for få sociale tilbud til autister. Mange finder fællesskab i LGBT+ Danmark, hvor kønsidentitet fylder meget. Mange autister har altid følt sig udenfor og har ikke tilhørt en gruppe. De har ofte været ekskluderet fra fællesskaber med ligesindede. I en søgen på fællesskaber i en tid, hvor kønsidentitet trender og adgang til de sociale medier åbner op for en verden i alle regnbuens farver. Ensomme og sårbare autister kan blive forført af fællesskaber, der synes at hylde anderledeshed. I disse miljøer bliver køn det dominerende fokus, fordi der ikke findes andre tilgængelige tilbud målrettet autistiske mennesker.

Når kønsidentitet fylder så meget, kan det blive sværere for dem at udforske andre aspekter af deres identitet eller at ændre opfattelse, hvis deres kønsdysfori var midlertidig. Autister har ofte stærk loyalitet over for fællesskaber, hvor de føler sig accepterede, og kan derfor frygte at miste relationer, hvis de ændrer deres syn på deres køn.

Hvis støtte og sociale tilbud var mere målrettede autistiske behov – uden et ensidigt fokus på kønsidentitet – ville flere have mulighed for at udforske deres identitet i et bredere perspektiv, hvor også andre aspekter af deres trivsel blev adresseret.



Fortrydelse og detransitionering

Der eksisterer den overbevisning, at det er meget få, der fortryder¹⁸. Ligesom nogle læger har den holdning, at vi skal acceptere, at der overbehandles. Vi skal dog også være opmærksomme på, at det er en kort tidsperiode, hvor der er behandlet et så stort antal, som de seneste år¹⁹.

De fleste studier er baseret på opfølgning kort tid efter start på behandling. Der mangler desværre studier, der er baseret på opfølgninger efter lang tids behandling, som Cass-rapporten fra 2024²⁰ også nævner under punkt 87 i rapportens anbefalinger. Vi ved reelt ikke, hvor mange som efterfølgende gennemgår en detransition eller har ønske herom. Men Cass-rapporten nævner, at der er en indikation af, at antallet er stigende.

Vi må også forvente, at der kan være store mørketal på området. Ikke alle informerer sundhedspersonalet, der har behandlet dem for kønsinkongruens medicinsk og/eller kirurgisk, om deres fortrydelse. Et peer-studie²¹ af 100 detransitionerede personer, angav hele 76%, at de ikke havde informeret deres behandlere om, at de havde detransitioneret.

Det er nødvendigt at få beskrevet, udarbejdet en vejledning og etableret et tilbud til dem, der skifter mening og dernæst ønsker at detransitionere. Det er en voldsom proces at gennemgå en detransition. Det førnævnte peer-studie af 100 detransitionerede personer, beskriver at de oplever udfordringer både identitetsmæssigt, socialt, følelsesmæssigt, manglende hjælp og støtte samt negative oplevelser med sundhedsvæsenet og udfordringer med detransfobi.

Når sundhedsvæsenet tilbyder medicinsk og kirurgisk hjælp til at transitionere, så forpligter sundhedsvæsenet sig efterfølgende til at have et tilbud til dem, der gerne vil detransitionere. Det skal beskrives og indgå i behandlingstilbuddet, ligesom det skal sikres, at patienter i behandling for kønsinkongruens er informeret om og forstår, at der er en risiko for fortrydelse, hvad det betyder, samt hvad man gør, hvis ønsket om detransition opstår.

Autistiske mennesker er i forvejen en sårbar gruppe, som har behov for, at den vejledning findes og er let tilgængelig; helt på samme måde som henvisning til udredning og behandling for kønsinkongruens.

¹⁸ [De nye kønsidentiteter og udfordringer i mødet med sundhedsprofessionelle | Ugeskriftet.dk](#)

¹⁹ [Detransition: a Real and Growing Phenomenon | SEGM](#)

²⁰ [Dr. Hilary Cass \(2024\) - The Cass Review – Final report](#)

²¹ [Littman L. \(2021\). Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners | Archives of Sexual Behavior](#)



Behandling og støtte til dem, der får afslag

Det beskrives ikke, hvilken behandling eller støtte, der tilbydes de personer, som får afslag på kønsmodificerende behandling. Det finder vi meget bekymrende.

Et afslag ændrer ikke nødvendigvis på disse menneskers ønske. Hvis der er autisme ind over, så kan personen samtidig være utrolig fastlåst i sine tankemønstre. Det betyder fx at personen kan have svært ved at forstå afslaget eller se andre muligheder end kønsmodificerende behandling; selvom der er god grund til, at personen er afvist.

Der vil være behov for terapi samt behov for anden støtte og behandling, uanset årsag til et afslag. Det skal beskrives, hvordan man sikrer, at de afviste ikke overlades til dem selv. Vi er reelt bekymrede for, at den gruppe søger medicinsk og/eller kirurgisk behandling i udlandet, eller påbegynder medicinsk transition på egen hånd uden medicinsk overvågning²².

Ansvarlig kønsmodificerende behandling

Vi mener, at mennesker der lider af kønsuhbehag, skal have den nødvendige hjælp, støtte og behandling, så denne gruppe kan opleve kongruens mellem oplevet og biologisk køn.

Samtidig er det afgørende, at der foretages en grundig og helhedsorienteret vurdering af den enkeltes behov, særligt når der er samtidige faktorer såsom autisme, sensoriske udfordringer eller psykiske vanskeligheder. Behandlingsforløb bør være baseret på evidens, tage højde for komplekse årsagssammenhænge og sikre, at den enkelte får den bedst mulige støtte til at forstå sig selv og træffe informerede valg.

Vi mener, at ethvert indgreb – socialt, hormonelt eller kirurgisk – skal ske på et oplyst grundlag, hvor alternativer og langsigtede konsekvenser nøje overvejes. Det er afgørende, at ingen føler sig presset til en bestemt løsning, og at den rette hjælp tilpasses den enkelte med respekt for både identitet og neurodiversitet. Det vil være i alles interesse at reducere sandsynligheden for fortrydelse.

²² Der er ikke ret mange tal tilgængelige for Danmark. Seneste tal stammer fra 2015. [Johansen, K. B. H., Laursen, B., Juel, K. LGBT-Sundhed. Helbred og trivsel blandt lesbiske, biseksuelle og transpersoner, Statens Institut for Folkesundhed](#)



Anbefalinger

- En speciallæge i psykiatri bør være en fast del af det multidisciplinære team – ikke kun ved særskilte differentialdiagnostiske overvejelser.
- Autismescreening bør være et standardkrav i udredningen, da autisme kan have stor betydning for patientens evne til at forstå og forholde sig til sin kønsidentitet.
- Der bør indføres et mere helhedsorienteret og forsigtigt udredningsforløb, hvor psykiske og neurodivergente faktorer vægtes lige så højt som ønsket om medicinsk intervention.
- Forsigtighedsprincippet bør være grundlaget for al behandling af børn og unge, og ingen bør modtage irreversibel medicinsk eller kirurgisk behandling, hvis der er væsentlig usikkerhed om de langsigtede konsekvenser.
- Beslutninger om organisatorisk placering af behandlingstilbud bør træffes ud fra videnskabelig evidens, ikke følelsesmæssige, ideologiske og socialpolitiske hensyn.
- Udredning og behandling af kønsinkongruens bør være forankret i psykiatrien for at sikre en evidensbaseret vurdering af komorbide lidelser.
- Der bør udarbejdes en vejledning og etableres et tilbud til dem, der ønsker at detransitionere. Dette vil sikre, at patienter, der fortryder deres kønsskifte, får den nødvendige støtte og behandling.
- Det bør beskrives, hvilken behandling eller støtte der tilbydes de personer, som får afslag på kønsmodificerende behandling. Dette vil hjælpe med at sikre, at afviste patienter ikke overlades til sig selv og får den nødvendige støtte.



Appendiks 1

Konkrettænkning og kategorisering: Autister har ofte en sort-hvid forståelse af verden. De kan have svært ved at navigere i nuancerede identitetsbegreber og kan føle, at de skal passe ind i en specifik kønslabel.

Behov for faste regler: Mange autister søger klare regler for, hvordan verden fungerer, herunder kønsroller. Hvis de bliver præsenteret for en simpel forklaring som fx "hvis du føler dig anderledes i forhold til dit køn, er du trans", kan det hurtigt blive en fast overbevisning – uden en mere åben proces omkring deres identitet og kønsforståelse.

Sen udvikling af selvforståelse: Mange autister udvikler en stærk fornemmelse af identitet senere end neurotypiske jævnaldrende. En følelse af at være anderledes kan derfor fejltolkes som kønsinkongruens, selvom det måske snarere skyldes autisme.

"Noget forskning tyder på, at unge med autisme oplever større psykisk mistrivsel, som fx depression og sensoriske udfordringer, end andre, når de har en pubertetsudvikling, der afviger fra normal pubertetsudvikling (fx tidlig eller sen start på puberteten). Den unge med autisme kan også have en følelsesmæssig udvikling og udvikling af sociale kompetencer, der ligger under deres biologiske alder. Eller de kan have en gentagelsespræget interesse for noget, der har seksuelt indhold. Det kan fx være tiltrækning til en person, optagethed af kropsdele eller en besættelse af pornografi²³".

Sensoriske udfordringer og kropslig fornemmelse²⁴: Autister oplever ofte forøget sensorisk sensitivitet, hvilket kan føre til ubehag ved kropslige forandringer under puberteten. Fx kan en autistisk pige have svært ved menstruation, bh'er eller bryster, men det betyder ikke nødvendigvis, at hun er transkønnet. Autister har også ofte en anderledes fornemmelse af deres egen krop (proprioception), hvilket kan føre til en følelse af, at kroppen er "forkert" – uden at det er kønsrelateret.

Udfordringer med sociale normer: Autister har ofte svært ved at aflæse sociale forventninger til køn. De kan føle sig anderledes eller udenfor uden at være transkønnet, nonbinær mm. – men snarere fordi de ikke forstår eller passer ind i neurotypiske kønsroller.

Social påvirkelighed og ekko af narrativer: Autister kan have en bogstavelig forståelse af de fortællinger, de møder, især online. Hvis de ser beskrivelser af kønsdysfori, kan de adoptere dem som deres egne, selvom deres udfordringer måske bunder i autisme. Mange autister og bygger identiteter online og spejler sig i små udtræk af andre autistiske menneskers liv igennem SOME²⁵.

Høj forekomst af psykiske udfordringer: Autister har en øget risiko for angst, depression, OCD og spiseforstyrrelser. Kønsdysfori kan i nogle tilfælde være et forsøg på at forklare en mere grundlæggende følelse af mistrivsel, hvilket rapporten ikke forholder sig kritisk til. Hertil er det vigtigt at notere, at særligt ved puberteten bliver forskellene mellem de to biologiske køn langt mere synlig.

²³ Citat [Autisme og seksualitet | social.dk](#)

²⁴ [Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties](#)

²⁵ [Building Community and Identity Online: A Content Analysis of Highly Viewed #Autism TikTok Videos](#)

**15507030, Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab
BUP-DK høringssvar Høringssvar kønsinkongruens
fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 61

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

19. februar 2024

Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab, BUP-DK

Høringssvar vedr. udkast til *vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens*

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab – BUP-DK - takker for muligheden for at fremsende høringssvar. BUP-DK ser klar relevans af at blive inddraget via høringssvar på vejledningen og den faglige ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens.

Da børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark aktuelt har overtaget en større andel af den højt specialiserede funktion på området (varetager HSF 14 i børne- og ungdomspsykiatri i samarbejde med HSF 39 i pædiatri) og dermed skal bidrage med ikke alene den strikte børne- og ungdomspsykiatriske faglighed, som vi hidtil har ydet, men nu også den sexologiske faglighed, som sexologerne tilknyttet voksenpsykiatrien hidtil har haft ansvaret for, ser vi som selskab en række opmærksomhedspunkter. I det følgende beskrives først generelle betragtninger til emnet hvorefter der følger specifikke kommentarer til vejledningen og den faglige ramme. Visse af disse vil givetvis være relevante for eventuelle efterfølgende udarbejdelser af behandlingsvejledninger som vi ser frem til også at modtage høringssvar på.

Først og fremmest er vi bevidste om den usikre evidens der er på området om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens hos børn og unge (Hannema 2024; Cass 2024), både hvad angår psykosociale og medicinske interventioner. Der er desuden usikkerheder angående den prædiktive værdi og stabilitet af diagnosen kønsinkongruens.

Grundlaget for behandlingen hviler primært på retrospektive og prospektive observationelle studier. En række af disse studier har vist positive effekter på trivsel, selvopfattelse og kønsinkongruens, mens andre studier ikke kan bekræfte disse effekter (se Hannema 2024).

De somatiske effekter og reversible såvel som irreversible bivirkninger er i nogen grad mere velbeskrevne (se Hannema 2024).

Med ovenstående anerkender vi den store usikkerhed der er i forhold til i hvilket omfang interventionerne på kort og især langt sigt er gavnlige og i hvilket omfang de er forbundet med bivirkninger og uønskede effekter. Dette skal balanceres overfor helbredsrisikoen ved at undlade at tilbyde psykosocial og/eller medicinsk behandling til børn og unge med kønsinkongruens. Det er således en stor opgave i dels at sikre at individer med kønsinkongruens mødes, anerkendes i deres identitetsudvikling og hjælpes i sundhedsvæsenet og at deres patientsikkerhed samtidig sikres og behandling baseres på et solidt vidensgrundlag.

Opgaven stiller store krav til lægefaglig sikkerhed for at de rigtige patienter tilbydes den rigtige behandling. I forbindelse med den faglige rammes afsnit om udredning på sygehus er der en vag definition af varighed ved kønsinkongruens hos unge. I den faglige ramme står der på den ene side (i overensstemmelse med ICD-11 hvis implementering i DK endnu ikke er kendt) at kønsinkongruens hos unge skal have været til stede i flere måneder. Det forekommer uklart hvad der præcist menes, særligt fordi den faglige ramme samtidig angiver at køn-

sinkongruens opstået i puberteten skal vurderes grundigt, da dette både kan være udtryk for en forbigående identitetsudforskning, men også være udtryk for en opblussen i en vedvarende kønsinkongruens. Selvom et konkret varighedskriterium måske ikke er muligt at opstille, ville en tydeligere anvisning for hvad der menes med grundig vurdering være en hjælp forud for afgørelse af hvorvidt der er tilstedeværelse af diagnose, samt vurdering af behandlingsindikation.

Vi ser også andre udfordringer vedrørende indikationer for medicinsk behandling. F.eks. er en af forudsætningerne i forbindelse med vurdering af diagnosen kønsinkongruens og stillingtagen til indikation for medicinsk behandling, at uoverensstemmelsen mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet er knyttet til en grundlæggende identitetsdannelse, hvilket er en vanskelig vurdering at varetage. Den faglige ramme definerer at kriterierne for diagnostisk afgørelse og behandlingsmæssig stillingtagen af det multidisciplinære team (MDT) skal omfatte en vurdering af hvorvidt behandlingen vil kunne øge livskvaliteten/funktionsniveauet eller forebygge fald i livskvaliteten ved pubertetsudvikling i retning af det fødselstildelte køn, og at de mulige skadevirkninger ved at behandle er mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle. Vi ser her en vanskelig opgave, qua den begrænsede forskning på området, hvilket gør behovet for øget national forskning meget klar.

Angående informeret samtykke anbefaler vejledningen at den mundtlige information forud for samtykke til behandling suppleres med skriftlig information. BUP-DK anbefaler at det skriftlige informationsmateriale udarbejdes i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, så der er overensstemmelse mellem den borgerrettede information og den information der gives i klinikken. BUP-DK respekterer den 15-17-åriges ret til selv at samtykke, også i fald forældrene ikke vil give samtykke til behandling, men vi finder at det fra et etisk og patientsikkerhedsmæssigt perspektiv er en vanskelig opgave at vurdere hvorvidt den 15-17-årige er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen.

Der er relativt velkendte effekter og bivirkninger af den medicinske behandling fra andre behandlingsområder i pædiatrien, men der er usikkerhed om især langtidseffekterne ved kønsinkongruens. Lande vi sammenligner os med, er i stigende grad præget af en mere polariseret tilgang til behandlingsområdet, hvor visse lande er begyndt at tilbyde medicinsk behandling i langt lavere omfang end tidligere mens andre fortsat er mindre tilbageholdende. Dette afspejles også i forskellig tilgang til de internationale guidelines på området. Dette faglige område er i høj grad også under indflydelse af megen holdings- og værdibaseret tilgang og bærer tydeligt præg af at være et kontroversielt emne med politiske bevågenhed. Det er derfor vigtigt for BUP-DK at Sundhedsstyrelsen, som det fremgår af den faglige ramme, engagerer sig fremadrettet i tæt opfølgning på området.

Beskrivelsen af den psykosociale støtte i kommunerne fremstår urealistisk. Det er usandsynligt at det lettilgængelige tilbud vil kunne rumme en specifik indsats rettet mod kønsinkongruens, medmindre en omfattende videreuddannelse finder sted. Ligeledes er det tvivlsomt at psykisk mistrivsel som er direkte associeret med kønsinkongruens kan behandles effektivt (rum til refleksion og rådgivning) i det lettilgængelige kommunale tilbud, medmindre der er kvalificeret hjælp til det i kommunen. Der bør i den sammenhæng være mere klarhed over arbejdsfordeling mellem regioner og kommuner. Der mangler også mere konkret vejledning

til hvad den psykosociale støtte mere præcist skal omfatte, og der mangler forskning som kan vejlede også ift social transition (Cass 2024).

I den faglige ramme understreges det at der *ikke* er tale om en behandlingsvejledning. Vi anbefaler at de eksperter der indgår i MDT bør stille mod at udarbejde mere konkrete vejledninger for visitation, udredning og behandling på børne- og ungeområdet. I den faglige ramme fremgår det at Sundhedsstyrelsen fortsat vil følge udviklingen tæt, herunder aktivitet, faglig udvikling, uddannelse, behandling og forskning. Dette bakker BUP-DK naturligvis op om.

Mht. uddannelse, så har sexologi en begrænset plads i den nuværende speciallægeuddannelse i børne- og ungdomspsykiatri. Den faglige ramme kunne med fordel adressere dette forhold, idet ikke kun speciallæger i den højtspecialiserede funktion, men også speciallæger der varetager almen børne- og ungdomspsykiatri bør have bedre kendskab til kønsinkongruens hos børn og unge ift. vurdering af betydning for mentalt helbred, samt mulig indikation for henvisning til HSF 14.

Mht. forskning er det vigtigt for BUP-DK at Sundhedsstyrelsen følger de aktiviteter der er gået i gang i tilknytning til den nye organisering af HSF 14, hvor der i samarbejde med HSF 39 i pædiatri, samt sexologerne og Center for Kønsidentitet er opstartet forskningsprojekter og nye er under opbygning, herunder samarbejde med internationale forskningsgrupper.

Tekstnære kommentarer

Vedrørende vejledningens 5.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for behandling hos børn og unge

- I vejledningen side 22 står bl.a. følgende:
 - *"Omvendt vil udskudt behandling kunne medføre langvarige fysiske og psykosociale skadevirkninger ved en uønsket pubertetsudvikling i retning af fødselstildelt køn."*

Kommentar

- BUP-DK finder det relevant at bemærke at der mangler studier som kan be- eller afkræfte at en sådan pubertetsudvikling i sig selv er skadelig.

Vedrørende vejledningens 1-7 kriterier for lægefaglig indikation for medicinsk behandling, side 22:

1. Diagnosen kønsinkongruens kan stilles på baggrund af de diagnostiske kriterier i ICD-11.
Side 22:

Kommentar:

- BUP-DK finder det relevant at bemærke at der mangler studier som redegør for den prædiktive værdi af diagnosen kønsinkongruens ift fortsat kønsinkongruens i voksenalder. Vejledningen bør så vidt muligt redegøre for hvilke faktorer, der påvirker hvorvidt en kønsinkongruens forbliver stabil eller ej for bedre at kunne guide en klinisk beslutningstagning.

2. Barnets/den unges oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse. Side 22:

Kommentar:

- Vejledningen bør redegøre for hvorvidt man bedst kan differentiere den kausale sammenhæng mellem kønsdysfori/kønsinkongruens og psykiatriske tilstande hos børn, herunder hvorledes dette konkret skal gøres i klinisk praksis.

3. Det forventes, at den medicinske behandling vil hjælpe barnet til bedre trivsel og livskvalitet og/eller forebygge udvikling af psykisk mistrivsel. Side 22:

4. De forventede fordele ved medicinsk behandling overstiger de mulige skadevirkninger ved behandlingen. Side 22:

5. De mulige skadevirkninger ved at behandle er mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle. Side 22:

Kommentar:

- BUP-DK ønsker at man i betydeligt højere grad uddyber og specificerer de tre ovenstående kriterier, herunder hvordan man konkret skal differentiere i behandlingstilgang vedrørende forskellige patientgrupper. Det vil være ønskeligt at vejledningen uddyber hvordan man kan lave en konkret klinisk afvejning vedrørende proportionalitet af de tre ovenstående kriterier, når evidensen for kønsmodificerende behandling er begrænset og vidensgrundlaget for at vurdere risiko for potentielle bivirkninger ligeledes er begrænset. Vejledningen bør i højere grad redegøre for viden om kendte bivirkninger og overvejelser om potentielle langsigtede bivirkninger til behandlingen med henblik på at sikre at patienten sikres veloplyst grundlag for beslutningstagning.

6. Barnet/den unge er i stand til at følge behandlingen med støtte fra familie eller nære relationer. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen. Side 22:

Kommentar

- BUP-DK finder det hensigtsmæssigt at vejledningen uddyber hvorledes man forholder sig til forældre, der kan være bekymrede og uenige i deres barns ønske om behandling ved kønsinkongruens.

7. Barnet/den unge forstår konsekvenserne af behandlingen. Al medicinsk behandling af børn og unge under 15 år i forbindelse med behandling af kønsinkongruens kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere. Da behandling med krydshormon giver irreversible forandringer, er det selvstændige samtykke til behandling centralt. Derfor skal børn og unge være fyldt 15 år før igangsættelse af behandling med krydshormoner medmindre det, for det enkelte barn eller unge, vurderes sundhedsfagligt uforvarligt at vente med igangsættelse af behandlingen. Side 22:

Kommentar:

- BUP-DK finder det relevant at understrege at der må kræves massiv og løbende opdateret information som grundlag for at barnet/ den unge og forældre kan forstå konsekvenserne af en behandling hvor beslutningsgrundlaget selv for fagpersoner aktuelt er begrænset. Vejledningen bør redegøre for hvorvidt det kan vurderes om et barn har tilstrækkelig kognitiv kapacitet, modenhed og livserfaring til at kunne træffe beslutninger om behandling.
- Vejledningen bør endvidere uddybe hvorledes personer der stopper og fortryder deres behandling skal støttes fremadrettet.

På vegne af BUP-DK

Dorte Linde-Bech, Nina Tejs Jørring, Mette Krantz, Pia Jeppesen og Lasse Sørensen

Referencer:

Hannema SE, Busiah K, Butler G, Claahsen-van de Grinten HL, Cools M, Gawlik-Starzyk AM, Klink D, Main KM, Martinerie L, Richter-Unruh A, Skordis N, de Vries MC. Endocrine management of transgender and gender diverse adolescents: expert opinion of the ESPE Working Group on Gender Incongruence and the Endo-ERN main thematic group on Sexual Development and Maturation. Horm Res Paediatr. 2024 Dec 2;1-41. doi: 10.1159/000542904. Epub ahead of print. PMID: 39622214.

Cass H. The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people: Final report [Internet]. 2024. Available from: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

**15507027, Foreningen for Støtte til Transkønnede
Børn FSTB høringssvar på vejledning og faglig
ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 60

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Høringssvar

Vejledning og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Vejledning om sundhedsfaglig hjælp

I FSTB er vi glade for at se den grundige og gennearbejdede vejledning og faglige ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens. Vi er særligt glade for at se den professionelle og fagligt ansvarlige tilgang til emnet. Denne udgave af faglige ramme er i højere grad end den forrige opmærksom på målgruppens mangfoldighed og behovet for det gode behandler-patient-samarbejde. Vi er glade for den inkluderende, respektfulde og værdige tone vejledningen er skrevet i.

I kontrast til den øvrige del af vejledningens standard, finder vi det dog bekymrende med den foreslåede venten for en eventuel behandling med krydshormoner til efter patienten er fyldt 15. Det er reelt en tilsidesættelse af sundhedsloven uden væsentlig begrundelse, da en given behandling først kommer på tale, hvis der er tungtvejende grunde til det og de opvejer en risiko for eventuelle bivirkninger. At udsætte behandlingen kan have fatale konsekvenser for unge med alvorligt kønsligt ubehag. Her virker det ude af proportioner at vente med behandlingen af frygt for den meget lille risiko, der er for patienten vil få æstetiske betænkeligheder ved dens resultat eller oplever andre bivirkninger [1].

Rammer for sundhedsfaglig hjælp

Det er glædeligt at den sundhedsfaglige hjælp til udredning og behandling ved kønsinkongruens omfattes af det frie sygehusvalg. Det er dog for børn og unges vedkommende ikke meget værd, når der blot er ét sygehus at vælge imellem. Det anbefales at bemærke i vejledningen at specialeplanen skal sikre lighed i sundhed ved geografisk at tilbyde behandlingen i mere end en region. Dels for at sikre adgangen for målgruppen, imødekomme socioøkonomiske barrierer ved dagsrejser for periodisk behandling, men også at give mulighed for en "second opinion", i de tilfælde hvor en enkelt lægefaglig vurdering ikke er nok eller rammende for patientens situation [2]–[4].

Det er særligt positivt at vejledningen baseres på ICD-11, der for dette emne, er opdateret til nyeste viden og kliniske erfaring. Ikke mindst i anerkendelse med målgruppens mangfoldighed. Det er derfor også glædeligt at den faglige ramme forholder sig til køn og køns karakteristika på en mere inkluderende og mindre firkantet binær måde end tidligere. Det er FSTBs erfaring at målgruppen for rådgivning, udredning og eventuelt kønsbekræftende behandling er langt mere kompleks og sammensat end den tidligere vejledning lagde op til. Vi bemærker dog at der stadig er patienter i målgruppen, som har sundhedsfaglige ønsker og behov som ikke kan lade sig gøre med denne vejledning. Det drejer sig blandt andet om personer, der ikke ønsker et fuldkomment binært kønsudtryk, men stadig ønsker sundhedsfaglig hjælp til behandling af kønsligt ubehag [5].

Vi værdsætter at den faglige ramme præciserer at den ikke kan bruges til at afgøre juridisk kønsskifte og at dette udelukkende bør være en bureaukratisk øvelse uden lægefaglig godkendelse.

Organisering

Vi kan godt bekymre os om kommunernes tilbud om psykosocial støtte ved psykisk mistrivsel, er tilstrækkeligt klædt på til at håndtere personer med kønsidentitetsforhold som årsag til mistrivsel. Vi mener, at vejledningen skal tydeliggøre at kommunernes tilbud om psykosocial støtte ikke bør anvendes til afklarende forløb vedrørende kønsidentitet, men udelukkende anvendes til de typer af mistrivsel de er tiltænkt.

Ved behandling for øvrige sundhedsfaglige forhold, er vi glade for rammen og vejledningens bemærkninger om at tilrettelægge de sundhedsfaglige forløb med respekt for hinanden. Til det bør bemærkes at tilrettelæggelsen i videst muligt omfang, skal understøtte parallelle forløb, så den ene behandling ikke forhindrer den anden.

Behandling af børn og unge

Psykosocial støtte

Det bemærkes, at det kommunale tilbud, muligvis ikke er tilstrækkeligt informeret om kønsidentitetsforhold til at varetage psykosocial støtte til sundhedssøgende, hvor mistrivsel bundet i et misforhold, mellem det oplevede og tildelte køn. Det anbefales derfor at supplere den psykosociale støtte med henvisning til privatpraktiserende psykologer med særligt kendskab og tilgang til kønsidentitetsforhold som beskrevet i WPATH Standards of Care version 8 [6]. Ved henvisning til psykosocial støtte uden for det højt specialiserede behandlingstilbud bør der udvises særlig agtpågivenhed for politisk motiveret terapi eller praksis, der bundet i fordomme og ganske almindelig uvidenhed, med det formål at afvæne den unge sit ønske om at udtrykke et givent køn [7], [8]. En sådan praksis vil forværre den unges mentale helbred, ødelægge dens tillid til sundhedsvæsenet og øge risikoen for selvskade og selvmord [7].

Henvisning

Det bør tilføjes at personer, der tilbagehenvises grundet for kort varighed, skal oplyses om muligheden for genhenvisning ved en forværring af det kønslige ubehag eller efter en vis mængde tid er gået, og varigheden derfor ikke længere er for kort.

Udredning

Det er gavnligt og glædeligt at der i udredningskriterierne ikke automatisk lægges op til at afvise behandling af personer, der først i teenageårene har fundet et sprog eller modet til at tale om kønsidentitet og søge hjælp for det kønslige ubehag. Det har tidligere været tilfældet, at en stor del af de unge, som søgte sundhedsfaglig hjælp bliver afvist med begrundelsen, at de burde have efterspurgt den før teenageårene, hvis de skulle i betragtning til den. Grundet dette har mange af de unge, der ikke kunne få den nødvendige hjælp i det sundhedsfaglige tilbud i Danmark, været nødsaget til at opsøge sundhedsfaglig hjælp på egen hånd i private klinikker i udlandet [9]. Med denne historik ser vi i FSTB et behov for at tydeliggøre det i vejledningen, at et varigt og vedholdende ønske om sundhedsfaglig hjælp, godt kan starte med at komme til udtryk i teenageårene.

Det er positivt at udviklingsforstyrrelser og neurodiversitet heller ikke automatisk bliver betragtet som kontraindikationer for behandling, men derimod kræver særlig opmærksomhed og et mere tilpasset udredningsforløb.

At indhente patientens samtykke til behandling er naturligt og glædeligt. Det er dog ikke nødvendigt at vente til den unge bliver 15 for at indhente et sådan selvstændigt samtykke. Sundhedsloven er meget klar på dette punkt og giver jf. §14 og §17 den unge mulighed for sammen med forældremyndighedsindehaver at give samtykke til behandling [10]. Særligt, da en behandling med krydshormoner er langt mindre indgribende og har væsentligt færre irreversible bivirkninger end megen anden behandling, der tilbydes i sundhedsvæsenet, hvor sundhedsloven ikke bliver tilsidesat [11]. Det anbefales således blot at henvise til sundhedsloven omkring indhentelse af patientens samtykke, da en arbitrær begrænsning på alder kan være i strid med dansk lovgivning og menneskerettighedskonventioner [12].

Behandling

Der foreligger mange års erfaringer for de positive effekter på det mentale og fysiske helbred at modtage velordineret og relevant sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold [1], [13]–[16]. Samtidigt foreligger der endnu flere års erfaringer med de negative konsekvenser ved ikke at modtage den nødvendige sundhedsfaglige hjælp i tide [17]–[21]. En udeladt behandling er, for den unge, også en intervention og bør iagttages med samme omhu som en igangsat behandling [22]. Det anbefales således at bemærke i rammens afsnit om behandling, at det multidisciplinære team nøje følger patienter, der af den ene eller anden årsag er nødsaget til at vente med en behandling, for at sikre at den udeladte eller forsinkende behandling ikke medfører alvorlige følgevirkninger og forværring af den generelle sundhedstilstand.

At behandlingen skal tilrettelægges således at den starter med det mindst indgribende før mere omfangsrige indgreb, stemmer ikke overens med at øvre kirurgi ikke tilbydes unge under 18. For nogle patienter der udelukkende ønsker øvre kirurgi, bliver hormonterapi nemlig et ekstra trin, for at opnå den sundhedsfaglige hjælp der er relevant for dem. Udelukkende at tilbyde øvre kirurgi til den del af målgruppen vil spare dem for en hormonterapi, som kunne være undgået. Det anbefales således at sidestille øvre kirurgi ved kønsidentitetsforhold med øvrige nødvendige kirurgiske indgreb, der tilbydes unge under 18 efter behørig udredning ved det multidisciplinære team.

- [1] K. R. Olson, G. F. Raber, and N. M. Gallagher, "Levels of Satisfaction and Regret With Gender-Affirming Medical Care in Adolescence," *JAMA Pediatr.*, vol. 178, no. 12, pp. 1354–1361, Dec. 2024.
- [2] S. G. Kjeld, L. A. S. Brautsch, D. L. Svartá, A. F. Hansen, S. Andersen, and D. Danielsen, "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet," Sundhedsstyrelsen, København, Apr. 2022.
- [3] B. Bjerger, U. Juul Jensen, and J. Olsen, "Ulighed i sundhed," *Tidsskr. Forsk. i Sygd. og Samf.*, vol. 18, no. 35, 2021.
- [4] S. J. Gridley *et al.*, "Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth," *J. Adolesc. Heal.*, vol. 59, no. 3, 2016.
- [5] J. K. Hodax and S. DiVall, "Gender-affirming endocrine care for youth with a nonbinary gender identity," *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, vol. 14. 2023.
- [6] E. Coleman *et al.*, "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8," *Int. J. Transgender Heal.*, vol. 23, no. sup1, pp. S1–S259, Aug. 2022.
- [7] S. Verdoner, "»Omvendelsesterapi« rettet mod unge LGBT+-personer – en ny nordisk forbrydelse?," *Nord. Tidsskr. Kriminalvidenskab*, vol. 109, no. 4, 2022.
- [8] B. Følner, I. K. Sommer, R. T. Jensen, and A. V. Schørring, "»Omvendelsesterapi« Viden om udbredelse og karakter i Danmark - med blik til udlandet," København K, 2021.
- [9] A. D. Højgaard, M. L. Pop, and M. Rodrigo Domingo, "HP-2-2 Self-Medication Among Transgender and Gender Non-Conforming Individuals Admitted to a Danish Public Gender Identity Center (CGI)," *J. Sex. Med.*, vol. 17, no. Supplement_2, 2020.
- [10] "Sundhedsloven." [Online]. Available: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2024/1015>. [Accessed: 16-Feb-2025].
- [11] K. R. Wøjdemann and U. S. Kesmodel, "Diskriminerer sundhedsloven ved at kræve særligt samtykke ved provokeret abort, sterilisation og fertilitetsbehandling?," *Ugeskr. Læger*, vol. 178, no. 10, p. 935, May 2016.
- [12] "Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, Artikel 8." [Online]. Available: <http://echr.dk/konventionen-og-tillaegsprotokoller/den-europaeiske-menneskerettighedskonvention/#artikel8>. [Accessed: 27-Aug-2024].
- [13] G. R. Bauer, A. I. Scheim, J. Pyne, R. Travers, and R. Hammond, "Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: A respondent driven sampling study in Ontario, Canada Health behavior, health promotion and society," *BMC Public Health*, vol. 15, no. 1, Jun. 2015.
- [14] S. E. E. Schagen, P. T. Cohen-Kettenis, H. A. Delemarre-van de Waal, and S. E. Hannema, "Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Treatment to Suppress Puberty in Gender Dysphoric Adolescents," *J. Sex. Med.*, 2016.
- [15] P. T. Cohen-Kettenis *et al.*, "Puberty Suppression in a Gender-Dysphoric Adolescent: A 22-Year

Follow-Up," *Arch Sex Behav*, vol. 40, pp. 843–847, 2011.

- [16] C. M. Wiepjes *et al.*, "The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets," *J. Sex. Med.*, vol. 15, no. 4, pp. 582–590, Apr. 2018.
- [17] L. Engel, I. Majmudar, C. Mihalopoulos, M. A. Tollit, and K. C. Pang, "Assessment of Quality of Life of Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents in Melbourne, Australia, 2017–2020," *JAMA Netw. Open*, vol. 6, no. 2, p. e2254292, Feb. 2023.
- [18] R. K. Simonsen, G. M. Hald, E. Kristensen, and A. Giraldi, "Long-Term Follow-Up of Individuals Undergoing Sex-Reassignment Surgery: Somatic Morbidity and Cause of Death," *Sex. Med.*, vol. 4, no. 1, pp. e60–e68, 2016.
- [19] A. Pullen Sansfaçon *et al.*, "The experiences of gender diverse and trans children and youth considering and initiating medical interventions in Canadian gender-affirming speciality clinics," *Int. J. Transgenderism*, vol. 20, no. 4, 2019.
- [20] A. Pullen Sansfaçon, D. Medico, D. Riggs, A. Carlile, and F. Suerich-Gulick, "Growing up trans in Canada, Switzerland, England, and Australia: access to and impacts of gender-affirming medical care," *J. LGBT Youth*, vol. 0, no. 0, pp. 1–19, 2021.
- [21] G. R. Bauer, M. L. Lawson, and D. L. Metzger, "Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of 'Rapid Onset Gender Dysphoria'?", *J. Pediatr.*, vol. 243, no. 0, pp. 224–227.e2, Apr. 2022.
- [22] J. Taylor, R. Hall, T. Langton, L. Fraser, and C. E. Hewitt, "Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: A systematic review," *Arch. Dis. Child.*, 2024.

**15507025, Netværksgruppen Kvinderettigheder
høringssvar vedr. Vejledning om sundhedsfaglig
hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfagli**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 59

Brevdato:

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



23. februar 2025

Høringssvar

'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Gruppen for Kvinderettigheder ("Kvinderettigheder") er en netværksgruppe af kvinder med et fælles mål om at beskytte kvinders rettigheder og alle borgeres tanke- og ytringsfrihed, samt sikre, at børn og unge med problemstillinger ift. kønsidentitet har adgang til evidensbaseret behandling. Vi overvejer at danne en forening i løbet af 2025.

Kvinderettigheder vil gerne byde ind med flere etiske overvejelser, samt gøre indsigelse mod flere aspekter af Sundhedsstyrelsens (herefter "SST") oplæg på den faglige ramme og på vejledningen (begge herefter samlet omtalt som "vejledningen") med afsæt i disse overordnede perspektiver:

1. Vejledningen bærer i høj grad præg af at bygge på ideologisk anskuelse.
2. Det er en filosofisk og ideologisk betragtning, hvorvidt et menneske kan "skifte køn" vha. følelsesmæssig, social, medicinsk eller kirurgisk intervention, idet det er en biologisk umulighed.
3. De børn, unge og voksne, der henvender sig med kønsidentitetsproblemer, har grundlæggende en rask og velfungerende krop.
4. Der er en stor overvægt af piger og unge kvinder blandt dem, der ønsker at distancere sig fra deres krop og køn, og ønsket kan udspringe af eksterne omstændigheder.
5. Der er forældre, der ønsker, at deres børn modtager en behandling, som beror på et evidensbaseret grundlag, og ikke på ideologiske eller aktivistiske organisationers indblanding.
6. I udlandet ser vi et stigende antal unge mennesker, der har fortrudt social, medicinsk eller fysiologisk "kønsskifte", og flere af dem må leve med irreversible eftervirkninger.



7. Det har negative konsekvenser for piger og kvinder, når offentlige institutioner udbreder betragtningen om, at kvindekønnet er en socialkonstrueret befolkningsgruppe, som mænd kan identificere sig ind i.
8. Den fireårige systemiske undersøgelse af grundlaget for det engelske sundhedssystems behandlingstilbud på området, The Cass Review, har konkluderet, at der var bemærkelsesværdigt svagt belæg for medicinsk behandling af kønsinkongruens hos børn og unge. Rapporten anbefaler i stedet at anlægge en holistisk, udforskende tilgang og fraråder hormonbehandling til personer under 18 år.



Indholdsfortegnelse

Høringssvar.....	1
Indholdsfortegnelse.....	3
Vejledningen bærer i høj grad præg af en ideologisk anskuelse.....	4
Vejledningen bygger på WPATHs tvivlsomme evidens.....	4
Fysisk vs. psykisk lidelse.....	4
Ændring af kønsdysfori-diagnosen til kønsinkongruens ifølge ICD.....	5
Ideologiske repræsentanter i arbejdsgruppen.....	5
Kritik af valget om den bekræftende tilgang.....	5
Problemer med kønsidentitet som behandlingsfundament.....	6
SST validerer og fastholder regressive kønsroller.....	7
Homoseksualitet og køns-nonkonformitet.....	8
Vejledningen bør bero på evidens, ikke på ideologi.....	10
Kønsskifte bør anerkendes som en biologisk umulighed.....	10
Vejledningen inddrager ikke konklusionerne fra The Cass Review.....	11
De svenske myndigheder har forbehold overfor hormonbehandling.....	12
Henvisning til og reklame for civilsamfundsorganisationer.....	13
Social transition er ikke en neutral intervention.....	13
Omgivelserne pålægges at være aktive aktører i behandlingsplanen.....	14
Inddragelse af forældreperspektiver.....	14
Pubertetsblokkere er ikke en reel pauseknap.....	15
Indflydelse fra online miljøer.....	16
Stigning i antallet af piger og unge kvinder med kønsuhbehag.....	17
Informeret samtykke.....	17
Børn, unge og voksne med kønsidentitetsuoverensstemmelse har grundlæggende en rask og velfungerende krop.....	19
Tilbud om ikke-medicinsk og ikke-kirurgisk behandlingsforløb.....	19
Terapeutisk tilbud til dem der afvises.....	19
Detransitioners.....	20
Opsummering.....	21
Gruppen for Kvinderettigheder anviser flg. ændringer.....	21



Vejledningen bærer i høj grad præg af en ideologisk anskuelse

Vejledningen bygger på WPATHs tvivlsomme evidens

I vejledningen anføres det, at der kun foreligger sparsom evidens vedrørende langtidseffekterne af medicinsk behandling af kønsinkongruens hos børn og unge. Det er problematisk at vejledningen lægger sig entydigt op ad WPATH 8, da der gennem længere tid sået tvivl om WPATHs guidelines, arbejdsmetoder og ideologiske grundlag, se *The WPATH Files*¹

Risici for irreversible skadevirkninger ved medicinsk behandling anerkendes i vejledningen. Disse er konkrete og nærliggende, mens risiko for psykisk forværring ved at afstå fra denne behandling er teoretisk. Alligevel anbefales behandling.

Disse forhold strider mod "primum non nocere"-princippet, der er helt centralt i medicinsk etik - specielt, når der er tale om børn og unge, der umuligt kan forestille sig og vurdere de fulde og komplekse langtidskonsekvenser af en risikofyldt medicinsk behandling baseret på sparsom evidens

Fysisk vs. psykisk lidelse

Det er meget bekymrende, at vejledningen bruger en ideologisk tilgang til kønsidentitetsproblemstillinger, og ikke en lægevidenskabelig tilgang, når det drejer sig om behandling af børn, unge og voksne i psykisk mistrivsel. Trods mistrivsel har patienterne grundlæggende raske og velfungerende kroppe. Helt grundlæggende bør kønsinkongruens derfor betragtes som en psykisk lidelse og ikke en fysisk lidelse.

Vejledningen bør betragte ubehag og dysfori af ens køns karakteristika som en psykisk lidelse.

¹ Mia Hughes, The WPATH Files, 4/3/24: <https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files>



Ændring af kønsdysfori-diagnosen til kønsinkongruens ifølge ICD

Kønsdysfori har tidligere været defineret som en psykiatrisk lidelse i ICD-10, men den definition er man gået bort fra efter politisk pres fra interessegrupper i ICD-11. Vi er vidende om, at den tidligere behandlingsvejledning ikke definerede kønsidentitetsproblemer som en psykiatrisk lidelse, men man fulgte dog ICD-10 diagnosekriteriet om kønsligt ubehag. Den er så forsvundet som kriterium ved diagnosen kønsinkongruens i ICD-11. Vi spørger: Hvis det ikke er en fysisk sygdom, og det heller ikke er en psykisk lidelse, hvorfor skal SST så yde medicinsk behandling? Er der overhovedet grundlag for behandling ifølge sundhedsloven? Ud fra kriterierne i ICD-11 ser det ud til, at behandling til modifikation af kønskarakteristika kun kan defineres som kosmetisk.

Derudover; når behandlingstærsklen kun er "uoverensstemmelse" og ikke "kønsligt ubehag", sænkes tærsklen for behandlingsgrundlaget væsentligt, og man sygeliggør dermed følelser eller tanker, der er helt almindelige hos unge i puberteten, samt hos personer, der falder uden for samfundets kategorisering af "manderoller" og "kvinderoller".

Ideologiske repræsentanter i arbejdsgruppen

Det er problematisk, at man i arbejdsgruppen har inkluderet hele tre repræsentanter fra to særdeles ideologiske foreninger, nemlig LGBT+ Danmark og Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn, når sundhedsbehandling i det offentlige skal og bør bero på et videnskabeligt og evidensbaseret grundlag. Ingen af disse repræsentanter har medicinsk baggrund, og man må formode, at de er præget af både personlig og ideologisk bias. Det er især bekymrende, at den eneste med juridisk kompetence i arbejdsgruppen repræsenterer LGBT+ Danmark. Denne repræsentant må efter vores mening være uegnet til at give uafhængig og ikke-ideologisk juridisk vejledning.

Vejledningen bør alene være baseret på uafhængig juridisk vejledning fra ikke-ideologiske aktører.

Kritik af valget om den bekræftende tilgang

Vejledningens overordnede tilgang er, at man skal behandle alle, der formodes at have en varig kønsidentifikations-uoverensstemmelse. Med andre ord skal patienter "bekræftes" i deres opfattelse af, at deres krop er en begrænsende faktor for deres livsudfoldelse, og at deres ubehag kan fjernes ved at modificere kroppen. Når SST tilvælger den "bekræftende" tilgang, betyder det, at patienter går glip af den almindelige, udforskende tilgang, hvor man prøver at finde roden til mistrivlsen, og hvor



man udfordrer patienternes forestillinger om sig selv. Der findes ingen anden patientgruppe, hvor man bruger denne "bekræftende" tilgang.

Nedenstående skema viser, hvordan SSTs vejledning skiller sig ud:

Udsagn	Bekræftende tilgang	Udforskende tilgang
"Jeg er for tyk" (anoreksi)		x
"Jeg er forfulgt" (vrangforestillinger)		x
"Verden ville være bedre uden mig" (suicidaltanker)		x
"Mine arme er for lange" (kropsdysmorf�)		x
"Jeg er født i den forkerte krop" (kønsdysfori)	x	

Vejledningen bør i stedet lægge op til et behandlingsforløb, hvor hverken læger, myndigheder, forældre eller familie bekræfter patienten i, at der er noget galt med dennes krop. I stedet bør behandlingsforløbet hjælpe patienten med at udforske roden til k nsubehaget, samt hjælpe med at bryde forestillingen om, at patientens kønnede krop i sig selv skulle begrænse mulighederne for social livsudfoldelse.

Vejledningen b r understøtte, at patientens krop ikke er problemet.

Problemer med kønsidentitet som behandlingsfundament

Vejledningen forholder sig ikke til, at den ibrugtagne terminologi udspringer af ideologisk tankegods og ikke af lægevidenskaben. Definitionen af "kønsidentitet" er "*den enkelte persons indre og individuelle oplevelse af sit køn*". Men hvordan er dette forskelligt fra personlighed? Hvordan er det forskelligt fra vrangforestillinger? Hvorfor *skal* denne individuelle oplevelse matche det fysiske køn? Hvorfor må det ikke være forskelligt? Hvordan ved man, om det matcher eller ej? Kan et deraf afledt ubehag ikke behandles kognitivt? Hvorfor er l sningen, at kroppen skal omformes? Hvorfor skal man ikke hjælpe patienten med at føle sig hjemme i sin raske og sunde krop? Kunne man derved ikke undgå, at patienter bliver livslange forbrugere af irreversibel hormonbehandling med skadelige bivirkninger? Findes der en diagnostisk test for at be- eller afkræfte denne individuelle oplevelse?



Overlæge på Sexologisk Center i Aalborg, klinisk lektor Astrid Højgaard, har i et notat udtalt, at *“det eneste vi har at arbejde med, er de udtalelser, mennesker kommer med, n r de kommer hos os”*. Det vil sige, at det eneste redskab er subjektive fort lkninger, som meget let kan påvirkes af omgivelserne. Vi finder dette meget bekymrende.

SST validerer og fastholder regressive kønsroller

Vejledningen er baseret på den betragtning, at SST skal hjælpe patienter med at omforme deres kroppe, hvis de oplever et ubehag over de kønslige kendetegn, som deres krop har. Det er meget problematisk, at SST helt grundlæggende opfordrer og foranlediger patienter til at dissociere sig fra deres kroppe.

Ved at foranstalte denne omforming bekræfter SST børn, unge og voksne i, at deres køn og krop foranlediger en forudbestemt rolle i samfundet, og at deres køn og krop sætter begrænsninger for, hvordan de må udfolde sig i samfundet.

SST b r i stedet hjælpe børn, unge og voksne med at forstå, at man gerne må udtrykke sine naturlige interesser, i den krop man allerede har. Det er ikke kroppen, der er problemet; det er de kønsroller, som samfundet tilskriver begge køn. Ved at lade disse kønsroller være *“rettesnor”* for behandlingen, er SST netop medvirkende til at opretholde og validere kønsrollerne.

Det er problematisk, at en s  subjektiv og flyvsk betegnelse som, *“den enkelte persons indre og individuelle oplevelse af sit køn”* skal ophøjes til at være udslagsgivende for behandling, når denne i sagens natur kun opstår, når vi sammenligner vor egen rolle med de kønsroller, som vores samfund traditionelt opstiller. Men en offentlig sundhedsmyndighed har ikke til opgave at validere sociale, ofte regressive, roller.

Vi vurderer, at ved at bekræfte *“kønsidentitet”* agerer SST både sexistisk og homofobisk. Diagnosen *“k ninkongruens”* validerer ideen om, at mænd skal opføre sig maskulint, og kvinder skal opføre sig feminint. Den gammeldags *“g r du i bukser? Prøv du at være en mand?”* er blevet til den *“progressive”* *“g r du i bukser? S  må du være en mand!”*, lige så vel som *“leger du med dukker? Er du en pige, eller hva’?”* er blevet til den *“progressive”* *“du leger med dukker - s  må du være en pige!”*.

Hvad nu hvis man sagde; en mand er bare et menneske, hvis krop er organiseret omkring produktionen, opbevaringen og afgivelsen af sædceller. En mand kan være maskulin, feminin eller neutral? En mand kan gå i kj le, bære makeup, have langt h r og gå i høje hæle? Ligesom en dreng kan gå i prinsessekj ler, have veninder, være *“mor”* i *“far, mor og børn”* og lege med dukker? Hvis vi som samfund arbejder for, at mandek nnet kan rumme alle drenge og mænd, også dem, der ikke følger de typiske kønsstereotyper, s  har vi en hel patientgruppe, der kan undgå livslang medicinsk



behandling. T nk, hvor kunne vi frisætte mandek nnet! Samme tankegang gælder naturligvis for kvinder.

I vejledningen ligger det implicit, at behandlingens succeskriterium er, hvorvidt andre mennesker, også fremmede, ser patienten som det køn, denne gerne vil imitere, frem for det køn, patienten er. Det vil sige, om man "passerer". Men behandlere skal ikke opfordre patienter til at søge deres eksistensberettigelse bekræftet fra andre mennesker.

Vejledningen b r undersøge patientens opfattelse af kønsroller, samt inddrage terapeutiske redskaber til, at patienten finder bekræftelse i sig selv, og ikke kun hos omverdenen.

Homoseksualitet og køns-nonkonformitet

Det er problematisk, at vejledningen lægger op til, at k nsnonkonformitet er indikator for et behandlingsgrundlag. Nonkonformitet indenfor kønsudtryk ses ofte hos børn og unge, der senere i livet viser sig at være homoseksuelle. At være k nsnonkonform eller at være homoseksuel er ikke sygeligt, og det kræver hverken social, medicinsk eller kirurgisk behandling. Men som enkeltindivid kan det være svært at finde sig til rette i et samfund med meget opdelt kønsroller og kønsudtryk, hvor der kigges skævt til nonkonformitet og nogle gange også til homoseksualitet. Derfor kan børn og unge føle, at de ikke passer ind, fordi de oplever, at de ikke ligner de andre drenge og piger. De oplever, at de er fanget i samfundets forventninger til deres opførsel og 'k nsm essige' fremtræden. I den situation kan det for både børn, unge og voksne være nærliggende fejlagtigt at konkludere, at problemet kan l ses ved at "løsrive" sig fra sit køn.

Vejledningen tager heller ikke højde for, at der findes forældre, der bevidst eller ubevidst har en aversion mod at have et måske homoseksuelt barn.

I 2020 gennemgik BBC Newsnight² over hundrede siders interviewudskrifter fra medarbejderinterviews i forbindelse med en intern kvalitetsunders gelse af Tavistock klinikken i England. I alle de interviews, som BBC reporterne gennemgik, nævnte medarbejderne, at de s  tilfælde af homofobi i alle patienternes familier.

En tidligere behandler udtalte: *"We did have a lot of families and parents who would actively tell us that, oh I'm so glad at least my child is not gay or lesbian, implying that having a trans outcome would be better for their children".*

En anden behandler udtalte: *"I had a case. There was a lot of trauma in the family. The young person had come out initially as a lesbian and had faced a lot of homophobic*

² <https://www.youtube.com/watch?v=zTRnrp9pXHY>



bullying, both very subtly within the family and quite openly in school and suddenly the young person changed their mind and they started identifying as trans”.

Vejledningen nævner slet ikke den mulighed, at k nsnonkonformitet og ubehag ved egen krop kan være et tidligt tegn på homoseksualitet.

Vejledningen bør forholde sig til at k nsnonkonformitet ikke er sygeligt, og den b r indarbejde forhold, der sikrer, at børn og unge ikke søger k nskifte p ga. ekstern eller internaliseret homofobi.



Vejledningen bør bero på evidens, ikke på ideologi

Kønsskifte bør anerkendes som en biologisk umulighed

Der findes ingen anden behandling, som grundlæggende går ud på at underkende helt basale kendsgerninger inden for biologi og lægevidenskab. SST "sælger" patienterne en idé, der går direkte imod en af de mest basale kendsgerninger, mennesket har observeret og konstateret; mennesker kan ikke skifte køn. Kønnet er indkodet i hver eneste celle i patientens krop, og er afspejlet i hele kroppens ydre og indre komposition.

Det er ikke god terapeutisk skik at hjælpe patienter med at opbygge alternative illusioner til den materielle virkelighed. Det er et menneskeligt livsvilkår at skulle forholde sig til omverdenen. Den materielle virkelighed kan ikke ignoreres uden konsekvenser.

Med vejledningen kommunikerer SST og behandlerne, at hvis blot patienten gør x, y eller z, så vil resten af samfundet acceptere patienten som værende af det andet køn. For børn og unge, der er letpåvirkelige, og som stadig har en verdensforståelse under udvikling, er det især problematisk, at voksne personer og autoriteter fortæller dem, at de via "medicin" og operationer kan forvandles til det modsatte køn. For børn og unge er det en form for magisk tænkning; de er ikke modne nok til at forstå bivirkningerne eller til at indse, at de måske en dag kunne skifte mening.

Derfor bør det være meget tydeligt, at behandlere skal afstå fra at "love" patienter, at resten af samfundet efter behandlingen vil opfatte patienten som det ønskede køn, da SST derved vil love langt mere, end de har myndighed til. SST kan ikke garantere det omgivende samfunds accept og bekræftelse af patientens "nye" køn.

Vejledningen bør tydeliggøre, at enhver social, medicinsk eller kirurgisk behandling ikke automatisk medfører omverdenens anerkendelse af, at man har skiftet køn.



Vejledningen inddrager ikke konklusionerne fra The Cass Review

Det er meget problematisk og meget påfaldende, at SST slet ikke inddrager konklusionerne fra den engelske rapport, The Cass Review (2024), som er den hidtil grundigste undersøgelse af behandlingsgrundlaget for den bekræftende tilgang til børn og unge med kønsidentitetsproblemer. Det er også problematisk og påfaldende, at vejledningen heller ikke har inddraget den forudgående Cass Interim Report fra 2022.

The Cass Review er bestilt af NHS (National Health Service), har været fire år undervejs, fylder knap 400 sider og har tiltrukket sig international opmærksomhed. Vi formoder derfor, at SST også er vel bekendt med dets eksistens og dets konklusioner. Vi formoder ikke, at SST ligger inde med studier eller viden, som The Cass Review ikke har afdækket. Vi vurderer derfor, at SST aktivt ignorerer den seneste og bedst kvalificerede rapport, der findes på området.

Rapportens hovedkonklusioner er:

- Der findes ikke klar evidens for, at hormonbehandling er et godt middel til at afhjælpe børn og unges psykiske kønsorienterede mistrivsel.
- Meget af den tilgængelige forskning har alvorlige kvalitetsmæssige mangler, som gør forskningen ubrugelig, heriblandt artikler fra WPATH, som SST bruger som kilde.
- Der findes ingen klar viden om, hvorvidt social transition er en fordel eller en ulempe.
- Der er risiko for at overse andre medspillende faktorer, når behandlingssystemet fokuserer udelukkende på kønsspørgsmål og patientens kønsidentitet.
- Der findes ingen metode, hvormed behandlere med sikkerhed kan fastslå hvilke børn og unge, der vil fastholde en vedvarende uoverensstemmelse i kønsidentitetsfølelsen, og hvilke der ikke vil.

Rapporten anbefaler:

- En grundlæggende anderledes behandlingsmodel, der tilbyder helhedsorienteret og evidensbaseret behandling, hvor man undersøger alle de faktorer, der kan forårsage følelsen af uoverensstemmelse mellem køn og identitet. Modellen skal følge de samme standarder og opfylde de samme kvalitetskrav som andre behandlingstilbud til børn og unge.
- At afstå fra den bekræftende tilgang til fordel for en mere holistisk og psykosocial tilgang.



- At pubertetsblokkere ikke bruges som gængs behandlingsmiddel, men kun i forskningssammenhæng.
- At patienter bør screenes for autismspektrumforstyrrelser og gennemgå en mental sundhedsvurdering for at udelukke andre faktorer.
- At krydshormoner bør bruges med ekstrem forsigtighed ved børn og unge under 18 år.

Vejledningen bør inddrage viden og konklusionerne fra The Cass Review.

De svenske myndigheder har forbehold overfor hormonbehandling

I februar 2022, udgav SBU, den svenske myndighed, der evaluerer sundheds- og socialtjenester, en rapport³, hvori man anbefalede stor tilbageholdenhed med hormonbehandling af unge med kønsdysfori, fordi studier ikke kunne bevise nogen evidens for effekt af og sikkerhed i hormonbehandlingen. Man vurderede, at de studier, der fandtes, havde alvorlige kvalitetsproblemer.

I december 2022 offentliggjorde den svenske Socialstyrelse så nye anbefalinger⁴ for behandling af børn og unge under 18 år, der lider af kønsdysfori. De skriver, at hormonbehandling ikke bør anvendes som almindelig behandling, men at det udelukkende bør benyttes som led i kontrollerede forsøg, fordi man vurderer, at der er flere risici end fordele ved behandlingen. Socialstyrelsen råder til større forsigtighed på området p ga. følgende:

1. Den videnskabelige dokumentation på området er utilstrækkelig bl.a til at vurdere effekten på kønsdysfori og psykosociale forhold.
2. Unge med kønsdysfori har betydelig psykiatrisk komorbiditet.
3. Der er sket en endnu ikke forklaret stigning i antallet af personer, som f r stillet diagnosen kønsdysfori, og stigningen er særligt stor blandt piger.
4. Der er større uenighed blandt de deltagende eksperter, end der var i 2015, da den tidligere udgave af anbefalingerne blev udfærdiget.
5. Der er en dokumenteret forekomst af personer, som detransitionerer, dvs. personer, som fortryder deres kønsskifte.

Vejledningen bør inddrage konklusionerne fra de svenske sundhedsmyndigheder.

³https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/hormonbehandling-vid-konsdysfori/?pub=90213&lang=sv#92668_2

⁴<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf>



Henvisning til og reklame for civilsamfundsorganisationer

Det er problematisk, at vejledningen reklamerer for civilsamfundsorganisationer såsom Foreningen til Støtte For Transkønnede Børn (FSTB) og LGBT+ Danmark, som i høj grad arbejder inden for en udtalt ideologisk ramme.

FSTB er en frivillig forening drevet af forældre, der selv har bidraget til social transition og/eller medicinsk og/eller kirurgisk behandling af egne børn med kønsidentitetsproblemer. Det vil sige forældre med en meget klar bias, som har alt at tabe, hvis det skulle vise sig, at behandlingsmodellen har alvorlige mangler, samt bivirkninger, som kunne være undgået. Det ville nemlig betyde, at de aktivt har pådraget deres børn irreversible bivirkninger med livslange konsekvenser. Hvilken forælder vil ikke have overordentligt svært ved at erkende dette?

Vi går ikke ud fra, at SST kommer til at kontrollere de organisationer, som vejledningen nævner, således at SST kan garantere, at man som offentlig sundhedsmyndighed til enhver tid kan stå inde for disse organisationers budskaber, aktivisme og agenda.

Vejledningen bør fjerne alle henvisninger til de civilsamfundsorganisationer, der nævnes.

Social transition er ikke en neutral intervention

Det er problematisk, at vejledningen opfordrer til social transition, da dette ikke er en neutral intervention, men faktisk kan betyde, at patienten foranlediges til at forholde sig endnu mere til sit kønsspørgsmål, end patienten ville have gjort uden interventionen.

Social transition opfattes af både behandlere, patienter og forældre som et harmløst "tilbud". Vi mener, at dette er forkert. Social transition er en intervention, hvor patienten bekræftes i, at det er dennes krop, der skal behandles, samtidig med at man ophører andre menneskers validering til formålet med behandlingen. Enhver patient, der foranlediges til at jage andre menneskers validering, er dømt til at fejle, da det er et behandlingsmål, som ligger langt uden for patientens og SSTs myndighed. Dybest set kan det være umuligt at opnå denne validering og accept.

Samtidig risikerer man, at børn og unge fastholdes i transitionen, fordi de føler et pres for at "belønne" omverdenens "spillen med". Et barn eller en ung, hvor forældrene, den nære familie og fx. klassekammeraterne har deltaget i interventionen, kan være bange for at sige; "måske er jeg ikke så sikker på, at jeg er det andet køn alligevel", især hvis det er blevet en personlig agenda for forældrene.

Social transition kan også gøre det vanskeligere for barnet at acceptere de forandringer, puberteten naturligt medfører, og således forøges risikoen for efterspørgsel på pubertetsblokkere og krydshormoner.



Vejledningen bør afstå fra at inddrage social transition som en mulighed.

Omgivelserne pålægges at være aktive aktører i behandlingsplanen

Der findes ingen anden behandling, som omgivelserne forventes at deltage lige så aktivt i, som det denne vejledning lægger op til i punkterne 5.1 og 6.1.

Dette er meget problematisk, fordi al sundhedsbehandling helt generelt er en sag mellem behandleren og patienten. Ved nogle patientgrupper (såsom anorektikere eller patienter, der har brug for fysisk genoptræning) vil man inddrage forældre eller voksne børn som understøttende aktører. Men i ingen anden sammenhæng går SST ud og pålægger eksterne aktører at være en del af behandlingsplanen. Ud fra vejledningen kan følgende eksterne aktører risikere at blive inddraget;

- lærere og pædagoger
- klassekammerater, dvs. andre børn
- andre kammerater som patienten har kontakt til i gennem fritidsaktiviteter, dvs. andre børn
- kollegaer og chefer på patientens arbejdsplads
- sportstrænere eller andre fritidsaktivitets-ansvarlige, fx. en spejderleder

Hvorvidt et menneske kan skifte køn vha. beklædning, hormoner og navneskift eller lign. er en filosofisk og ideologisk betragtning. SST har ikke myndighed til at pådutte andre borgere at acceptere eller deltage i en sådan betragtning, fx ved at få dem til at sige "han" om en pige, der gerne vil være en dreng.

Vejledningen pålægger således omgivelserne at agere statister i en form for totalteater, hvor man skal underkende den materielle virkelighed og det biologiske køn, og hvor man pålægges begrænsninger af sin tanke-, tro- og ytringsfrihed. Det er meget problematisk, fordi det er både uden for SSTs myndighed, og det sætter SST i en ideologisk formående rolle. SST bør afstå fra at formane ideologi.

Vejledningen bør fjerne alle forslag om, at eksterne personer og aktører skal anerkende og bistå behandlingen aktivt.

Inddragelse af forældreperspektiver

Mange unge kan være meget fastlåste i forhold til, hvordan de løser deres kønsidentitetsuoverensstemmelse, hvor de ophører hormonbehandling til det eneste reelle tilbud.

Overlæge på Sexologisk Center i Aalborg, klinisk lektor Astrid Højgaard, har i et notat udtalt, at *"det eneste vi har at arbejde med, er de udtalelser, mennesker kommer med,*



når de kommer hos os". Men for børn og unge, er dette ikke korrekt: Behandlere bør også inddrage forældrene, som de vigtigste vidner om de faser, deres børn gennemgår. Ofte kan forældrene godt se, at barnets ønske om kønsskifte kan have rod i en fejlfortolkning af barnets indre mistrivsel, eller at det er påvirket af udefrakommende faktorer, bekendtskaber og miljøer. Det kan fx. være, at barnet ubevidst har svært ved at håndtere sin egen spirende homoseksualitet, eller at barnets manglende socialisering med sit eget køn egentlig skyldes en autismeforstyrrelse, som kan gøre socialisering svært.

Det kan skabe en konflikt mellem unge patienter med et forudbestemt behandlingsønske og deres forældre, der vurderer, at der kan være andre dybtliggende faktorer på spil, eller at barnet er under påvirkning af sociale miljøer.

Vejledningen bør ikke mistænkeliggøre forældre, der udviser forbehold over for behandlingen og dens bagvedliggende ideologi. Behandlere bør i stedet tillægge forældrenes overvejelser og særlige kendskab til barnet stor værdi.

Pubertetsblokkere er ikke en reel pauseknap

Pubertetsblokkere præsenteres som "et middel til at give barnet mere tænketid", eller som noget "der forhindrer patienten i at opleve mistrivslens pga. at kroppen ændrer sig". De børn og unge, der får pubertetsblokkere ender i høj grad med at fortsætte med krydshormoner. Dvs. pubertetsblokkere er ikke en neutral intervention; det er i praksis første trin af den medicinske behandling.

Det er problematisk, at vejledningen omtaler den naturlige pubertetspåvirkning som en "fysisk skadevirkning" og behandler den naturlige pubertet som unødvendig og noget, der ønskes undgået, fordi det sender et signal om, at puberteten er farlig. Men puberteten er en nødvendig modningsproces af hjernen og kroppen, som gør, at man udvikler sig alderssvarende, både mentalt, intelligensmæssigt og fysisk. Det er ligeledes afgørende for menneskers seksuelle udvikling. For et barn kan den seksuelle udvikling virke omsonst og ligegyldigt, men et barn kan ikke vurdere eller forstå, hvad manglen på seksualfunktionen vil betyde i voksenlivet.

Flere forskellige studier indikerer, at pubertetsblokkere kan give forøget risiko for

- svage knogler og knogleskørhed
- infertilitet
- seksuel dysfunktion
- lavere intelligens



- lavere højde

At børn og unge udsættes for disse risici er meget problematisk, da mange børn og unge vil vokse fra deres kønsidentitets-uoverensstemmelse, hvis de netop ikke modtager pubertetsblokkere eller krydshormoner, men får lov at gennemgå deres naturlige pubertet⁵.

Vejledningen bør opfordre til, at børn og unge gennemgår puberteten uden hverken social, medicinsk eller kirurgisk intervention.

Indflydelse fra online miljøer

Vejledningen bør indregne, at mange børn, unge og voksne patienter allerede bevæger sig i online fællesskaber, før de opsøger behandling eller inddrager deres forældre, og at deres påståede transidentitet kan være et resultat af eller blive vedligeholdt af social eksponering. Det er samme dynamik, som man har set blandt anorektikere, der bevæger sig i "pro-ana"-fællesskaber.

Disse trans- og non-binærfællesskaber holder især til på Reddit, Youtube og Discord. Af offentlige, danske sider kan nævnes forummet r/transnord på reddit.com.

I disse online miljøer er der en udbredt tendens til, at brugerne bekræfter hinanden i, at de bestemt er transkønnede ud fra andres og egne oplevelser eller anekdoter. Brugernes hjælper også hinanden med, hvilke svar man skal give for at få den ønskede behandling, eller hvilke informationer man skal undlade i udredelsen. Der opfordres til, at man ikke deler information om eventuelle ikke-journalførte diagnoser eller problemer, eller at man præsenterer sig ekstra feminint eller maskulint ved behandlingsmøder, for at virke mere overbevisende.

I børnemedier, populærkultur og på TikTok, Instagram og Snapchat florerer der mange "solstrålehistorier", hvor profiler og medier glamouriserer hvor "overbevisende" og "let" et kønsskifte kan være. Der bruges video- og billedfiltre, der kan feminisere og maskulinisere ansigtet og kroppen. For børn og unge kan det være svært at gennemskue, at der er tale om et glansbillede, og det kan forskrue deres forventninger til kønsmodificeringsprocessen og resultatet.

Vejledningen bør i udredningsforløbet inddrage samtaler om patienternes brug af sociale medier og online forum.

⁵ <https://www.transgendertrend.com/children-change-minds/>



Stigning i antallet af piger og unge kvinder med kønsubehag

Det er problematisk, at vejledningen slet ikke inddrager, at krops- og kønsubehag kan være en almindelig del af at gå i puberteten. Især piger kan opleve et ubehag, når de går fra den "kønsløse" og "neutrale" barnekrop, til en krop med udtalte kvindelige former, som tiltrækker omverdenens opmærksomhed, og som seksualiseres og objektiviseres. På sociale medier og i populærkultur bedømmes pige- og kvindekroppen konstant og efter helt urealistiske og usunde standarder. I takt med at piger g r tidligere og tidligere i puberteten, kan det være endnu sværere at håndtere som ung pige.

Vi vurderer, at det sociale pres på pige- og kvindekroppen, kan føles meget begrænsende og ubehageligt, og at det kan være en medspillende faktor i den store stigning af piger og unge kvinder der ønsker at skifte køn, som ses i Finland⁶, Storbritannien⁷, USA⁸ og Tyskland⁹

Det er også problematisk, at vejledningen underspiller, at komorbiditet kan påvirke unge og voksnes humør, selvfølelse, dømmekraft og identitetsforståelse. Det kan f.eks. være overgrebshistorik, misbrug, depression eller en anden mental lidelse, som giver anledning til ønsket om at flygte fra sit køn.

Informeret samtykke

Vi vurderer at børn og unge ikke kan give samtykke til en behandling, der vil give livsvarige krops ndringer, og hvor mange af bivirkningerne vil virke ubetydelige ud fra et barns eller en ungs perspektiv. Hvilket barn eller ung person, der ellers har en sund og rask krop, kan forholde sig til sundhedsrisici, der først slår igennem om nogle år?

Reelt vil en patient først kunne give informeret samtykke som 25-årig, n r frontallapperne er færdigudviklede. Bare for kosmetiske behandlinger, der kan have alvorlige risici, skal patienter være fyldt 18 år. Derfor finder vi det meget problematisk, at vejledningen både foreslår en aldersgrænse på 15 år for krydshormoner, som indebærer alvorlige risici og kan påvirke fertiliteten, og samtidig ikke afviser behandling af børn under 15 år.

⁶ Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Ty l j rvi, M. et al. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 9, 9 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>

⁷ <https://www.tabletmag.com/sections/science/articles/finland-youth-gender-medicine>

⁸ Becerra-Culqui TA, Liu Y, Nash R, Cromwell L, Flanders WD, Getahun D, Giammattei SV, Hunkeler EM, Lash TL, Millman A, Quinn VP, Robinson B, Roblin D, Sandberg DE, Silverberg MJ, Tangpricha V, Goodman M. Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. Pediatrics. 2018 May;141(5):e20173845. doi: 10.1542/peds.2017-3845. Epub 2018 Apr 16. PMID: 29661941; PMCID: PMC5914494.

⁹ Bachmann, Christian & Golub, Yulia & Holstiege, Jakob & Hoffmann, Falk. (2024). Gender identity disorders among young people in Germany: prevalence and trends, 2013–2022. An analysis of nationwide routine insurance data. Deutsches  rztblatt international. 10.3238/arztebl.m2024.0098.



Man kan samtidig argumentere for, at der bør implementeres en nem klage- og erstatningsrute for børn og unge, hvis de fortryder kønsskiftet, og hvis de mener, at udredningen og behandlingen har været mangelfuld. I det tilfælde er det nemlig de voksne aktører, behandlerne og forældrene, der har taget en beslutning på barnets/den unges vegne. Forældelsesfristen bør være lang nok til, at eventuelle bivirkninger har indfundet sig, og erstatningen bør stå på mål med skaderne og de oplevede gener og begrænsninger.

Vejledningen bør afspejle, at informeret samtykke om langstrakte helbredspåvirkninger først kan gives som 25-årig.



Børn, unge og voksne med kønsidentitetsuoverensstemmelse har grundlæggende en rask og velfungerende krop

Tilbud om ikke-medicinsk og ikke-kirurgisk behandlingsforløb

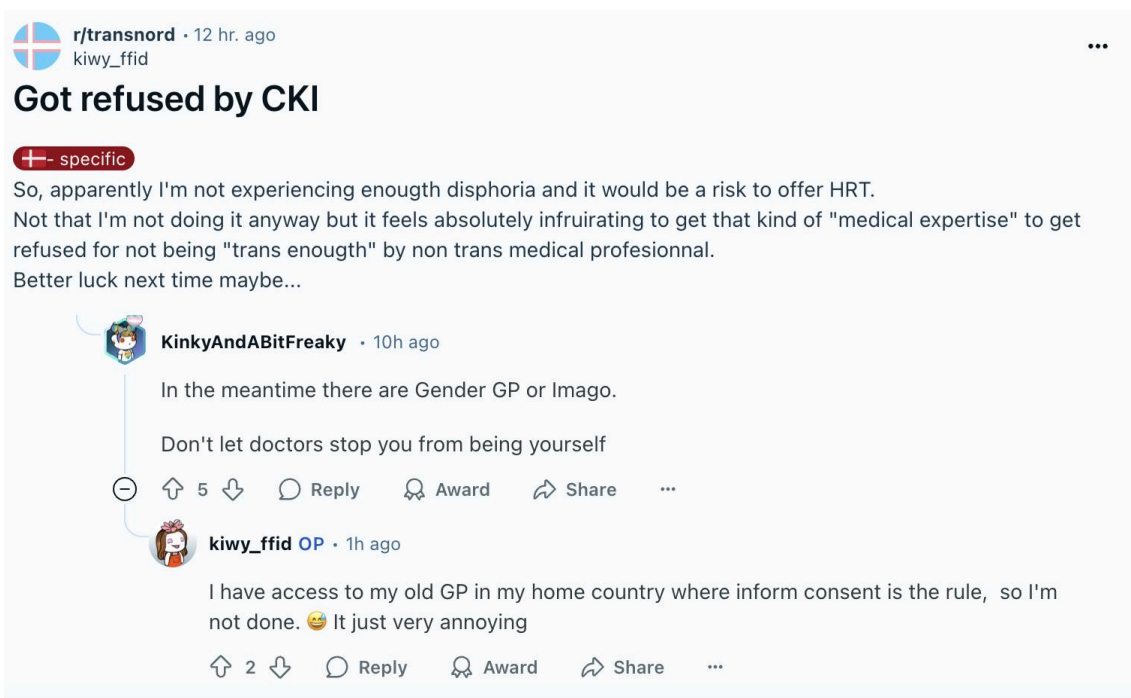
Det er problematisk og påfaldende, at vejledningen slet ikke foreslår muligheden for et ikke-medicinsk og ikke-kirurgisk behandlingsforløb, hvor målet ikke er at k nsomforme. Det betyder, at forældre, der vurderer, at barnets ønske om kønsskifte egentlig blot er et udtryk for andre, dybereliggende problemer, ikke har anden udvej end at søge hjælp i det private.

Vejledningen bør indeholde et holistisk, terapeutisk tilbud om et ikke-medicinsk og ikke-kirurgisk behandlingsforløb, hvor målet er, at patienten hjælpes til at udforske, hvad der kan ligge bag patientens ønske om at omforme sin krop, således at patienten f r værktøjer til at håndtere oplevelser af ubehag og kønsdysfori, samtidig med at patienten får lov at leve videre i sin sunde og raske krop.

Behandlingen skal hjælpe patienten med at opbygge kapacitet til at håndtere den materielle virkelighed og de livsomstændigheder, de er givet.

Terapeutisk tilbud til dem der afvises

På det åbne forum r/transnord på reddit.com, kan man læse, hvordan mange danskere søger råd til selvmedicinering med hormoner, både efter at være blevet afvist på k nsklinikkerne eller hvis man vil springe behandlingsventetiden over. Der søges hjælp til, hvordan man skaffer hormoner via netbaserede udenlandske klinikker som Imago og GenderGP, som LGBT+ Danmark også f r har reklameret for.



Eksempel af tråd på www.reddit.com/r/transnord fra 23/02/2025¹⁰. Screenshot, billedet er croppet.

Mange unge og voksne kan have en meget fastlåst forestilling om, at de *skal* have behandling med krydshormoner. De godtager altså ikke k nsklinikkernes vurdering af, at hormonbehandling ikke ville gavne dem.

Vejledningen bør have et ikke-medicinsk, terapeutisk tilbud til dem, man afviser.

Detransitioners

I mange lande ser vi nu flere og flere "detransitioners"; dvs. tidligere patienter der forkaster deres ønske om kønsskifte og som søger at omgøre de kropsfor ndringer, de har gennemgået.

Vi vurderer, at denne gruppe også vil vokse i Danmark.

Vejledningen bør derfor sikre ekspertise i behandling af uønskede bivirkninger og skader, der opstår som følge af hormonbehandling og kønsmodificerende kirurgi, både fysiske og psykiske.

Vejledningen b r også systematisere opfølgning på alle patienters trivsel og k nssituation, også dem der afvises.

¹⁰ https://www.reddit.com/r/transnord/comments/1ivvui9/got_refused_by_cki/



Opsummering

Gruppen for Kvinderettigheder anviser flg. ændringer

1. Vejledningen bør betragte ubehag og dysfori af ens køns karakteristika som en psykisk lidelse.
2. Vejledningen bør alene være baseret på uafhængig juridisk vejledning fra ikke-ideologiske aktører.
3. Vejledningen bør understøtte, at patientens krop ikke er problemet.
4. Vejledningen bør undersøge patientens opfattelse af kønsroller, samt inddrage terapeutiske redskaber til, at patienten finder bekræftelse i sig selv, og ikke kun hos omverdenen.
5. Vejledningen bør forholde sig til at kønsnonkonformitet ikke er sygeligt, og den bør indarbejde forhold, der sikrer, at børn og unge ikke søger kønsifte pga. ekstern eller internaliseret homofobi.
6. Vejledningen bør tydeliggøre, at enhver social, medicinsk eller kirurgisk behandling ikke automatisk medfører omverdenens anerkendelse af, at man har skiftet køn.
7. Vejledningen bør inddrage viden og konklusionerne fra The Cass Review.
8. Vejledningen bør inddrage konklusionerne fra de svenske sundhedsmyndigheder.
9. Vejledningen bør fjerne alle henvisninger til de civilsamfundsorganisationer, der nævnes.
10. Vejledningen bør afstå fra at inddrage social transition som en mulighed.
11. Vejledningen bør fjerne alle forslag om, at eksterne personer og aktører skal anerkende og bistå behandlingen aktivt.
12. Vejledningen bør ikke mistænkeliggøre forældre, der udviser forbehold over for behandlingen og dens bagvedliggende ideologi. Behandlere bør i stedet tillægge forældrenes overvejelser og særlige kendskab til barnet stor værdi.
13. Vejledningen bør opfordre til, at børn og unge gennemgår puberteten uden hverken social, medicinsk eller kirurgisk intervention.
14. Vejledningen bør i udredningsforløbet inddrage samtaler om patienternes brug af sociale medier og online forum.



15. Vejledningen bør afspejle, at informeret samtykke om langstrakte helbredspåvirkninger først kan gives som 25-årig.
16. Vejledningen bør indeholde et holistisk, terapeutisk tilbud om et ikke-medicinsk og ikke-kirurgisk behandlingsforløb, som også kan tilbydes til afviste patienter.
17. Vejledningen bør derfor sikre ekspertise i behandling af uønskede bivirkninger og skader, der opstår som følge af hormonbehandling og kønsmodificerende kirurgi, både fysiske og psykiske.
18. Vejledningen bør også systematisere opfølgning på alle patienters trivsel og kønssituation, også dem der afvises.

Med venlig hilsen

Lise Rohde

Ulla Binderup Jørgensen

Mille Sørensen

Mette Eskelund

På vegne af Gruppen for Kvinderettigheder

**15529498, Amanda [REDACTED] høringssvar Re:
Bemærkninger til senest udkast (2025) af "Faglig
ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens"**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 58

Brevdato: 28-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Amanda [REDACTED]
Sent: 28-02-2025 05:55:36 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Subject: Re: Bemærkninger til senest udkast (2025) af "Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens"

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

To the medical community, my trans and nonbinary peers, and our allies,

I am a trans woman who has "made it through" the system and I am receiving ongoing care (treatment, not evaluation) through one of the CKIs. I am also a well-connected member of my local as well as the national trans community within Denmark and make efforts to stay apprised of

news that affects us. Hence why I was made aware of the public commentary period for this new draft on the guidance for our treatment through the Danish healthcare system.

That is a brief summary of my personal stakes, both as a trans person who is interested in the quality of care that I receive, as well as someone who cares about all my trans siblings, many of who may face more barriers to accessing care, more difficulty with self-advocacy, and more medical discrimination due to fx being autistic.

Preamble

I have many points of feedback, so much so that I did not have the time or space to fit everything in. My commentary will of course center first and foremost around the text of the new draft itself, but I will not neglect to include the *de facto* practices that exist among the centers today, as well as the surrounding social, cultural, and political aspects, which provide crucial context to some of the points that must be made.

To start though, I would like to begin with the praise I have for certain sections of this new draft. This framing of *ris og ros* is not meant to trivialize the seriousness of any of my feedback. Quite the opposite in fact, as all of this directly affects people's lives. It is crucial to recognize when and where progress has been made - especially as a trans person - so that there can be no doubt that certain changes are indeed positive and will lead to better treatment and better quality of life for us as a group.

As a stylistic note, I will italicize Danish within English sentences to make it more visibly distinguishable and easier to read when interspersed with English. Though, English words will still be italicized when necessary for emphasis. Also, due to the length of my commentary (~33,000 words), I may not have managed to proofread everything.

My feedback centers around the new *Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens*, and sections and page references will refer exclusively to this document, unless otherwise stated.

All the introductory stuff aside, these are the points I want to distinguish for praise:

Praise for the new guidance draft

1. Recognizing the need for respect, flexibility, the risk of (self-)stigmatization, and a necessity to adapt according to an individual's preferences when providing care.

Section 2.1., page 6: "De sundhedsfaglige indsatser skal bygge på respekt, lydhørhed, rummelighed og fleksibilitet. Fagpersoner skal være særligt opmærksomme på, at personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan være udsat for stigmatisering både i samfundet og ved kontakter med sundhedsvæsenet. Derudover udvikler mange selvstigmatisering ved at acceptere samfundets og omgivelsernes negative og stigmatiserende holdninger som sande, og nogle får lavere selvværd og undgår social kontakt.

I forbindelse med sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens skal personalet være særligt opmærksom på, at hjælpen gives med respekt for den enkeltes situation og præferencer, og på en måde der ikke stigmatiserer, men bidrager til at bearbejde selvstigmatisering."

Anything that gives us more autonomy - whether it be during evaluation or treatment - is crucial to give praise to. These are after all *our* bodies. *Our* lives.

Although I believe this part of the text remains largely intact from the 2018 version, it is still good to see that it has not been removed in this draft.

2. Maintaining free hospital choice for the CKIs.

Section 2.1.2., page 7: "Det sundhedsfaglige tilbud ved kønsinkongruens er omfattet af reglerne om frit sygehusvalg."

This is *critical* for us, as the level of quality, access, wait times, and even discrimination we face varies widely across the CKIs, and that we have the freedom to make an informed choice as to which center we receive treatment from *must* always be maintained.

3. Implementing ICD-11 diagnostic criteria going forward.

Section 2.1.4., page 8: "Den sundhedsfaglige behandling ved kønsinkongruens tager udgangspunkt i den seneste version af WHO's internationale sygdomsklassifikation, ICD-11."

First, a request for clarification: Will those of us with the Z-diagnosis be able to be seamlessly switched over to this diagnosis without issue? We should be permitted to, if this has not already

been considered. This is because an internationally recognized diagnosis can provide us much easier access to care should we move countries - as we obviously need to maintain continuity of care wrt. our hormones - as well as lower barriers to entry for those of us who have the means to seek gender affirming surgeries abroad.

In any case, the rest of the text in this section justifying the return to the latest international standards is a welcome one. We should be returning to a widely recognized international standard, especially with the stigmatization issue of the previous ICD diagnoses having been adequately addressed. The Z-diagnosis used for us prior gave too much power to the individual evaluating us, putting us more at risk for being unfairly denied care, beyond making it unnecessarily burdensome for trans people who move away from Denmark to access the necessary care in the new country.

4. Stating explicitly that 15-year-olds are capable of providing informed consent without the involvement of their parent(s) or guardian(s).

Section 2.1.3., page 8: "I vejledningen beskrives også de forhold, der er gældende for behandling af børn og unge under 18 år, herunder at der skal indhentes informeret samtykke fra barnet/den unge over 15 år, og alle forældremyndighedens indehavere for børn under 15 år. Såfremt en sundhedsperson efter individuel vurdering skønner, at patienten, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke efter sundhedslovens § 17 stk. 2."

Section 5.5., page 25: "Før den unge fylder 15 år, skal barnet/den unge og forældremyndighedsindehaverne orienteres om, at unge, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til en behandling. Hvis der er uenighed mellem indehavere af forældremyndighed og den unge, der er fyldt 15 år, og den unge, efter en sundhedsfaglig vurdering, forstår konsekvenserne af sin stillingtagen, ligger beslutningen hos den unge."

That we have a universal recognized level of medical autonomy at this age across Denmark is a wonderful thing, as there are otherwise transphobic parents who may stand in the way of their kid accessing critically necessary care. Compare this as well to fx anti-vax parents with kids who desire and should have access to vaccines.

The bullet points from the bottom of page 25 through page 26 are also commendable.

5. Making explicit provisions for shared care with GPs (*alment praktiserende læger*).

Section 3.2.1., page 12: "For voksne kan alment praktiserende læger ud fra en konkret og individuel vurdering varetage kønsmodificerende medicinsk vedligeholdelsesbehandling, når denne er igangsat af et center for kønsidentitet, og behandlingen varetages som 'shared care'. For børn og unge kan almen praksis kun varetage vedligeholdelsesbehandling med hormonindsprøjtninger efter fastlagt behandlingsplan udarbejdet af forløbsansvarlig speciallæge i den højt specialiserede funktion."

While I believe this was somewhat touched upon as a possibility in the 2018 version, it seems more comprehensive in this latest version, i.e. that GPs can work from a stable treatment plan and for example allow transmascs to get T shots through them. This is not just a convenience, but a crucial step in improving our everyday access to healthcare. It is also an implicit recognition that healthcare for us is not necessarily as specialized and necessary to centralize among the CKIs as this guidance otherwise makes it out to be.

6. Acknowledging the existence of "trans broken arm syndrome" and fighting back on this mindset.

Section 3.3., page 12: "Nogle personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har kontakt til sygehusafdelinger, som ikke varetager behandling af denne uoverensstemmelse. Vurderes det, at forhold omkring kønsidentiteten har betydning for behandlingen, bør aspekter omkring køn integreres i den samlede behandling på lige fod med andre problemstillinger, fx ved at tilpasse behandlingen til den enkeltes præferencer og udvise åbenhed og respekt. For personer som både lever med psykisk sygdom og kønsinkongruens er det vigtigt, at de to diagnoser ses som to problemstillinger, men at indsatsen, i de tilfælde hvor det er relevant, koordineres. Ved faglige tvivlsspørgsmål kan man få rådgivning fra et center for kønsidentitet om håndtering og hjælp til en eventuel henvisning."

I am glad that these points are mentioned, in particular that one's transness, while it can intersect with other areas of one's life, nevertheless should never be treated as the result of other issues. Or rather, that our transness is not something that needs to be "treated" in the same way as say a mood disorder, as the former is not an illness, but the latter is. This acknowledgment reduces the unnecessary and counterproductive overmedicalization of our identity, as uninformed or misinformed medical professionals otherwise may be inclined to do to us.

Though, it should be mentioned that our hormone profile essentially makes our bodies function equivalently to our cisgender counterparts and should be treated as such (for those of us on hormones). This is particularly for somatic issues that don't otherwise involve any of our unmodified primary sexual characteristics. Without this recognition, we are otherwise at risk of having our bodies be seen as *trans* bodies, and not just bodies, which gives doctors and specialists unjustified room to dismiss our somatic issues as being caused by our transness, or our hormones, or something intangible that makes us too different to effectively be treated or diagnosed. I have for example seen instances of doctors trying to attribute a trans person's *asthma* to their hormones (not something that took place in the Nordics).

On the psychological front, it's hard to find it better stated than in the following way:

“Und wir müssen immer gucken, es gibt nun mal psychische Erkrankungen, die ganz unabhängig von der Geschlechtsdysphorie existieren. Das kann zum Beispiel Autismus sein oder ADHS oder der gleichen. Dann haben wir eine tatsächlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, das hatte ich schon gesagt, für sekundäre psychische Erkrankungen, wie Depressionen und Angststörungen und dann eben vergesellschaftet mit der Geschlechtsdysphorie. Aber wir haben es eben nicht umgekehrt. Es gibt keine psychische Erkrankung, wo das Merkmal der Geschlechtsdysphorie als Symptom vorkäme und wo man sagen würde, das könnte irgendwie verwechselt werden.”

Transcript for this quote:

https://media.sciencemediacenter.de/legacy/user_upload/Press_Briefing_Zubehoer/Transkript_Geschlechtsdysphorie_SMC-Press-Briefing_2024-03-20.pdf

7. Section 5.1. Psykosocial støtte til børn og unge - the majority of this section.

I would like to stress how well-written and, for lack of a better word, *human* the introductory part of this section was. From describing the unique and intersectional issues that trans kids face, to what is required to help them thrive psychosocially, to further down explicitly mentioning the lessons learned from allowing *den højt specialiserede funktion* to have too much oversight into these vulnerable kids' lives, as that could cause them to erroneously deny care - all of these were wonderful inclusions in this draft. I would not be surprised if the largest contributor to the first part of this section came from the representative from FSTB. Good job on this.

8. Acknowledging that there can be material and lasting harm to delaying or denying care unnecessarily, i.e. that trans kids in particular going through the wrong puberty will lead to life-long consequences.

Section 5.3., page 22: "Omvendt vil udskudt behandling kunne medføre langvarige fysiske og psykosociale skadevirkninger ved en uønsket pubertetsudvikling i retning af fødselstildelt køn. I den forbindelse skal der være ekstra opmærksomhed på børn og unge, som er blevet tildelt drengekøn ved fødslen, da den maskuliniserende udvikling i forbindelse med puberteten kan være sværere at modificere med krydshormoner efter puberteten og derfor medføre højere risiko for skadevirkninger ved udskudt behandling."

Speaking as someone who suffers from chronic issues that could have been addressed with proper medical care during adolescence, in addition to having my body be permanently affected by an androgenic puberty, it is critical that acknowledgments like these be included in the guidance for us. Both of these issues will always negatively affect my quality of life, and I could have avoided both with proper invention, yet there is no undo button for either.

9. Recognizing that trans adults will often have sat with our feelings long before we ever walk into the GP as the first point of contact.

Section 6., page 27: "Voksne personer, der henvender sig til sundhedsvæsenet med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, vil ofte have haft denne oplevelse i en længere periode."

This gives us trans adults more legitimacy when we walk in the GPs office for a referral to a CKI, or have our meetings at the centers themselves.

10. Recognizing not just the more "trivial" aspects of social transition as important to us, but also the spaces that we should be and feel allowed to exist in.

Section 6.1., page 27: "Det er derfor vigtigt at støtte op om, at disse personer trygt kan være dem, de er, og at omgivelserne tilpasses deres kønsidentitet, fx ved at der støttes op om ændring af navn, pronomen, beklædning, fritidsinteresser samt toilet- og omklædningsforhold."

Especially with cisgender trolls and sexual harassers (in *this* country) whose "stunts" allow the public discourse to be shifted against us as a group, this is an important acknowledgment that we

belong in the spaces that match our gender. The impact of such people, from those cis harassers to our own Danish politicians (the former *ligestillingsminister* no less), who use the former individuals as an excuse to marginalize us even further and attack our rights is thus: Many of us feel more scared to simply exist in public, much less exist in gendered spaces that match who we are. It is crucial and commendable to acknowledge that we have a right to be in these spaces.

It was particularly egregious that the minister did not just attack us, but delegitimized our very existence. She spoke with utter confidence that trans people are just an ideology and not a legitimate minority group like gay people or autistic people, as well as fx that trans women are still biologically men. I would bet that you could ask her what a telomere is and she wouldn't have the faintest clue. Nor would she be aware of the dominant estrogens that exist in cis and trans women's bodies, or how these affect secondary sexual characteristics. Don't even try to ask her about hydroxyl groups and how those distinguish the various estrogens. The SRY gene? Never heard of it. And trans men? I don't even think she knows they exist, or how they reflect the insidious nature of her entire perspective. Also, a two word rebuttal to all of it: intersex people. There are 30+ unique ways that one can *biologically* be intersex - all sorts of combinations of genitalia, internal sex organs, chromosomes, and hormone profiles and sensitivities. To erase an entire group of people on the basis of *biology* is malicious ignorance in the utmost regard, and speaks to the gleeful insincerity and opportunistic nature of this entire political project.

The reason for elaborating on this point is that it is indicative of the broader international movement that has been attacking our rights for decades, and even in this country, we as trans people cannot escape bigotry, discrimination, marginalization, and dehumanization, even from the politicians whose explicit job description is to protect *us* as a marginalized group. Indeed, we still have a ways to go before we can claim to have equal rights and treatment.

The sources below on the former equality minister's statements should not in any way be seen as an endorsement of how this event was covered, but rather a reflection of the current societal perception towards us:

<https://jyllands-posten.dk/indland/ECE17368762/minister-staar-i-centrum-for-debat-om-koen-vi-skal-ikke-derhen-hvor-et-mindretal-dikterer-flertallet/>

<https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/minister-vil-goere-op-med-wokeisme-i-debat-om-ligestilling>

<https://politiken.dk/debat/art10025128/%C2%BBDet-handler-om-at-acceptere-at-transkvinden-er-en-biologisk-mand%C2%AB>

Thankfully, we have organizations like LGBT+ Danmark, who can advocate for us on matters like this:

<https://lgbt.dk/susanne-branners-tale-til-ligestillingsminister-marie-bjerre/>

(And yes, I'm aware that Susanne and Max were both part of the *arbejdsgruppe* for drafting this new guidance, and I trust they both did the best they could.)

While this has been an unusually tangential point, I want to end it with how I was personally affected by this news. I had been unable to sleep that night and was browsing the news at some early hour in the morning when I came across the Jyllands-Posten article above. It was a piece of news so bad and unexpected - that such disgusting and maliciously ignorant statements could be said by the equality minister herself - that I felt momentarily suicidal. Not that I would act on that impulse in any way, but I knew I wanted to call someone so I could vent my utter dread and then hopefully fall asleep.

That person was my mom, who I had come out to a year prior and who had still ignored the issue and denied supporting me in any way. I told her just how much her lack of support affected me. I have been lucky to only have lost a few friends after coming out, but the lack of support from *any* of my family bothered me so much. I told her what it meant to me, and cried, and was able to have some semblance of a breakthrough with her.

Moreover, this minister, although she is no longer the equality minister, is the sole reason why I applied for my change of CPR number (*juridisk kønsskifte*) as early as I could, despite wanting to wait until further in my social and medical transition to start the process. She was ironically responsible for me pursuing this sooner than I would have otherwise chosen.

To summarize, we face many issues with just basic safety and equal rights as trans people, and I am happy that the guidance here backs us up on this particular issue - on our right to exist in the proper gendered spaces.

11. Recognizing that there is often stress that we experience due to belonging to a minority group.

Section 6.1., page 27: "Personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan opleve minoritetsstress, stigmatisering og selvstigmatisering."

Especially given the current political moment, this is also a welcome acknowledgment. Just see the entire ramble above for a non-representative example.

12. Explicitly stating that expressing doubt is not a contraindication to receiving treatment.

Section 6.1., page 27: "Erfaringer viser, at det kan være vanskeligt for den enkelte at drøfte tvivl om ønsket om behandling med det sundhedspersonale, som kan beslutte, om der er indikation for medicinsk behandling. Sundhedspersonalet bør dog undersøge tvivlen sammen med personen, og udtryk for tvivl i det afklarende forløb må ikke medføre, at personen ikke kan tilbydes behandling. Samtidig kan det være hensigtsmæssigt at psykosocial støtte til personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet også kan varetages i andet regi end centrene for kønsidentitet."

Nearly every trans person faces some level of doubt, and often those final doubts may not even be answered until the first effects of hormones start to show. This was the case for me, where despite my excitement and impatience from the moment it clicked for me that *I am actually trans (and want to transition)*, I was still nervous the first time I put the gel on. It was a month in, where my levels were apparently sufficient and stable, that I felt a degree of peace, *livsglæde*, and contentedness that I had not felt since before the onset of my first puberty. I finally felt a deep desire to *live*, and I knew I would never let anyone take this away from me, and that this is how my brain was meant to function.

I am liberal with expressing these thoughts precisely because I want to humanize the stakes. Our access to this care is immensely personal and important to us, whether we receive medical care or are denied it. I can personally say that I have made four big life-changing decisions in my life, all of which I am happy with, and the decision to transition has been the largest and greatest decision I have ever made, despite all the suffering that comes with it - predominantly from external sources. It is the surrounding society that makes it the most difficult. The biggest regret of my life so far is that I did not start years earlier, when I was so close to giving myself permission to be *me*, but I

was too scared, and I cared too much what others might think. And with almost every trans person (at least those I know), the single biggest regret they ever have about their transition is that they did not start sooner.

These doubts matter. They affect us. They keep us from seeking care in the first place for so long, after which we deeply regret our delay. I am glad we can now cite chapter and verse that our expression of our doubts can no longer be used to deny us care in this new guidance.

13. Explicitly ensuring care for those who want to detransition.

I am very happy that they are not left out as a relevant group from this, as should they desire to detransition - especially medically given what the CKIs handle - then they should be given every possible resource to ensure they can live the life they want.

C.f. Section 6.4.3., page 32: "Nogle personer, der har modtaget kønsmodificerende medicinsk behandling, ønsker senere at stoppe behandlingen med henblik på detransition. Det er det multidisciplinære team, der på baggrund af en fornyet konkret og individuel sundhedsfaglig udredning (som beskrevet i afsnit 6.3), tager stilling til, om det er muligt at tilbyde kønsmodificerende behandling i detransitionsfasen. Dele af den kønsmodificerende medicinske behandling er dog irreversible, og forandringer i kønskaraktistika vil ikke kunne ændres tilbage. Det er en lægefaglig beslutning i samarbejde med multidisciplinære team at undersøge, beslutte og orientere om behandlingsmulighederne."

C.f. Section 6.5.5., page 36: "Nogle personer, der har fået foretaget kønsmodificerende kirurgisk behandling, ønsker senere ny kønsmodificerende behandling med henblik på detransition. Det er det multidisciplinære team, der på baggrund af fornyet konkret og individuel sundhedsfaglig udredning (som beskrevet i afsnit 6.3) tager stilling til, om det er muligt at tilbyde behandling. Da de kirurgiske indgreb som udgangspunkt er irreversible, er det afgørende, at personen er orienteret om, at detransition er meget vanskeligt og kun i nogle tilfælde muligt. Ligeledes skal personen være orienteret om, at det eventuelle kirurgiske resultat efter en detransition vil være væsentlig dårligere end før de kønsmodificerende kirurgiske indgreb."

14. Inclusion of eunuchs in being able to get easier access to healthcare.

Section 6.5.1., page 33: "Nogle personer med kønsinkongruens ønsker alene at få foretaget enkelte kønsmodificerende kirurgiske indgreb. Gonadektomi (fjernelse af æggestokke eller testikler) kan foretages, selvom personen ikke ønsker yderligere kønsmodificerende kirurgisk behandling på kønsorganer, men personen skal være indstillet på livslang hormonterapi. Eventuelt  nske om yderligere kirurgi bør dog altid indgå i vurderingen, da flere indgreb i nogle tilfælde vil kunne foretages samtidig, og fordi isolerede indgreb kan medføre øget risiko for komplikationer ved efterfølgende indgreb og i visse tilfælde kontraindicere sådanne."

This seemed to be picked from the WPATH SOC8, and I am happy that more consideration is being given to other groups who have otherwise been underserved.

15. Allowing top surgery without requiring hormones first or at all, in particular top surgery for nonbinary people and transmascs who desire breast removal as the only medical intervention.

Given the amount of people I know who simply do not want their breasts but do not want the effects of testosterone, or who cannot tolerate the hormonal effects, I am very happy that they will now have the option to go through the healthcare system here for this. The options have otherwise been to save up money and go abroad, or in most cases give up entirely due to a lack of resources and live a more miserable life because of it. This of course is just one example of the inequitable access that exists within trans healthcare, as well as an unfair limiting of freedom and autonomy for those without financial means. And trans people after all are statistically much more likely to have poor socioeconomic status, so I am glad that this particular inequality has been addressed.

Regarding top surgery for transfemmes, I was also largely satisfied with the quality of that subsection. Though, explicit provisions should be made for people who initially only desire top surgery (fx some nonbinary people) to ensure that they can later get access to hormones if they wish. There have only been unconfirmed rumors of this (I am not confident to assert anything given my current awareness), but there is some worry among the trans community in Denmark that some people may have been denied hormones after only wishing for top surgery initially, even though they later expressed a desire for hormones as well.

16. The expertise and help of those behind the scenes.

C.f. Section 6.4., page 30: "Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne udgør feminiserende behandling med naturlige østrogener, oftest i kombination med anti-androgen behandling, eller som maskuliniserende behandling med testosteron. Behandlingen varetages af teamets speciallæge i gynækologi og obstetrik eller speciallæge i intern medicin: endokrinologi."

C.f. Section 4.1., page 14: "Både det multidisciplinære team og de enkelte fagpersoner skal opbygge og vedligeholde særlige kompetencer på området, herunder være opdateret på den nyeste faglige viden om udredning og behandling af kønsinkongruens."

The quotes above are just relevant references, but I would like to say that the reputation of the teams of endocrinologists and gynecologists that we encounter when receiving treatment is very high, and certainly higher than what others have encountered abroad.

The general high regard for these teams within the trans community across Denmark is validated with my own personal experiences with my gynecologist. She is highly competent, expresses a willingness to listen to me and my concerns regarding my dosage and levels, and sees me as who I am. I know that at least the gynecologists and endocrinologists in Odense go as far as to attend WPATH conferences, and this is a comforting sign that efforts are being made to stay updated about the latest developments regarding our care.

Also, the laser technicians I have encountered have been friendly and welcoming to a person. These people see us. They notice our changes and compliment us: "Oh, you're looking more X than last time!" All-in-all, the people "behind the scenes" are wonderful, and I did not want that to go unmentioned.

Actionable criticisms for the new guidance draft

With those important acknowledgments out of the way, there are many substantive and more importantly *actionable* critiques. And there are nearly a dozen other points I have forced myself to leave out for consideration of time and space (both for myself and the reader).

While my original structure for the criticisms below was to likewise take each point in sequential order of occurrence within the text - like with the praise above - I feel it's necessary to get to the point first and provide an executive summary of the core arguments, before returning to the criticisms that lay the groundwork justification for these arguments.

1. There is blatant anti-trans rhetoric and argumentation in this draft that did not exist in the 2018 version, and this signifies a clear reversal of progress.

Action points:

- Remove the anti-trans dog whistles.
- Remove the unnecessarily repeated aspersions to a "lack of evidence", and provide further context for this statement, rather than fear mongering about our healthcare.
- Use *transperson(er)* as the default term throughout to refer to us, likewise with *transkvinder* and *transm end*, instead of birth sex.
- Investigate the authorship of these statements (including the one below under the first bullet point of argument 2), as well as the rejection rates among the various CKIs, to determine if there are people responsible for our care who in fact do not have our best interests at heart, but who instead may be motivated by anti-trans ideologies and who should never be allowed to provide "care" for us again. Comparisons between the *borger-rettede* and *fagperson-rettede* texts for gender incongruence on sundhed.dk's website and the authorship for both could also be relevant to consider, depending on the other facts.
- In particular, investigate whether there are disproportionate rates of denial of autistic or otherwise neurodivergent (e.g. ADHD) trans people at any of the CKIs.
- Investigate whether anti-trans sources have been used internally to justify certain decisions regarding our care, and who has shared and promoted those sources.

2. The WPATH SOC8 guidelines are referenced implicitly multiple times, and the entire document is cited as a source (15), yet its recommendations seem to be cherry-picked without justification, in particular regarding informed consent.

Action points:

- Remove the blatantly discriminatory and completely unjustified statement that implies not all trans people deserve access to medical treatment, in particular that it could be considered reasonable to deny hormones to trans people who want them. Here I am speaking of trans people as *known and recognized to be trans in the medical context*.
- Stop unjustifiably cherry-picking from international standards and instead apply them, especially when it is clear that the CKIs rely on WPATH SOC8 for so many other guidelines, but they choose to ignore informed consent in particular. This is arguably the largest change from SOC7 after the debate was won between SOC7 and ICM (informed consent model). Move to an informed consent model of care, as it is both the latest international standard and the most accepted and successful.
- Match your corresponding target levels for fx estradiol to these international standards, rather than arbitrarily and unjustifiably targeting a lower range for us.

3. There has been an explicit setback wrt. duty of care for people who receive international trans healthcare, as well as those who self-medicate. This is medical malpractice, and the 2018 guidance for this must be restored.

Action points:

- Return (at minimum) to the standards of the 2018 guidance for both those receiving international care as well as those self-medicating. You have a duty of care to both

of these groups, and from a harm reduction perspective, you are causing *maximum* possible harm with the decisions in this current draft, which in the worst case will lead to more deaths.

- Make a clear distinction between those receiving international care in the country and trans people who move here after having received care in their home country. Coordinate with the doctors who used to be responsible for care for those in the latter group, if applicable, and do not allow there to be a gap in the continuity of care for such trans people referred to you. Do not force this group in particular to make undue changes to their dosage if their levels have been stable and they request to maintain it as-is. Also for this group, the requirement for any evaluation to occur *prior* to treatment should be waived in every instance, no matter the standards or the particular diagnosis used in their country. Recognize that it is both discriminatory and dehumanizing to treat trans people who have been on hormones for years and who may have had one or more surgeries as if they are unclear about their identity and need to be evaluated before being "permitted" to receive treatment in Denmark.
- Recognize and state that your foremost responsibility for these groups - trans people receiving international care, self-medicating, or moving to this country - is harm reduction, and that your job for these demographics should be held to a higher standard, in that you should not be permitted to deny them care. Recognize that hormones are a life-long thing, and that maintaining continuity of care is crucial not just for the quality of life of these people, but also their safety and ability to function.

4. There is an *explicit* permission structure that allows the CKIs to forcibly detransition trans patients who have been receiving care. This must be explicitly addressed.

Action points:

- Make explicit that hormonal treatment is a lifelong thing, and state that trans patients who are given treatment are not just entitled to treatment for their entire lives, but that it should be seen as a human right.
- Make explicit that trans people with any sort of gonadectomy must *never* be denied their gender-appropriate hormones, either in the refusal to administer them, or in the attempt to provide them hormones matching their birth sex. Recognize both of these as torture, in particular the latter.
- Make explicit that any refusal of medical professionals to provide adequate care to trans people with mental or physical disabilities - i.e. disabilities that make them unable to take or apply the medicine themselves (e.g. dementia) - should have their license revoked and be imprisoned for medical malpractice.
- Make explicit that trans people should be seen and treated as equivalent to our cisgender counterparts in most medical contexts, in the sense that no one would deny a cis woman with menopause her estradiol even if she was placed in psychiatric care. Equivalently, a trans woman for example placed in such care should never be revoked access to her hormonal care, as she should be seen as equivalent to a cis woman with a hormone deficiency in estradiol. For nonbinary people in this regard only (medically), they should be treated as equivalent to the

gender whose dominant hormones they are taking, i.e. cis men and testosterone, cis women and estradiol.

- Make explicit that the decision to stop or pause hormones when presented with a newly arisen hormone-sensitive somatic issue ultimately lies with the trans person themselves. Make explicit that bodily autonomy is so critical in this regard that a trans person may choose to continue their hormonal treatment, knowing that the hormones may exacerbate the particular issue, but that this is the only ethically justifiable way to make the decision. Counseling should be offered to the trans person affected, and it should be clearly communicated whether the recommendation is a permanent stop in hormonal treatment or a temporary pause, and if the latter, an estimate should be given for how long. The trans person should be given the most relevant information possible to be able to make a well-informed decision that fits them. Make explicit that this relates to how we as trans people should be seen and treated as equivalent to our cisgender counterparts. For example, cis people with hormone-sensitive cancers will be recommended to *actively do* something - take a pill, undergo a surgery (e.g. oophorectomy), etc. - but the decision ultimately lies with them; they cannot be forced into it. For trans people however, our medicine can be *taken away* from us, and therefore there must be stringent ethical and medical barriers in place which give trans people equivalent autonomy over our bodies, so that the choice is an active one from our end, rather than one that can be passively decided for us by cis people who have no visceral understanding of what it is to be trans, nor how hormones make it possible for us to live a meaningful life in the first place.
- Make explicit that those who detransition for a time are entitled to return to care without undue burden. The sole requirement should be their desire to start up care again, and they should be offered resources to talk through their decisions, but these conversations should not be used to deny them care.
- Make explicit provisions for and communicate clearly how people previously denied care can be given opportunities to try again as many times as they wish, through whichever center (assuming you do not adopt an informed consent model). Make provisions to expedite this care and assume that there is a higher degree of urgency and duty of care for those who reapply, and that they should have priority for getting access to care.
- All of the above points are primarily directed towards trans adults, but it should be recognized that trans youth should also be treated in the exact same manner for all of the above, barring the recognition that a larger portion of them may be exploring their identity at their age and fit more under the "questioning" category. Increased flexibility and understanding should be given to this demographic - trans and gender diverse youth - and it should be recognized that some small but still relevant portion will retransition (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505568/>).

Before returning to the above four arguments, the next batch of criticisms will be structured in a largely sequential order - in rough accordance with where they first occur in the text - but I will

simultaneously add to those points where relevant with any necessary supplementary information, such as what occurs at the CKIs versus what has been written (*de facto* vs *de jure*).

1. Implying that medical treatment is not or should not be the typical outcome at CKI.

Section 2., page 5: "De sundhedsfaglige opgaver forbundet med at hjælpe og understøtte den enkeltes kønsidentitet og kønsudtryk involverer st tte og rådgivning, udredning og afklaring af kønsidentitetsspørgsmål samt eventuelt behandling med det formål at  ndre kønskarakteristika."

The word *eventuelt* here should either be removed or be replaced with *typisk*. The former word choice implies that it is *not* a typical outcome to be offered medical treatment, nor that those who approach the CKIs are overwhelmingly likely to seek referral with the explicit intention of receiving medical treatment (speaking in particular for trans adults and trans kids who are clear in their identity). In other words, I am saying that it *should* be seen as the most typical outcome to receive medical treatment as a result of going through CKI, especially considering that most people seek out these centers for that express purpose.

While this excerpt from the guidance is declarative on a surface reading, it almost appears to be a normative statement when read in the context of the guidance as a whole. I.e., this statement expresses a belief that medical treatment *should not* be the typical outcome, but an exceptional thing. This framing, left unchanged, would thus be centered around denying us care as the default, and only letting through the most obviously trans people in existence, leaving the rest of us to suffer.

2. The abusive and ineffective nature of the existing complaint process.

Section 2.1.2., page 5: "Vejledningen om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold fra 2018 pr ciserede den omhu og samvittighedsfuldhed, som l ger og øvrige sundhedspersoner skal udvise i deres virke ved uoverensstemmelse mellem fødselstildelt k n og kønsidentitet, men beskrev også forhold, der var mere målrettet brugerne (fx klagevejledning)..."

I would like to focus on the *klagevejledning* here. There are several critical flaws with the system, and it requires fundamental reform.

First and foremost, the complaint process is entirely internal - i.e. policed and reviewed by the same people who may have given inadequate treatment or unfairly denied care. How can this be

fair in any way when the same people who deny us care are the same people who review our complaints against them? This system's structure practically encourages abuse of power. There must therefore be an independent body that handles these claims, so as to prevent this obviously maligned incentive structure.

Moreover, apparently it was not until about a year ago that this internal body was even required to *read* the complaints against them, much less address the claims. As far as the trans community at large in Denmark is concerned, no one has any faith in the complaint system as it exists today, and it is a less than useless system. I say less than useless, as its existence can be used to unfairly justify that we have proper means to redress our grievances, so it causes more harm than if no such complaint system existed.

I will repeat this point in various forms throughout, but from just the dozens of trans people I know in my *local* community alone, there are easily a dozen of them who have complaints about the treatment they were denied, yet none of them have launched complaints precisely because they see it as a fruitless endeavor.

The structure of this current system seems purposely designed to create a silencing effect - as people know or assume that they will not get any help or redress - and then turn around and use the lack of complaints to justify that the CKIs are providing an adequate level of care. The purpose of a system is its outcomes, and this system is plainly unjust. It must be rebuilt from the ground up, with an independent body to review claims, as well as transparency and all the other qualities that determine a well-structured complaint body. Anything less is unacceptable.

I do want to acknowledge that - while it is not a widely known thing among our community - we can at least complain to *Patientklagenævnet* and *Ligebehandlingsnævnet* as two example bodies who are willing to examine our complaints.

And we have at least one concrete example of a successful complaint from *Ligebehandlingsnævnet*, though it remains to be seen whether the ruling in favor of a trans person who was unfairly denied access to start hormones, can actually be used to force the relevant CKI to reverse its decision and allow this person to immediately receive care.

3. Insufficient specificity wrt. use of name and pronouns in dialogue and written documents.

Section 2.1., pages 6-7: "[D]ialogen om udredning og behandling bør foregå i et forståeligt, neutralt og respektfuldt sprog med respekt for de personlige pronominer, som den enkelte har valgt."

While it is good that the correct pronouns are used, this statement should be made more explicit. It should include the person's chosen name as well, and it should be official guidance that the person's appropriate name and pronouns be used in any writing - such as notes in our *sundhedsjournal*. To be misgendered or degendered - to have our gender not be given any legitimacy outside of a pretense during face-to-face dialogue - demonstrates both a failure of understanding on the healthcare provider's part and a failure to provide adequate care for all the reasons that I hope don't need to be iterated here. That any healthcare provider with the CKIs should struggle with this point in *any* regard should almost be disqualifying to their ability to provide us adequate care.

It seems to be a somewhat common practice especially to degender us in writing - certainly from what many of us can see in our own *sundhedsjournal*. While it is indeed a common practice to use "pt" when referring to any patient in a medical context, the other phrasing seems awkwardly built around avoiding using pronouns that reflect our gender, if not outright misgendering us or refusing to grant legitimacy by consistently distancing the language used in writing about us. While some of these behaviors can be rationalized and given false justification - as can many bad practices that exist within the CKIs - this is unambiguously an unacceptable level of care, and there must be explicit guidance written in this document to counteract these practices.

4. Mention of hormonal treatment is conspicuously absent.

Page 7: Something missing

I cannot pull a quote to directly refer to, as it is a *lack* of explicit statement that needs to be addressed. For the vast majority of this document, hormonal treatment is rarely mentioned outside of the corresponding sections on medical treatment, and given the overall tone of this document in its current form, this lack of explicitness paints an incomplete and almost misleading picture to the kind of care we as trans people predominantly seek and receive through the CKIs.

While *medicinsk behandling* is mentioned often around these introductory sections (Section 2 broadly), including surgery (multiple times) and even cosmetic treatment (to contrast it with trans

healthcare), hormones fail to be mentioned here until an excerpt from the ICD-11 diagnostic criteria several pages below.

This must be changed. It should be made explicit that a plurality if not majority of us (depending on your internal statistics) are firstly seeking hormonal treatment, and it should likewise be recognized that this is the primary care that you provide after we "make it through" the evaluation process. Besides often being the first step in our medical transition, it is also often the single most important step for many of us and of course the longest lasting, as the vast majority of us maintain this treatment for the rest of our lives.

It should be explicitly worded under Section 2., page 5, in the introductory paragraph, that this *medicinsk behandling* is referring to hormonal treatment: "Behandlingen kan være kønsmodificerende medicinsk behandling til at hindre udvikling af kønskarakteristika i forbindelse med puberteten, eller ændre kønskarakteristika ved hjælp af kønsmodificerende medicinsk eller kirurgisk behandling."

Another important reason for this is that it demystifies the mechanics of how our bodies change - it is simply hormones. The audience who may read this - trans people, our families, other interested parties - need to have no doubt around this point. Ideally, it should also be mentioned that these are bioidentical hormones that allow our bodies to develop and change in accordance with our actual gender and can have greater or lesser effect depending on many factors.

5. Access to surgery - domestically and in the EU.

Section 2.1.2., page 7: "Det sundhedsfaglige tilbud ved kønsinkongruens er omfattet af specialeplanen, idet der er tale om sjældne og komplicerede tilstande, hvor Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der er behov for at samle ekspertisen, så behandlingskvaliteten kan blive høj. Det betyder, at dele af udredning og behandling kun må foregå få steder i landet.

Regioner, der varetager en specialfunktion, er forpligtet til at have en tilstrækkelig kapacitet for specialfunktionen svarende til antallet af patienter (forsyningsforpligtigelsen)."

Many surgeries that we as trans people seek out are already standard surgeries for cis people - double mastectomies, breast augmentation, and bottom surgeries involving the removal of sexual organs, such as orchiectomies or hysterectomies. Such surgeries should not be required to go

through the CKIs, but rather there should be given free hospital choice with a possibility of referral to other practices within the country. Obviously this is a complicated topic, and the whole structure behind the approval process for these surgeries explicitly mentions the surgeon's examination of any somatic contraindications for example, as well as the MDT's extensive involvement. However, allowing free hospital choice can improve both access to and quality of care for us. These sorts of referrals are standard practice for healthcare in places like Canada and the United States, and we are behind the international standards for access to healthcare in this regard.

Section 2.1.2., page 8: " vre og nedre kønsmodificerende kirurgi er undtaget fra reglerne om udvidet frit sygehusvalg. Derfor tilbydes der ikke øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi i privat regi for offentlige midler."

C.f. Section 6.5.3., page 35: "Der tilbydes ikke phalloplastik-operation med urinrørsforlængelse, idet komplikationsraten er betydeligt øget i forhold til phalloplastik-operation uden urinrørsforlængelse. Der henvises således heller ikke til denne operation som højt specialiseret behandling i udlandet."

C.f. Section 6.5.3., page 35: "Ved konstruktiv kirurgi af neovagina og neopenis er den accepterede faglige praksis på området binær. Derfor er sigtet med kirurgi at skabe enten mandlige eller kvindelige ydre kønskarakteristika. Rækkefølge og kombination af indgreb skal i øvrigt foretages med afvejning af hensyn til både den enkeltes præferencer, god faglig praksis og internationale standarder."

These "standards of care" are far below standard, from the failure to live up to your own *forsyningsforpligtelse*, given extremely long wait times and poor results compared to even just other EU nations, to failing to follow EU law and not allowing us to be referred to surgery elsewhere within the EU (and with a free choice of clinic, as this is one of the most important, complex, and individually impactful surgeries one can get in their lives).

All of these points must be addressed, but it is failure to live up to EU law that is the most egregious. Again, the consequences are personal for me. I have no reasonable hope of getting access to a vaginoplasty within Denmark within nearly the next decade, and nor should I expect the results to be nearly as problem-free as they are at other clinics within the EU. I have no reasonable expectation to be able to save up and pay out of pocket for the surgery, so without Denmark choosing to follow EU law on this matter - as it should - I am one of the many people left

to suffer with bottom dysphoria without hope of access in any reasonable timeframe. I should mention that this decision costs lives by the way.

It is also astounding that the regret rate for vaginoplasty within Denmark is only 1%, given how long it takes to get surgery and how high the complications rates are (see the 2023 *retningslinjer* on top and bottom surgery, page 21). But that is partly an issue of not even doing the surgery enough to maintain minimum competence. When one clinic in Canada can perform multiple vaginaplastic surgeries in a day (all under their public healthcare system), compared with a dozen of the same surgery during an entire *year* in Denmark, the idea that the Danish state is in any way adequately addressing our needs when it comes to more complicated bottom surgeries would be laughable, if not for how serious the consequences are to my life and others.

If I could get the costs covered for an EU-based surgery, then there are multiple clinics I could consider for bottom surgery with lower complication rates and higher satisfaction rates, and with wait times on the order of months or years and not on the order of decades, as is the case for trans women in Denmark. Trans men may have shorter waiting times, but as mentioned above, there is no option for urethral lengthening.

Regardless of whether Denmark ever improves its surgical offerings for us, as it should, the state and its subsidiary ministries (*Sundhedsstyrelsen*) must still follow EU law and allow referrals for such surgeries outside of Denmark. The failure to do so unfairly denies us access to quality and timely care and discriminates against us as a group. This is fundamentally a human rights issue, and Denmark is in the wrong.

6. Outdated use of language.

Bottom of page 8: "I vejledningen anvendes betegnelsen kønsskifteoperation."

This is 1) unacceptable terminology, 2) outdated terminology, and 3) doesn't even appear in the latest 4-page *vejledning* draft (as far as I can tell). As such, this disclaimer should be removed.

7. Need for specificity regarding edge cases when moving from HA61 to HA60 within ICD-11.

Page 9: Need for clarification on the ICD-11 diagnostic criteria

Given that there are two separate diagnostic codes with different, age-appropriate criteria, there are a couple edge cases that must explicitly be addressed in this guidance.

1. For a child who has expressed gender incongruence for some reasonable length of time under HA61 and who has not yet received a diagnosis, should they reach pubertal age, then there should be clarification on the new process they should expect. (It should also be made explicit that kids *with* an HA61 diagnosis will automatically be given the HA60 diagnosis when they reach adolescence, assuming they wish to continue.) I would for example expect children with a consistent history of gender incongruence who reach pubertal age to receive more immediate access to care, whether that be delaying the onset of puberty or providing gender-appropriate hormones. More concretely, the multiple-month stability criteria under HA60 should in most cases be waived for them, given that these edge case kids would have already demonstrated sufficient stability in their identity. Essentially, it should be made explicit that kids who reach adolescent age while under observation for HA61 should not be forced to undergo undue delay in treatment simply because they fall into a grayzone. The clock should not be reset, so to speak.
2. There are conditions such as precocious puberty that can complicate the landscape of medical treatment, as there are trans kids who also have this condition, speaking personally knowing one such person myself who was a trans kid and is now a trans adult. Obviously with precocious puberty, hormone blockers are the typical treatment, but this becomes an intersectional issue, as someone expressing gender incongruence who *also* has this condition is more at risk for receiving subpar healthcare. Again, speaking from personal example, the same trans person mentioned above could only receive hormone blockers for so long (as should indeed be the case), but desired gender-appropriate hormones afterwards and was denied and forced to undergo a puberty that they later had to correct surgically. This could and should have been avoided. Trans kids like this should not be dismissed out of hand simply because they face other health issues that require hormonal treatments and which complicate the picture.
3. Moreover, and more broadly related to both sets of diagnostic criteria, it is concerning how much stress is put on the "minimum" level of waiting time throughout these guidelines, as if it is almost never long enough to satisfy the healthcare providers who are responsible for diagnosing us. First, a disclaimer though: The 2 year observation for prepubescent kids is of course fine, as there is no ticking clock of an ongoing puberty, nor any need for any somatic medical intervention. It is purely social and psychological help, as well as social transition. That being said, while the ICD-11 explicitly states "*about* 2 years" for prepubescent kids, the phrasing throughout the rest of these guidelines rephrases it as

minimum to år (c.f. pages 18, 21, 22). This is innocuous enough, but it is particularly egregious in the quote on page 22, which implies that trans *adolescents* should *also* be subject to the most stringent standards, despite undergoing a puberty that causes immense, long-term and irreversible harm and can potentially result in suicide if unaddressed. This is utterly unacceptable. It should be made clear for adolescents and older, that 6 months (c.f. DSM-5, code 302.85) should be sufficient to take one's gender identity seriously and consider medical intervention for adolescent ages and older. This should also be clearly specified on this page (page 8) itself, not the ambiguous phrase that is used: *i flere måneder*.

Similarly, further down in Section 6.3., page 28: "Har der været et langvarigt og vedholdende ønske om behandling? Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende, jf. diagnosekriterierne i ICD-11."

This is an even worse example that must be corrected, as the more ambiguity that is given on issues like this, the more potential there is for bad faith healthcare providers to abuse their power and delay care unnecessarily. 6 months should be specified here for adults.

8. Failure to provide necessary services for young adults.

Section 3.1., page 11: "I forhold til afklaring af børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan en stor del af gruppen opleve samtidig mistrivsel. Børn og unge i psykisk mistrivsel kan henvende sig i det nye kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel (12)...Der er ikke et tilsvarende tilbud til voksne på 18 år og ældre."

Ignoring the perception among the trans community broadly that the *kommunale tilbud* directed towards minors consistently fail trans youth, it is unacceptable that there are no such programs available for young adults (e.g. ages 18-25). Speaking for myself and my peers during those ages, we could have sorely used access to such programs, but the state of mental and social healthcare for youth and young adults more broadly is sorely lacking in Denmark, independent of one's transness. And not that this can be helped by the addressed parties (i.e. you, the reader), but it is important to stress that we are underserved in this regard and are also subject to other difficulties at these ages compared to our cis peers.

9. Implicit permission structure that allows GPs to deny referral to CKI.

Section 3.2.1., page 11 (regarding GPs): "Den indledende kontakt kan være af støttende og afklarende karakter, hvor tilstedeværelsen af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet undersøges nærmere sideløbende med, at personens ønske om udredning afklares."

Section 6.2., page 27: "Almen praksis, praktiserende speciallæger og andre sygehusafdelinger kan henvise personer over 18 år til et center for kønsidentitet med henblik på udredning og eventuel behandling. Henvisning til kirurgisk behandling sker via centrene for kønsidentitet."

While it is indeed the GP's job to send a referral to the CKI of the individual's choice, it is never stated in terms of this being a *requirement*. The language in this guidance is always *kan*, never *skal*. To clarify, I have examples among my local trans peers who have experienced being threatened with refusal to send a referral to the appropriate CKI. That a GP could consider denying their patients access to healthcare when they express a clear desire for simply a referral - to encounter such resistance at the first barrier of entry - should be a license-revoking offense for the GP. At the very least, it should be explicitly stated that doctors *must* follow their patients' wishes and send the referral to the CKI that the patient desires, and that patients who are denied this can complain to the appropriate bodies regarding their doctor's medical malpractice.

10. Implicit permission structure that allows GPs to deny shared care and maintenance injections.

Section 3.2.1. page 12: "For voksne kan alment praktiserende læger ud fra en konkret og individuel vurdering varetage kønsmodificerende medicinsk vedligeholdelsesbehandling, når denne er igangsat af et center for kønsidentitet, og behandlingen varetages som 'shared care'. For børn og unge kan almen praksis kun varetage vedligeholdelsesbehandling med hormonindsprøjtninger efter fastlagt behandlingsplan udarbejdet af forløbsansvarlig speciallæge i den højt specialiserede funktion."

C.f. Section 5.4.3., page 25: "Al behandling, herunder justeringer i behandlingsplanen, varetages af den højt specialiserede funktion, men almen praksis kan varetage vedligeholdelsesbehandling med hormonindsprøjtninger efter fastlagt behandlingsplan udarbejdet af forløbsansvarlig speciallæge."

C.f. Section 6.4.3., page 32: "Al behandling, herunder justeringer i behandlingsplanen, varetages af den forløbsansvarlige speciallæge i samarbejde med det multidisciplinære team, men

hormonindsprøjtninger kan varetages af almen praksis efter fastlagt behandlingsplan af den forløbsansvarlige speciallæge."

Like with the above, the wording should be *skal kunne*, not *kan*. GPs *must* either be able to provide this care themselves, or ensure that their trans patients can get the appropriate care by referring them to another local GP or specialist who can fx perform injections.

As always, when the wording is *kan*, it leaves room for discrimination, like another instance from the trans community here where a doctor refused to help a patient with testosterone injections and instead wanted to refer them to therapy to "get help" for their "inappropriate steroid usage", implying that they were an addict who should detransition. The patient had no means of getting care from a CKI at the time and had previously been getting injections from this very same practice, before this head doctor later refused to allow anyone at the practice to perform injections with no definitive justification.

I could elaborate, but it is not my story to tell. It is unfortunate that all I have are anecdotes and very few instances of documented discrimination (e.g. the ruling in favor of a trans patient who was denied care from a CKI), but simultaneously *how many* anecdotes I have, from sources that I have spoken with face-to-face on these issues. It is unfortunate how many of us do not know or think to record our interactions with any and all medical professionals, as well as state officials for that matter, especially when our transness is a relevant topic, or even if we are simply visibly trans and trying to get help for something non-related. So too is it discouraging to know how many people are not even reporting these instances because they are so assured that it will do no good and drain them of their time and energy. I am doing what I can to spread awareness among the trans community here, especially when it comes to documenting evidence and recording everything, but in the meantime, I will still mention the instances I have heard to stress the personal consequences to people I know.

11. Implicit permission structure that allows specialist doctors to medically discriminate against trans people on the basis of our gender.

- Section 3.2.2., page 12: "Praktiserende speciallæger, særligt praktiserende speciallæger i gynækologi, møder i nogen udstrækning personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet i deres praksis. De praktiserende speciallæger kan ligesom speciallæger i

almen medicin (alment praktiserende l ger) s ge hjælp og rådgivning ved et center for kønsidentitet."

Again, the wording should be *skal*. There are again instances in the local trans community of particularly transmascs experiencing medical discrimination and inappropriate levels of care with gynecologists. For example, outright dismissal or insufficient approaches to diagnosing endometriosis in transmasc patients, which has led to fx delays before they could eventually get a diagnosis and treatment at another practitioner. Or, refusing to even attempt to address the issue and requiring the patient to seek help through the CKIs - which, if the patient has not yet been approved and "in the system" at their CKI - they are not presently entitled to such specialized medical care. This is a failure for duty of care, plain and simple.

Both of these points are unacceptable and must be addressed: the medical discrimination from specialists, and the refusal of the CKIs to help trans patients who are not "in the system" but nevertheless experience more complex problems due to fx their hormones. As a start, the language can be changed on both points, that specialists *must* provide care and cannot pass final responsibility to others, and that the CKIs *must* help trans people - whether they are in the system or not - with non-gender affirming related healthcare that nevertheless other specializations in the country are ill-equipped to deal with. If someone is taking hormones - through whatever means - there is a duty of care to help these people with their issues, and the responsibility should fall on the CKIs as the measure of first (or last) resort.

In all three criticisms above, the fundamental issue is that any wiggle room given to GPs, specialists, and other medical professionals regarding what they can or cannot provide us allows ample room for abuse and medical discrimination against us. And to receive subpar healthcare simply for being trans is unacceptable and must be fought every step of the way. A recognition in this guidance that such discrimination exists in Denmark would be a start.

12. *De facto* required psychiatric evaluations and delay of care, despite statements to the contrary.

Section 4.1.2., page 15: "Da diagnosen kønsinkongruens primært stilles på baggrund af samtaler, er det afgørende, at der i teamet er fagpersoner med særlig ekspertise heri. Det er ikke en betingelse at gennemgå en psykiatrisk udredning forud for opstart af behandling, men

psykosociale forhold kan i nogle tilfælde vanskeliggøre udredningen og opfølgningen på behandling."

C.f. Section 6.3., page 28: "Psykiatrisk udredning er ikke en betingelse for sundhedsfaglig behandling ved kønsinkongruens hos voksne, og skal udelukkende foretages, når det er relevant og ud fra en konkret og individuel faglig vurdering. Standardiserede testmetoder af både somatiske og psykosociale forhold kan anvendes ud fra en konkret og individuel vurdering, i det omfang de er relevante og valide i forhold til formålet med udredningen."

There is so much to say to this - in particular to the latter half of the first quote. For now however, I would like to highlight and commend the explicit mention that it is not necessary to have a full psychiatric evaluation to simply receive care for being trans (though more right below on this).

However, there seems to still be a good deal of ignorance among those who are tasked with holding conversations with us. I have never once heard of a trans person having discussed "the button test" in such conversations without the trans person's own prompting. There are active tools that many of us use ourselves to work out our transness well before we ever walk into our GP's office, and these thought experiments are useful and should almost always be a topic in these conversations, especially for those who are questioning or exploring their identity.

Here is an article that explains some of the basic thought experiments that the trans community uses, which can help in this regard. I find that there can be better formulations of these thought experiments, but this article still gives a good overview and flavor for the sorts of conversational tools that can help one work through their identity:

<https://www.erininthemorning.com/p/the-button-test-how-a-button-press>

Returning to the psychiatric evaluation though, the one thing I will mention now is that this does not always appear to be true. For example and from memory, which may be faulty, at least when it comes to the CKI in Copenhagen, if they even *suspect* you of having another "mental issue" besides being trans, such as depression or autism or anything of the sort, they will first require a diagnosis for that issue, as well as a minimum stability of 6 months on treatment for that diagnosis before they will even *consider* allowing you to apply again for treatment.

That. Is. Unacceptable. There are harsher words for it, but because this is from my recollection and not guaranteed to be fully accurate, I will save my full rebukes for later. With the length of time it takes to even *get* a diagnosis in Denmark for depression or autism (for example), this can add literal years to a person's waiting times for receiving gender affirming healthcare.

Moreover, the centers in Odense and I believe in Aalborg as well at least state that they are willing to work with trans patients who have issues like depression in a concurrent manner, so that they are not forced to wait to get gender affirming healthcare. This is how it should be, and it should be explicitly stated (and sort of is later in this guidance, but not to the full extent that it should be).

This is an example where the *de facto* state of affairs - particularly for the center in Copenhagen - differs wildly from the 2018 guidance and from this draft.

Let me be clear. This sort of decision, to forcibly and unduly delay healthcare for years, leads to more deaths. Some portion of us, whose only means for accessing hormones (for example) goes through CKI exclusively, kill ourselves because of these decisions, and as such they are not here to speak up for themselves today. This. Must. Not. Stand.

(C.f. <https://www.youtube.com/watch?v=v1eWlshUzr8>)

The relevant section for kids is 5.4.2., page 24: "Bestående somatisk eller psykisk sygdom er ikke i sig selv en kontraindikation ved kønsmodificerende medicinsk behandling hos børn og unge. Afhængigt af sygdommens art og alvorlighed kan der være behov for behandling af denne enten forud for eller samtidig med iværksættelsen af kønsmodificerende medicinsk behandling."

For adults, Sections 6.4.2., page 31: "Bestående psykisk eller somatisk sygdom er ikke i sig selv en kontraindikation mod kønsmodificerende medicinsk behandling, og der er sjældent absolutte kontraindikationer ved kønsmodificerende medicinsk behandling til voksne. Afhængigt af den bestående sygdoms art og alvorlighed kan der være behov for behandling af denne enten forud for eller samtidig med iværksættelsen af kønsmodificerende medicinsk behandling."

It should instead be written as *enten forud for eller i de fleste tilfælde samtidig med...*

13. Lacking a minimum stated frequency for which the MDTs must convene conferences.

Section 4.2., page 16: "Den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre, at det multidisciplinære team afholder jævnlige konferencer, herunder som minimum i forbindelse med beslutninger om diagnose og behandling. Således er det en beslutning i det multidisciplinære team, om diagnosen stilles, og når det besluttet, om der er indikation for henholdsvis 1) medicinsk behandling, 2) øvre kirurgi og 3) nedre kirurgi."

I have more to say on the MDT's scope and function later, as I will argue that they should not be responsible for giving a gender incongruence diagnosis, nor approving startup of treatment, but ignoring that completely for now, the minimum frequency for the number of times this group meets should be explicitly specified here, and it should be *at least* quarterly, i.e. four times per year.

It seems that the *de facto* frequency may be as little as twice per year, at least in Odense and based on back-of-the-envelope calculations for how wait times are communicated at that center. This is, again, unacceptable.

Just to elaborate on one of the "smaller" problems, the low frequency of these meetings unnecessarily, and, I would argue from a harm reduction viewpoint, harmfully delays care for those unlucky people who have their final individual meeting right *after* an MDT conference and are forced to wait a full extra half year, not even counting the waiting times to see a gynecologist or endocrinologist and get a prescription in hand (last quoted from the secretary in Odense at 9 months for that alone, after being approved).

14. Failure to address suicide risk and reevaluation for those denied care after initial evaluation.

Section 5.1., page 19: "Herudover kan det kommunale tilbud efterfølgende komme i spil, hvis den højt specialiserede funktion vurderer, at der ikke er indikation for medicinsk behandling af den unge før det 18. år, og barnet eller den unge er i psykisk mistrivsel i en grad, der gør, at barnet er i målgruppen for behandling i tilbuddet."

I would like to know what would be considered ethical or appropriate care for those who become *fx* suicidally depressed after receiving a rejection - be they kids or adults. What might that say about the rejection and whether it should be reevaluated? And what options are there for being reevaluated without going through the entire process from scratch again?

Being trans after all is almost always a lifelong thing, and the care that many or most of us need is likewise lifelong, namely that we require consistent access to the appropriate hormones. There must be a way for trans people who were unfairly denied care to be able to be later approved. It cannot be acceptable for trans people to be denied care and that be the end of things.

There is at least one documented instance I know of where a trans patient who was denied care at a CKI was promised that the center would be willing to reevaluate them or otherwise expedite this process - and this person was smart enough to record the interaction, as the center failed to follow up on this promise.

There is a way to address many of these failures, and that is what I'm building to. It must first be stressed again and again however that there are personal consequences and lives harmed due to the failures of the CKIs. I consider myself *lucky* in that I "made it through" and receive satisfactory care, and that should not and must not be the norm in Denmark for trans people - that only a portion of us are fortunate enough to be approved.

15. Excessive ambiguity that could permit doctors to discriminate against trans youth.

Section 5.2., page 20: "Der kan således henvises til den specialiserede funktion med henblik på vurdering, da det kan være svært for læger uden særlig kompetence i kønsidentitet at vurdere, om barnet er i målgruppen for et behandlingsforløb i den højt specialiserede funktion."

Just to stress - if there is a kid who expresses a clear desire to be referred, the corresponding doctor must not be able to deny them. The phrasing of the above should be modified to reflect that.

16. Excessive decoupling of a gender incongruence diagnosis from the corresponding offer for medical treatment.

Section 5.3., page 20: "På baggrund af samtaler med barnet/den unge og forældre/værger, tages der på en konference i det multidisciplinære team stilling til, om diagnosen kan stilles, ligesom det skal vurderes, om barnet/den unge kan tilbydes medicinsk behandling."

It should be made crystal clear that, barring any absolute contraindications (somatic in most cases?), if the kid has expressed a desire for medical treatment (i.e. blockers or hormones), then granting a gender incongruence diagnosis should essentially automatically grant the patient access to medical care.

17. Humiliation and risks for sexual abuse due to not specifying the nature of the discussions around sex - for both trans kids and adults.

Section 5.3., page 20: "Udredningen skal tage udgangspunkt i et udviklingsperspektiv og omfatte en grundig vurdering af barnet/den unges udvikling, psykosociale situation og familieforhold, ligesom forhold vedrørende seksualliv og forplantningsevne skal inddrages svarende til barnets/den unges alder og modenhed..."

C.f. Section 6.3., page 28: "I forbindelse med udredning for kønsinkongruens kortlægges blandt andet karakteren og varigheden af uoverensstemmelsen mellem det fødselstildelte køn og kønsidentiteten, herunder de fysiske, psykiske og sociale gener personen oplever. Herudover vil forhold vedrørende seksualliv og forplantningsevne blive inddraget. Ved den indledende forventningsafstemning skal det også drøftes, hvornår hvilke emner vil blive taget op."

In particular when it comes to "discussion" of one's sex life, there should never be *any* obligation for the patient to talk about their sexuality, feelings, desires, or any of the like. Rather, information on the impacts of hormones on these things should be provided purely from the healthcare provider. Indeed, this is an important subtopic within the broader informed consent umbrella, but to force a patient to disclose *anything* in this regard is not just humiliating, but I would argue abusive, or at least enabling abusive behavior, in particular towards trans kids.

I am speaking from personal experience, where it felt necessary to speak on my own thoughts, feelings, and experiences related to sex in order to receive my healthcare. It was humiliating, and I did feel violated. The patient may inquire into different aspects and dig down into topics they care about for this, but any implicit requirement that the patient should *in any way* need to talk about anything sexual should be refuted in the text here.

I will give yet another example that occurred in a different Nordic country, again from a source I know. During such evaluations when being forced to discuss these topics, the healthcare provider would often have porn visible on their computer - not even something that could be construed as relevant to the topic at hand, but personal porn, and not discreet enough to be entirely out of view. My own source experienced this firsthand, and in future meetings the doctor had students in the room, so that they were not alone. The doctor - who was at an old age - was able to retire soon after without issue or any consequences to him.

To be forced to discuss any sex-related topics, or to take it as a given that a patient would willfully or eagerly discuss these topics if not for their healthcare access being implicitly conditioned on it, opens the door for such abuse to take place. It must be specified that these topics are *presented*, not necessarily discussed, and for the purposes of informed consent.

18. Excessive ambiguity in how one's well-being before and after puberty onset affects evaluation.

Section 5.3., page 21: "Uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet opstået i forbindelse med puberteten skal vurderes grundigt, da dette både kan være udtryk for en forbigående identitetsudforskning, men også være udtryk for en opblussen i en vedholdende kønsinkongruens. Derfor bør oplysninger om trivsel og udvikling i de præpubertære år indgå i vurderingen."

I believe this statement should be clarified, as it is unclear how one's *trivsel* eller *mistrivsel* should impact the evaluation. For example, I only started experiencing depressive episodes after the onset of puberty, and given how much more stable my mood is post-hormone upstart, it seems overwhelmingly likely that this was primarily a manifestation of my dysphoria. Had I had any of the knowledge I have now at that age, I could have figured out myself somewhere during adolescence, between the ages of 11-15 at the latest.

So, to use my own life as an example, and knowing that I have been "approved" within CKI, would my depressive episodes starting during puberty have been seen as an indication or contraindication to 1) my transness and 2) my ability to receive hormones?

19. Ambiguity regarding "well-handled" vs. "not-so-well-handled" mental issues, particularly mood disorders.

Section 5.3., page 21: "Velbehandlede psykiske sygdomme er således ikke en kontraindikation for behandling af kønsinkongruens, men en grundig udredning skal sikre, at behandlingen tilbydes på det rigtige grundlag."

Following on to the above, and drawing some from my own life and most from the lives of other trans people within the local community, would not-so-well-handled depression be an indication or contraindication for treatment? Because, of the handful of instances I know directly from those who

have been rejected from CKI (most often the Copenhagen center - more on that later) and who afterwards could gain access to hormones, every one of them experienced improvements to their mental state. This is not to be anecdotal, but to state outright that the CKIs - particularly the Copenhagen one - yield way too many false negatives. In other words, they disproportionately deny trans people who would have otherwise benefited from receiving medical treatment.

Moreover, the denial of people who are deeply suffering - precisely as a manifestation of their dysphoria, such as deep depression - is akin to saying that one is too sick to receive the cure.

The data is clear on how much gender affirming care reduces depression and suicidality among trans people, and yet the CKIs seem to try to guess (and I use that word intentionally) in advance who hormones will help. There is thankfully a solution to this approach - an informed consent model based on WPATH SOC8 - as the current approach is not just faulty, but outright harmful to us.

On the benefits of gender affirming healthcare:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35212746/>

[https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(24\)00566-4/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(24)00566-4/fulltext)

<https://www.columbiapsychiatry.org/news/gender-affirming-care-saves-lives>

<https://whatweknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X23005608>

<https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/20/5/584/7145730>

<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/suicidality-transgender-adults/>

Moreover, I would like to clarify that many of these people either give up on trying to get in again entirely to a CKI, or they delay their next attempt by years, as they find it too troublesome and too likely to fail for them to get the treatment they deserve at these centers. These people who "fall through the cracks" seem to me to be nearly as numerous as the people who have received a diagnosis and treatment through CKI, at least speaking from my perspective on the local

community. Like mentioned above with the existing complaint system, this stems from a feeling of powerlessness and learned helplessness that has been repeatedly taught to us not just from the CKIs themselves, but from our entire lives as trans people and largely edge cases, as well as from all the intersectional issues we face and the failures of existing systems to address our needs.

20. Discrimination against autistic trans people.

Section 5.3., page 21: "En stor del af børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har samtidig en udviklingsforstyrrelse, fx autismspektrum-forstyrrelse. Nogle af disse børn/unge har svært ved at udtrykke deres oplevelse af køn og reflektere over effekten og konsekvenserne af den medicinske behandling. Der kan derfor være behov for et længere udredningsforløb, hvor tætte pårørende inddrages i endnu højere grad med henblik på at forstå barnets oplevelse og behov og dermed muliggøre, at der kan stilles en sikker diagnose og vurderes indikation for medicinsk behandling. En udviklingsforstyrrelse er ikke i sig selv en kontraindikation for behandling, hvis diagnosen kønsinkongruens efter grundig udredning er stillet."

C.f. Section 6.3., page 28: "Er der somatiske eller psykiske sygdomme som på trods af relevant behandling udgør en kontraindikation eller risikofaktor? Velbehandlede psykiske sygdomme er således ikke en kontraindikation for behandling af kønsinkongruens. Det skal overvejes, om den kønsmodificerende behandling kan forværre eventuel somatisk eller psykisk sygdom, ligesom forbedring af psykisk velbefindende og symptomreduktion af psykisk sygdom også skal indgå i vurderingen. Det vil ofte være særligt vanskeligt at stille diagnosen kønsinkongruens hos personer med udviklingsforstyrrelser, idet det kræver indgående kendskab til vedkommende. Her kan det være relevant også at inddrage samarbejdspartnere med kendskab til udviklingsforstyrrelser."

This is unacceptable. The proportion of trans people who are also autistic is estimated to be as high as a quarter of us, and for both trans kids and trans adults, you are sorely ill-equipped when it comes to addressing the needs of this intersectional demographic. It almost seems to be a *de facto* contraindication with how badly you treat this group.

Autism rates in trans people:

<https://autism.org/gender-discomfort-and-autism/>

From the top of my head alone - not even surveying the local community - I know of seven trans people who were rejected (from a geographically diverse group within Denmark), and where the

primary reason cited was due to their autism. Five were rejected from Copenhagen, one from Odense, and one from Aalborg. Three have had to resort to self-medication, two have thankfully had the means (money) to receive "international care" (which costs orders of magnitude more than healthcare via CKI), which comes with blood tests, conversations with doctors, and the like, and two of which I don't know if they can even access hormones otherwise.

And to be clear, these are well-functioning adults. They engage in deep intellectual conversations, they study or work in various domains, and they are deeply self-aware and high functioning. These are not autistic people who struggle to verbally communicate. They are simply people, and yet autism was the reason given for denial for every one of them.

Just because you reject these people does not mean they stop being trans or don't *need* access to gender affirming healthcare. For those who I know have access to hormones, all of these people's lives have improved, if not materially, then at least mentally, and markedly so. You have failed these people, and you continue to fail autistic trans people disproportionately, as well as neurodivergent trans people more broadly.

Core arguments

1. Anti-trans rhetoric and arguments

The criticisms above have been building to several themes, the first of which can best be elucidated by the following quote:

Section 5.3., page 22: "Grundet risiko for irreversible skadevirkninger og manglende viden om langtidseffekter ved medicinsk behandling, kræver det en vedholdende og langvarig (minimum to år for børn, som ikke er gået i pubertet) kønsinkongruens for, at medicinsk behandling kan opstartes."

Compare that to wording from the 2018 *vejledning*:

Page 19: "Behandling hos børn og unge omfatter reversible behandlinger som suppresserende hormonerapi ('stophormoner' som f.eks. GnRH-analoger), potentielt irreversible kønsmodificerende behandlinger med østrogener eller androgener og i sjældne tilfælde irreversibel brystkirurgi. F r tilbud om behandling skal der være foretaget en grundig vurdering af psykosociale forhold, og evt. behandlingstilbud bør overvejes i et udviklingsm essigt perspektiv.

Behandlingstilbud skal overvejes trinvist, fra reversible til irreversible, og ved trinskift skal både den unge og forældrene have erkendelse af de fulde effekter af behandlingen."

(still 2018 *vejledning*)

Page 20: "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 skal særligt understreges, at der er tale om nye behandlingsprincipper med begrænsede erfaringer."

While much of the content above that I have argued against has been disappointing but not surprising, I did not at all expect to see such a glaring anti-trans dog whistle in the *primary text* about the healthcare we are entitled to receive as trans people in Denmark.

(For those not in the know, a dog whistle is "the use of coded or suggestive language in political messaging to garner support from a particular group without provoking opposition", per Wikipedia. Other anti-trans dog whistles include phrases like "gender ideology", "transgenderism", and "TIM" and "TIF". For further context, some examples of older racist dog whistles could be "welfare queens", "forced bussing", and "states' rights". Other more general LGBTQ+-phobic dog whistles include "protecting children" (see hermeneutical injustice below) and "the LGBT agenda".)

The dog whistle from the above excerpt is *irreversible skadevirkninger*, which appears to take direct inspiration from and is a direct translation of the infamous anti-trans book *Irreversible Damage*, published in 2020. These sorts of anti-trans talking points - e.g. that our healthcare is really just causing irreversible damage to our bodies - have been around since well before 2018, but they have become increasingly popular as anti-trans sentiment has gained traction among many right-wing political movements.

I mention this because it seems likely that at least one representative from the *arbejdsgruppe* has since become aware of these popularized anti-trans arguments after the 2018 *vejledning*, shares the same sentiments, and decided to include callbacks to them in this most recent draft. This is supported by the repeated yet unjustified assertions to a general "lack of evidence" regarding trans healthcare that are also in the draft.

The 2018 version contained no such references to this lacking evidence (as far as I could tell from a cursory search, beyond the excerpt above on page 20, specifically relating to trans youth). Nor

did it ever use the term *irreversible skadevirkninger*, but rather *irreversible forandringer*, which is value-neutral rather of laden with fearmongering and makes much more sense. This current draft however, alludes to a "lack of evidence" not just in the above excerpt from page 22, but again and again and again on pages 9, 15, 23, and 28, without ever citing a source or providing further context for this. Compare this to how the damage that comes from delaying care for trans people is only mentioned twice - once for trans youth, and once for trans adults on page 28. Even then, in the latter case, only the psychosocial harms are recognized, even though puberty continues into one's 20s, and even though the later one starts in life with hormonal treatment, the less impactful those hormones will be. Moreover, there are also considerations such as androgenic alopecia, which worsens over the years. In other words, there are lasting physical harms and consequences for delaying healthcare for trans adults, and they should be also recognized.

Returning to the point however, what does it say about the implicit values expressed by this guidance to repeat this "lack of evidence" so many times? It's not as if we are working from less research than in 2018 - quite the opposite in fact. And that research contradicts the stubborn approach maintained by this latest guidance - namely, the guidance still asserts that there should be gatekeepers in charge of deciding who is permitted to transition (I will return to this in my second core argument).

I would argue that the repetition of "lack of evidence" so many times in the new guidance - particularly when taken in concert with the rest of the text and the fact that the statement is never given further context anytime it's mentioned (other than to justify withholding care, or "extra caution") - transforms the statement from a descriptive one to a normative one. It's as if the guidance is trying to say that there *can never* be enough evidence for gender affirming healthcare. I compare this to the anti-vax movement below because of the parallels within medicine, but it is also very much like climate change and evolution denialism, where opponents of the scientific consensus - who are purely politically or ideologically motivated - simply deny the science or say that there isn't enough data to draw conclusions. Similarly with attacks on WPATH (mentioned in my second core argument), there have likewise been bad faith attacks on scientists and organizations involved in fx climate change research in an attempt to discredit those groups and therefore the field as a whole.

I will thoroughly address the claims about evidence before the end of this core argument, but I find myself unable to structure this in a way that doesn't attempt to address the dog whistle first. There

is a whole rabbit-hole of information I would like to share related to this, primarily regarding the anti-trans movement at large, how it ties into the rhetoric and arguments within the new guidance draft, and why that should be extremely concerning (to put it mildly). However, I want to keep this as tight as possible.

These arguments are fundamentally eliminationist towards trans people. In the same way there are people out there who want to kill all gay people, or remove them from public life (i.e. force them back in the closet), there are organized, political groups and movements who want to make it impossible for us to exist as trans people, or to even get access to necessary and *life saving* healthcare. This is why I call these arguments and the people behind them "anti-trans", as it goes far beyond latent transphobia, the latter of which exists among most of the cis population. Those are things like "I don't want men [sic] in women's bathrooms!" (What about trans men in men's bathrooms? No one cares there.) Anti-trans rhetoric and those who promote it on the other hand have the explicit goal of *eliminating* trans people, and I will let a similar word I am leaving out hang in the air for the reader to contemplate.

To make this more explicit, here are just some quotes from one of the leaders of the anti-trans movement, Helen Joyce:

"[Those who transition are] damaged."

"[Being transgender is a] rights-destroying belief."

"[Trans people are a] huge problem in the sane world."

"[We should be] keeping down or reducing the number of people who transition to limit the harm done."

"It is not good for you to cut off body parts or to take hormones. If you can live with the body you were born with, that's a better outcome."

<https://www.oxfordmail.co.uk/news/24935685.oxford-university-protestors-disrupt-gender-critical-debate/>

C.f. a prominent Finnish anti-trans scientist:

<https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor>

These people endorse conversion therapy as well, even though this approach towards us has been demonstrated time and again not to work, but to outright worsen outcomes for us. In more

civilized places like France, Germany, Spain, and Canada, conversion therapy is recognized as torture and outright banned. Yet, many trans people describe their conversations particularly at the center in Copenhagen as resembling conversion therapy. Gender affirming care is the *only* evidence-based and proven approach that improves health and well-being outcomes for trans people. Every other approach is not just bunk, but outright harmful. But the current government is too cowardly or unwilling to ban conversion therapy in spite of this:

<https://www.dr.dk/nyheder/indland/forsker-om-manglende-forbud-mod-omvendelsesterapi-regeringen-frygter-blive-kaldt>

While I made efforts to preserve the sentiment of Joyce's quotes above, there is one quote in particular that I knowingly modified from the above source to humanize us as trans people, namely: "[Trans people are a] huge problem in the sane world." The actual term she uses in place of trans people is "gender identity ideology", as people like this refuse to humanize us. They refuse to say "trans" and "person" together in the same sentence. It has to be framed by these people that we are an ideology (c.f. "transgenderism"), rather than a demographic of people who are deserving of legitimacy, recognition of our identity, and access to gender affirming healthcare, and all of these as fundamental human rights issues.

On that note, there has been a glaring issue that I have waited to address until now, namely how this draft has the same exact problem, just to a lesser degree.

Throughout this new guidance draft, phrases similar to *personer med uoverensstemmelse mellem f dseltildelt k n og kønsidentitet* are used about 26 times, give or take a few. This sort of language use is dehumanizing towards us, as it not only frames us in an excessively medicalized and conditionalized context, but also likewise refuses to *ever* put the words "trans" and "person" together (literally, in the case of Danish). Rather than simply defining *transperson* as this exact thing, and then using that term in place of this, it seemed a very mindful decision to avoid using *transperson(er)* throughout the entire main body of the guidance. The word is only explicitly used twice, in back-to-back sentences where pronouns are defined in the glossary (page 41). Just imagine writing *personer med overensstemmelse mellem f dseltildelt k n og kønsidentitet* this many times when referring to cis people.

Given the stated concerns within the guidance itself as to the stigmatization we face, it seems very ironic that the guidance would consistently use stigmatizing language such as this. Nowhere is this

subtle dehumanization seen more clearly than on [sundhed.dk](https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/lgbt/transkoennethed--koensinkongruens/)'s page on gender incongruence - written by Malene Hilden (these bullet points are literally back-to-back):

- Begrebet cisperson bruges om mennesker, der oplever overensstemmelse mellem det tildelte og det oplevede køn
- Begrebet transkønnet eller k nsdivers bruges om personer, som ikke identificerer sig med det ved fødslen tildelte k n

"Citizen piece":

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/lgbt/transkoennethed--koensinkongruens/>

A cis person deserves the moniker "person", but a trans person does not. This is a common habit among the anti-trans movement and such people thereof, who refer to us as for example "a trans(gender)" instead of "a trans(gender) person". They purposely use the adjective as a noun unto itself, like with "the gays". There are some linguistic differences between Danish and English here, but they are not relevant on this exact point, as the quote above is meant to show an explicit and obvious example where *transperson* could have been used, but was not. See more below.

(Due to the cumulative coincidences of how I wrote this, I am starting with my weakest argument here, when this should have come closer to the end to highlight the point I'm making, but I cannot structurally change it at this stage without overhauling edits.)

Compare this to another page on gender incongruence on [sundhed.dk](https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/sundhedsoplysning/forebyggende-medicin/lgbt/koensinkongruens/), which contains more mixed authorship:

- Personer med tilskrevet maskulint køn ved fødslen, som ønsker feminiserende behandlingstiltag, omtales som transfeminine (transkvinder)
- Personer med tilskrevet feminint køn ved fødslen, som ønsker maskuliniserende behandlingstiltag, omtales som transmaskuline (transmænd)
- Transkvinder og transmænd omtales under ét som transpersoner. Modsat transpersoner betegner ciskvinder/cism nd personer, som oplever overensstemmelse mellem det tildelte og det oplevede køn
- Nonbin re/k nsdiverse personer er mennesker, som ikke kan identificere sig med hverken et maskulint eller et feminint køn – eller som identificerer sig med begge dele

"Medical piece":

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/sundhedsoplysning/forebyggende-medicin/lgbt/koensinkongruens/>

So, of these two sources, there are:

- The piece written at least largely by Malene, which is directed towards “citizens” (*borgere*), and
- The piece with somewhat uncertain but perhaps more mixed authorship (including Malene), which is directed towards medical professionals (*fagpersoner*)

With those introduced, there is more I need to dive into to compare these two texts before continuing.

The wording above for the “citizen piece” is innocuous enough, as *transperson(er)* are otherwise mentioned relatively frequently throughout the rest of it; it’s just that in direct comparison with cis people, this wording is specifically *not* used. However, there are more significant differences between this piece (“citizen piece”) and the mixed authorship piece for medical professionals (“medical piece”).

For one, there is an acknowledgment in the medical piece for both feminizing and masculinizing hormones, that the effects are to a greater or lesser extent reversible:

(Medical piece) For feminizing hormones: “Behandlingen er delvis reversibel, undtagen hvad angår brystvækst og testikelatrofi.”

(Medical piece) For masculinizing hormones: “Sidstnævnte forandringer er reversible, og fertiliteten genvindes ved ophør/pausering med testosteron.”

Why would such crucial information be excluded in the piece directed towards citizens? Why should trans people and their families not have access to that information (or just other interested readers)? Note as well that *reversible* is also used in the 2018 guidance where relevant, but the word is not mentioned *once* in the new guidance draft. What might that say about the biases of one or more people on the *arbejdsgruppe* (as it is accurate and *should* be mentioned for completeness’ sake)? And how could those biases impact the level of healthcare we should expect to receive (or rather, be denied) from such people?

Furthermore, why is one’s social life listed as a requirement for treatment in the citizen piece, yet not in the medical piece?

Citizen piece: "Det er behandlerens opgave at...[d]anne sig et billede af kropslige, psykiske og sociale faktorer, som taler henholdsvis for og imod at indlede medicinsk og/eller kirurgisk behandling."

Medical piece: "Derudover er det behandlingsteamets opgave at undersøge tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag hos personen samt at danne sig et indtryk af evt. somatiske og psykiatriske faktorer, som kan belaste personen og dennes mentale og sociale stabilitet."

I come back to this point again (social factors) in my second core argument, but the point here is to emphasize how Malene's piece is consistently and at least subtly biased and more stringent against trans people. The most egregious examples are two sections that are fully missing from the medical piece. *Why* then are they included in the piece directed towards an audience of trans people and their relatives, especially when both pieces were last updated within two weeks of each other (both during February 2023)?

Malene's piece:

1. "Er der alvorlige konsekvenser på lang sigt af behandlingen?"

Man ved stadig meget lidt om de mulige konsekvenser på lang sigt af behandlingen, samt om resultaterne af behandlingen, når det gælder mindskning af kønsubehag og forbedring af den generelle livskvalitet.

Nogle personer som ikke identificerer sig med det ved fødslen tildelte køn, vælger at søge behandling udenfor det etablerede danske sundhedstilbud, ved at modtage behandling i udlandet eller behandle sig selv med hormoner indkøbt på internettet. Der kan være en betydelig sundhedsrisiko ved denne behandling, idet det præparat man får og præparatets effekt kan afvige betydeligt fra hvad der anbefales af lægerne."

2. "De seneste år er man i sundhedssystemet blevet tiltagende bekymret for det stigende antal henviste børn og unge med kønsligt ubehag (i 2022 var der ca. 300 henviste børn og unge). Der er en overvægt af pubertetsbørn med tilskrevet feminint køn, hvilket også ses i flere europæiske lande.

I lighed med voksenområdet, er der ingen videnskabelig forklaring på ønsket om behandling for kønsligt ubehag, og der tænkes i multifaktorielle forklaringer. Desuden ses der i flere europæiske lande og USA, større grupper af tidligere patienter som fortryder

deres behandling med hormon og kirurgi. Fænomenet kaldes detransition, at vende tilbage til det oprindeligt tildelte køn. Vi har ikke tal på, hvor mange og hvem der af de behandlede personer, der vil fortryde deres behandling.”

To answer the question I asked before these excerpts, it implies that Malene specifically wanted to highlight these (fearmongering) points in the piece that she had (apparent) sole authorship over, especially since these paragraphs alone could affect whether a parent of a trans kid would feel comfortable with their kid seeking gender affirming care in the first place. Even though the above quotes should also presumably be relevant for medical professionals to know if they were legitimate, they are fully lacking in the medical piece. It implies that she knows she cannot get away with such nonsense there, when there are other experts with direct input.

The first quote above gives me a high degree of confidence that Malene is indeed largely responsible for the authorship of *irreversible skadevirkninger* and the “lack of evidence” mentioned through the new guidance draft. Compare it with this quote from the medical piece: “P  trods af et stigende antal videnskabelige publikationer vides der endnu meget lidt om langtidskonsekvenserne af behandlingen samt om behandlingsresultater, n r det gælder reduktion af kønsubehag og generel livskvalitet.”

The latter quote, while I still fully disagree with it in the normative aspect (what it implies *should be or should happen* as a result of this lacking data), it is still comparatively more value neutral than the extremely leading question “Er der alvorlige konsekvenser p  lang sigt af behandlingen?” from Malene’s piece. This speaks to the *essence* of how people like her might see us: damaged, sick people, who are damaging ourselves even further by taking hormones and having surgeries and all the rest. It doesn’t matter that it’s dressed up in scientific vernacular; it is in fact fundamentally equivalent to an anti-vaxxer or climate denier who’s “just asking questions”, in how much it is meant to imply the answer by the very question it is asking.

I will return to this again when discussing evidence for our healthcare below, but this implicit sentiment is most obviously seen in the second quote above. To use the word *bekymret* is to be so values-laden as to speak directly to Malene’s ideas about us as trans people. She, like the anti-trans movement at large, sees us as a trend or a social contagion, and fearmongers about the “large number” of detransitioners who regret transitioning. When she mentions *større grupper af tidligere patienter som fortryder deres behandling med hormon og kirurgi*, is she talking about a rise from 1% to 2%, or 1% to 10%? It’s left intentionally unclear, along with many other implications

from this statement - e.g. in how it groups different cohorts into a single claim. Similarly with *Vi har ikke tal på, hvor mange og hvem der af de behandlede personer, der vil fortryde deres behandling*, the implicit goal of this text is to make trans people, their friends, and their families, fearful that they will regret this, and that it will be the worst decision of their life. "We don't have the numbers, but it's rising. *You should be fearful*," is the implicit normative effect of these statements. To make such a bold and open-ended claim, and then to cite a "lack of evidence" in favor of trans healthcare throughout the guidance draft, especially if Malene is the author of both types of statements, demonstrates exactly what evidence she chooses to value, and which evidence she disregards.

I use the word *disgusting* in only two other places throughout my entire commentary (though only once, if you only count references directed at our healthcare, rather than to the politics), and I will use it here as well. This is disgusting. Just referencing the regret rate for vaginoplasty in Denmark, it is 1%, as mentioned earlier in my commentary. More broadly, other gender affirming surgeries have a regret rate of about 1%. Compare that to knee surgery, which has a regret rate of at least 6%. Now, there can be differences in methods used to contact people, measure regret, and account for response rate, but the source below discusses these points, and the conclusion is to standardize this as much as possible. However, they are still relatively comparable numbers, the 1% for gender affirming surgeries and 6% for knee surgery, and there are sources that claim a regret rate of as high as 30% for knee surgery. That variability alone is something of note, and the fact that gender affirming surgeries have such a low regret compared to other surgeries, even if the figure were to quintuple when accounting for other factors, shows that this healthcare *works* for us. The fearmongering about regret rates in trans healthcare thus speaks much more to the *values* of the person promoting those claims rather than to the *factual and contextual* nature of the data itself. I highlight surgeries here, as they are the most invasive, irreversible, and prone-to-consequence interventions, but that is not to speak negatively of hormonal interventions in the least.

One trans surgery regret rate paper:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8099405/>

I reference many papers on detransition in my second core argument, but I feel the need to also highlight them here. The core takeaways are this: Scientific papers that have been used to inflate the detransition rate have several methodological "flaws" that seem intentionally designed to result in larger numbers and thereby be used to shape a political narrative around not just our healthcare,

but our place in society. For one, they count people who attempt social transition exclusively and then detransition as part of the same group who also underwent some degree of medical transition. Furthermore, such papers make no distinction between those who detransition for external reasons - safety, support, acceptance, cost (literally unable to afford the medication), etc. - or internal reasons - i.e. no longer feeling trans, or feeling trans but under a different identity. "[T]he vast majority" of people who detransition do so for external reasons (source 3 below), and a significant proportion of those retransition under better circumstances - speaking purely regarding medical transition here. The headline figure is that 98% of trans people who start gender affirming healthcare are still continuing it 5 years later. That, and even as access to this healthcare is expanded via an informed consent model (more on that in my second core argument) and the risk of people who attempt medical transition and find it's not for them increases, the data still shows that fx "[while] there are adolescents who detransition, [they] do not regret initiating treatment[,] as they experienced the start of treatment as a part of understanding their gender-related care needs". For those with regret, there is no comparison of the scale of regret for detrans people compared to trans people who are denied care, nor the relative proportions of each group. (Again, it is *the* largest regret in most of our lives that we did not start transitioning sooner.)

Detransition rates, reasons, and regrets:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505568/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9516050/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8213007/>

<https://app.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v8/SOC-8%20FAQs%20-%20WEBSITE2.pdf>

https://www.huffpost.com/entry/the-end-of-the-desistance_b_8903690

<https://gidmk.substack.com/p/does-gender-affirming-care-reduce>

<https://www.scientificamerican.com/article/evidence-undermines-rapid-onset-gender-dysphoria-claims/>

<https://substack.com/@dolphindiaries/p-154268044>

I want to highlight a few sources above of particular note, even though they are not direct, peer-reviewed scientific journal articles:

https://www.huffpost.com/entry/the-end-of-the-desistance_b_8903690

This piece highlights the how and why behind the attempts to inflate detransition figures, from numbers like 30% or 40% to even 80%, and in particular how a concept like “desistance” is largely manufactured.

<https://www.scientificamerican.com/article/evidence-undermines-rapid-onset-gender-dysphoria-claims/>

This is seen even more clearly with a concept like “rapid onset gender dysphoria”, from a paper so bad that the authors were forced to retract it. The methodology they used allowed them to literally *invent* this concept from wholecloth, and it came as a result of them asking the *parents* of trans youth how they felt about their kids coming out to them, and then using that as the primary data for their analysis. In particular, they were seeking out explicitly non-supportive parents through the website they used to collect data.

<https://gidmk.substack.com/p/does-gender-affirming-care-reduce>

Then you have a breakdown here of a Finnish study, where the study claimed that gender affirming healthcare did not sufficiently help with suicide rates among those who received it. This article explains in great detail how the study itself speaks against its own conclusions.

Not surprisingly, one of the authors is also a predominant figure among the anti-trans movement:

<https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor>. She is also someone who has tried to inflate the proportion of detransitioners, has sat on the Advisory Board for the Cass Review (more on that below), and has testified in favor of fully banning gender affirming healthcare for minors in Florida. Her function is not primarily as a scientist; she is an activist with explicit political aims and goals, who wants to stop trans kids (and trans people as a whole) from accessing life saving healthcare for ourselves.

Florida source:

<https://www.nytimes.com/2022/11/04/health/florida-gender-care-minors-medical-board.html>

That is the quality of research, and of people, who are being promoted implicitly by Malene’s statement. This is actively harmful to trans people’s lives.

<https://substack.com/@dolphindiaries/p-154268044>

Last but not least for these sources of note is a piece written by someone who detransitioned. (I specifically want to avoid potentially dehumanizing language myself here by not using phrases like “a detransitioner”, for similar reasons to why no trans person would say they were “transgendered” outside of a joke.) This was the source I was most hesitant to include, as it is simply the first-person account of a single detrans person. However, it highlights in a nutshell another important facet to this whole conversation: that detrans people by and large still support trans rights and our access to gender affirming healthcare.

There tends to be a mutual understanding between us: They recognize that we are who we are and that we *need* access to this healthcare (for those who desire medical transition), and they often find their experience a worthwhile exploration of their identity. It is why I highlighted in the praise section that I am happy that detrans people are explicitly able to get help to detransition under this new guidance. It could be Malene who made sure to include that simply to bolster her narrative, but I don't care in the least. This is about people's lives, our freedom and bodily autonomy, and our ability to discover who we are and live our best lives as our best possible selves. And when I say “we”, I mean every person on earth in this instance. *That* is the core ethic that we (should) embrace as trans people, and it is why I care so much to spend the necessary words on this topic. (I use “should” in parentheses to reflect the dual nature of this statement as both descriptive and normative. Namely, I believe both that the trans community at large follows these ethics to their fullest extent, and that *it is a good thing* that we do so.)

In general, people who have explored their gender in any way tend to come out of it with a better understanding of themselves, as well as who they want to be compared to the societal expectations placed on them. It is unfortunate that there is an artificial narrative built up around detrans people, as they serve as useful political tools for those who oppose trans healthcare, and almost always as well, trans people as a whole. In other words, the people who sow doubt about our healthcare are just anti-trans (i.e. eliminationist towards us) and don't give a single fuck what the science says.

This is why there are prominent detrans people who are platformed in the media, whereas trans people are generally more ignored, other than in cases that attempt can portray us in a bad light or just act as a wedge issue (c.f. <https://www.youtube.com/watch?v=R2e9OFMbaHg>), to the extent that cis trolls and harassers - even in Denmark - are spotlighted in the media to set the narrative against us (not giving that person any attention here. This is all in spite of the fact that we

represent a far larger proportion when one compares us to detrans people. This is almost like how climate deniers are given equal weight in news articles and news clips to actual climate scientists, giving the public a disproportionate view of what the scientific consensus *actually* is. Here with trans and detrans people however, we serve as more of a proxy, though we are direct targets politically, but there *is* a direct comparison to anti-trans movement scientists (like Hillary Cass - more below - and Riittakerttu Kaltiala) versus the scientific community at large. In this case, the consensus is more than clear that gender affirming care is what works, and is the only thing that works. Yet, these anti-trans scientists are given a larger platform than what their standing compared to the scientific consensus actually represents. This speaks - like with climate change - to the politically motivated nature of these people and those who platform them.

Going back briefly to the platforming of detrans people, I do *not* want to imply that they are illegitimate in their identities or experiences - for the most part. Those who *are* platformed in the media are more likely to be straight-up grifters, like Oli London (https://en.wikipedia.org/wiki/Oli_London), who claims to be a detrans person, but who's only actual claim to this is that he is a British person who underwent plastic surgeries to try to look more Korean, specifically like a well-known celebrity. This point is not meant to delegitimize detrans people - they exist and are of equal value as *people* - but rather to highlight the broader insincerity and grift behind the anti-trans movement.

To wit: I would struggle to name a dozen detrans people, as there are so few out there in the public image, even though there is a strong appetite to promote them, especially those who would want to explicitly promote the "dangers" of gender affirming healthcare. Again, I would point out that this is because almost all detrans people still support this care for us. When it comes to trans celebrities, I could easily name a dozen or two off the top of my head. For trans people in my local community alone, I know several dozen (50+). I highlight all of this to give some proportionality to the detransition narrative, though none of this paragraph in particular has been scientifically rigorous in any regard.

I will however mention one more informal point about our relative populations to cap this off: Of the online communities that exist out there for trans and detrans people alike, when comparing the size of the main community for trans people on a particular platform to the main community of detrans people on the same platform, you get the following sizes (rounded to two significant figures): 590,000 for the first, and 11,000 for the second. Compare this with fx a more niche trans

community that is used by transmascs who nevertheless like femininity and embrace that in their daily lives: 49,000. To put a pin on this, for the quotes I use at the very end of my commentary - which are purely there to humanize and personalize our experiences as trans people - I didn't have to look far at all. I literally ran across a random thread posted on a random day of the week as I was browsing, and it had more than 100 comments, and some of the stories stuck out to me so much that I wanted to include them here.

(This last community may strike one as a bit odd, as cis people tend to be completely uncomprehending towards anything outside of the gender binary, but I personally know such people. One guy I know would say that he doesn't particularly think of himself as a man - rather, he is agender. But he uses he/him pronouns, loves testosterone and its effects and has been on it for 3 years, has had top surgery, and likes or at least doesn't mind that he is seen as a guy in society. He likes to dress feminine when he feels like it, as the clothes fit him in a more "boxy" way that he actually prefers. This is just part of the trans experience, and people just like this - transmasc but feminine - represent a larger portion of trans people than detransitioners, using the communities above, by nearly 4.5-to-1.)

Returning to the sundhed.dk sources for a final note on this point, while it is acknowledged that *[m]an ser en nogenlunde ligelig fordeling mellem kønnene, mens man tidligere har behandlet langt flere transfeminine end transmaskuline* in the medical piece, in Malene's piece, this is somewhat contradicted by her statement that *[d]er er en overvægt af pubertetsbørn med tilskrevet feminint køn, hvilket også ses i flere europæiske lande*. Again, no clarification is given. Is the ratio closer to 55-45 transmasc to transfem, or 70-30? And no thought is given to the factors that may be behind this, as it was explicitly acknowledged that transfemmes used to dominate the numbers, and Malene clearly knows this.

The two main excerpts from Malene's piece above seem intended to suggest that we as trans people are an unstable trend, and it makes no effort in the least to recognize the social and medical barriers we face, nor how that might affect the relative proportion of us seeking care by demographic. The cumulative effect of Malene's piece is to say, "Parents, watch out for your kids! Especially your sons daughters who may be caught up in the transtrender social contagion and may later regret it for the rest of their life!" I will return to this below, but besides highlighting that Malene's piece seems directly inspired by the anti-trans movement, this also speaks plausibly to her larger views towards us and therefore the care that she denies us.

Returning first however to the omission of *transperson(er)* throughout, with the above in mind, there are of course rationalizations and justifications for not using this term for us. There always are. But beyond the handful of instances where a lengthier phrasing may be necessary in order to include those who are questioning but not necessarily trans, the vast majority of the 26 or so instances can simply be swapped out with *transperson(er)*, without loss of generality. A significant portion of the intended audience for this guidance after all is not just healthcare professionals, but trans people and our family and close friends. This should be written with us in mind, not just as patients, but as people.

(Also note the unnecessary reference to our birth sex on page 38, rather than simply using *transkvinder* and *transmænd* respectively: "For personer med mandligt fødselstildelt køn er der mulighed for sæddeponering før op start af kønsmodificerende behandling. For personer med kvindeligt fødselstildelt køn...")

The fact that this *wasn't* done, combined with the anti-trans dog whistle, piqued my interest in looking more into the representatives for the *arbejdsgruppe*, as any trans person working on this guidance would notice these things that cis people overlook, and would subsequently argue strongly for the use of *transperson(er)* in order to humanize us better, as well as the removal of the dog whistle.

It seems that there is perhaps one trans person among the representatives. I almost want to ask whether it would be considered a conflict of interest (*habilitetsproblem*) for a trans person who receives medical care to be a representative for this group. In fact, that question is not rhetorical and I would love an answer. All representatives are after all required to confirm that they do not have conflicts of interest, so what does that mean in this context?

Moreover, besides the representatives from LGBT+ Danmark and FSTB (who I largely implicitly trust), the next three authors listed are all those representatives from the CKI in Copenhagen, with Malene being foremost among them. If the ordering of representatives had *anything* to do with the degree of influence and authorship of this new guidance draft - or rather, if Malene was the foremost medical contributor - then that would not surprise me in the least, given what I am left to infer about her views on the basis of her reputation and her explicit authored text above.

Regardless, in a document written to address our healthcare needs, with the tens of millions of *kroner* spent to address LGBTQ+ needs, there is *maybe* one trans person among the entire group.

Clearly they didn't get to exert much influence, as the dog whistle remains (twice - it is also on page 28) and the bad arguments remain.

So, I will counteract them.

Much of the veneer of scientific justification for denying trans people access to care - in particular trans youth - stems from the publication of the Cass Review from the UK in early 2024. This review was compiled by someone motivated by anti-trans sentiment, i.e. someone who would rather have all of us be subjected to conversion therapy, rather than allow us access to gender affirming healthcare.

Biases of the Cass Review:

<https://www.erininthemorning.com/p/opinion-englands-anti-trans-cass>

<https://www.erininthemorning.com/p/cass-met-with-desantis-pick-over>

People like Hillary Cass are not just seeking to eliminate healthcare for us under the guise of "protecting us" (or "protecting the kids" - as if trans kids categorically do not exist), they are similarly motivated to make it difficult or impossible for us to exist in public, full stop. In other words, this is not just about our right to healthcare, but our right to exist. These people are couching their views as "legitimate concern", and wielding "science" and politics and societal narratives to exert their influence and make our lives more difficult. These people do not want us to exist; they are a direct existential threat to us.

The Cass Review itself essentially tries to dismiss the overwhelming majority (95%+) of trans-related scientific papers as "low-quality" evidence, even though the methodologies that would be required to be considered "high-quality" from the review's perspective are not just impractical, but unethical, such as double-blind trials. This is an ethically unjustifiable approach, as gender affirming care is known to reduce suicidality, so to give one group a placebo for years is likely to lead to bad outcomes. Similarly, it is hard to maintain the double-blindness when one cohort literally starts growing breasts for example.

This can be compared to pregnancies and the ethics and practicalities surrounding designing experiments that don't risk the life of the mother/parent or the baby. As such, the research in this area is similarly "low-quality".

These arguments are all well and good, but the main rebuke to the pseudoscientific and politically motivated nonsense of the Cass Review is how many endocrinological and psychiatric societies across multiple nations have refuted its validity, and who have stood by the fact that trans youth - the primary group attacked by the Cass Review - deserve access to gender affirming healthcare. These include bodies from France, Canada, USA, and Australia.

France: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X24001763#tbl0001>

Canada: <https://www.cbc.ca/news/health/puberty-blockers-review-1.7172920>

USA: <https://www.scribd.com/document/730290510/Statement-From-Endocrine-Society>

Australia: <https://www.ranzcp.org/news-analysis/a-letter-from-members-regarding-the-cass-review-and-the-college-s-response>

And while the sources below have not been updated since the Cass Review, they also speak against its contents and conclusions:

<https://cps.ca/en/documents/position/an-affirming-approach-to-caring-for-transgender-and-gender-diverse-youth>

<https://publications.aap.org/pediatrics/article/142/4/e20182162/37381/Ensuring-Comprehensive-Care-and-Support-for>

(Both were either posted or updated in 2023.)

Moreover, while the guidance draft repeatedly proclaims the “lack of evidence” related to our healthcare, it never provides any context. Without that, these statements take on an implicit normative effect and fearmonger towards the intended audience: trans people, our relatives, healthcare providers whose ostensible job is to provide us care, and bad faith actors, who want a document to quote mine from to justify their bigoted beliefs.

What needs to be made clear is that this entire discussion is fundamentally about values first, not facts (like with the point on surgeries above): whether we are granted legitimacy in our identity and existence, whether we are permitted to transition, what level of care we are given access to, who gets to decide whether we are “trans enough” for the purposes of healthcare, etc.

(C.f. <https://www.youtube.com/watch?v=lqeFegInoXc>)

The values being implied by this most recent draft seem to be, "We want to prevent as many people from transitioning as possible, because there is so much unknown and it's dangerous and causes irreversible damage, and only the freakiest of transnies, who are willing to humiliate themselves and talk about their sex lives and socially transition before they are ready - for our amusement - deserve access to healthcare."

The level of denialism surrounding the evidence for gender affirming care in this draft is most akin to vaccine skepticism, in that it is completely unjustified, based in fear and misunderstanding, and harms those who are affected by it. Though in this case the only harm being done is to us, as we are denied healthcare unfairly.

One could also compare the fearmongering around our healthcare to the p-pill, as Republicans have been pushing for years now in the US. They want its certification revoked, as ethinylestradiol (one of the main ingredients typically) can *fx* cause blood clots. An exact parallel line of argumentation exists for our (trans people's) hormones, which are however bioidentical and have better safety profiles than even the p-pill, which is already safe. Trans women (transfemmes more broadly) use the same stuff that cis women use for menopause, and trans men (transmascs more broadly) use the same stuff that cis men use to supplement low androgen conditions. Similarly, puberty blockers are known to be safe and effective for kids with *fx* precocious puberty. In all of these instances, the safety and efficacy of these medications *never* comes into question for cis people, only for trans people. What does that say about the people who fearmonger about the safety of these medicines? I will leave that answer as an exercise for the reader.

And, when it comes to estradiol in particular, we in Denmark lean towards the safest methods first: transdermal application. As for efficacy, I have already discussed the topic multiple times above, but gender affirming healthcare is the *only* healthcare that improves trans peoples' lives.

Furthermore, why might there be a lack of evidence, particularly for the long-term? Could it be that earlier trans research had been destroyed? Could it be that there largely hasn't been an interest in this area until the last couple decades at most? Could it be that this is a vastly underfunded area of research? Could it be at all similar to how cis women were never even included in medical studies until 1993?

Destruction of research by Nazis (c.f. USA today and the attempted removal of trans science specifically):

<https://www.erininthemorning.com/p/jk-rowling-holocaust-denialism-author>

Regarding present-day USA (I have literally dozens of sources here I am excluding, so as not to get too off topic):

(Select "LGBTQIA" from the Subjects drop-down.)

<https://www.project2025.observer>

Now, cis women are not stigmatized to nearly the same degree when they try to access healthcare compared to trans people, despite there not being nearly as much data on them as for cis men (due to the above), so why should we as trans people be stigmatized for something entirely out of our control? Clearly the motivation is not any lack of scientific data, but bigotry, plain and simple. However, I do not want to imply that cis women don't face medical discrimination or subpar healthcare themselves compared to cis men. Medication and dosages for example are largely still designed for cis male bodies, and cis women's health concerns are overly attributed to fx anxiety by doctors, which delays care for the underlying issue and causes unnecessary damage. (I wonder if there's a parallel there for trans healthcare? There is; this is purely rhetorical.)

Moreover, there are plenty of examples of trans people who have lived long lives (Caroline Cossey as just one example), so being trans and transitioning should not be implied as some dangerous death sentence that shortens our lives. Our greatest health risk as a demographic after all is suicide, and gender affirming healthcare is what allows us to live long lives in the first place. I know someone personally fx who has been on testosterone for more than three decades (not to be overly anecdotal here in my presentation of evidence). This stuff doesn't kill us, and it honestly evokes the spirit of "sudden death syndrome" as argued by anti-vaxxers when it came to the COVID-19 vaccine and mRNA technology.

If the guidance is going to mention a "lack of evidence", it should not mention it excessively. And it should be required to provide this context so that it does not create unnecessary fear and barriers to entry, particularly by scaring family members of trans people, who will quote these lines from the guidance to argue that their trans family member should not transition. It gives false legitimacy to a fear-based set of beliefs about our healthcare, and in the worst case, is inspired from outright eliminationist (anti-trans) rhetoric towards us.

Finally, it *must* be mentioned that the evidence we do have on gender affirming healthcare is that it is the *only* safe and effective method for treating trans people. When we get this care, we have

lower rates of depression, fewer suicide attempts, better life satisfaction, and all the rest (c.f. above sources from when I discussed "not-so-well-handled" mental issues - criticism 19). The evidence we *already* have here is more than sufficient to justify giving us this care, and this *must* be stated alongside any mention of "lack of evidence".

Life satisfaction: <https://ustranssurvey.org/>

Speaking personally, the long-term consequences are this: I want to live. I am no longer sleepwalking through life, living in misery, a shell of a person with no sense of humor and no hope or vision for the future. I am happy. I can laugh. I can *cry*! I literally could almost never cry before - I can count those instances since my first puberty on one hand. I can make jokes at a frequency I did not remember being possible. Despite the ever-increasing political attacks on us, especially over the last few months following a fascist victory in the US, and despite future prospects for the entire world looking ever more gloomy, I am surprisingly the happiest I have ever been, certainly within the last 8-10 years.

The long-term consequences for trans people are that we get to live. For many of us, the choice comes down to transition, or death. I was on a path for that, like many others. That is the most permanent, long-term, irreversible damage that could be done, and anything that saves my life and *makes my life worth living* is worth any cost. But I know what that cost is, largely - I have fx a higher risk of breast cancer (actually less than my cis women counterparts), a higher risk of blood clots and VTEs (again, comparable to cis women - that's just what estrogens do), a permanent debuff to my muscular density, etc. And oh no, infertility, the horror! The estradiol is just estradiol. Well, it's estradiol hemihydrate for my gel, which still metabolizes into the same stuff.

What annoys me is that there *are* known long-term consequences to for example taking cyproterone acetate (the anti-androgen used in Denmark) for extended periods, and these are not at all addressed in the CKIs. While the evidence is clear about a cumulative risk of meningioma, and the recommendations are periodic MRI scans, these are not offered *at all* to us.

CPA, meningioma, and screenings:

<https://www.doctissimo.fr/sante/news/androcur-meningiome>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0151963818303429>

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40619-020-00746-8>

<https://www.ema.europa.eu/en/news/restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk>

Just to include trans youth in this discussion as well, the consequences for them are that they don't have to suffer through the wrong puberty and deal with the permanent effects of that for the rest of their lives (ask any trans person who first transitioned in adulthood how they feel about this). The long-term effects for them are that they don't just get to transition, they get to transition into adulthood, rather than ending their lives prematurely. Note that doing nothing in this regard - taking a wait-and-see approach for excessive periods (speaking on adolescents and older here) - is also an active choice, because a trans kid will suffer the wrong puberty, and *that* is the irreversible damage that should be of primary concern.

One point of action I would like to stress after all of this, is that there is likely a connection between the blatant anti-trans content of some of this guidance and the poor access to care at the CKI in Copenhagen in particular. I have alluded to failures of the Copenhagen center multiple times, but I will make my beliefs explicit here: The Copenhagen center has by far the worst reputation of the three CKIs, is known (or at least perceived) to be the center with the highest denial of care and with the most conversion therapy-esque practices during the evaluation process, and Malene Hilden is the *overlæge* for this center and has the worst personal reputation among any of the "gatekeepers" that we go through during the evaluation process - from any of the centers in the nation.

I know it can be unproductive - especially in medical circles, where everyone has a big ego - to launch explicit, personal attacks against specific healthcare providers. I am aware that subtlety is a more effective strategy, but I do not have millions of dollars to craft the perfect message to persuade people to my views, unlike the anti-trans movement (no joke, J.K. Rowling - yes, *her* - bankrolls some of this). I am who I am, and I speak plainly when necessary. This is one of those times that calls for it.

This is not a *personal* attack, in the sense that I have never met Malene, have never had any interpersonal conflicts with her, or anything to that effect. This is a personal attack purely in the sense that the people who give (or deny) us healthcare are people, and she seems likely to be the person with the most animosity towards us.

This is my request (and the investigations *must* be independent):

1. Investigate the CKIs for rejection rate and cause. Autism or neurodivergence as a reason could be useful to investigate in this regard. Similarly, is there a meaningful variance in

approval rates between the centers? Do any of the centers uniquely stick out as having a statistically significant higher denial rate compared to the other centers?

2. Investigate and attribute authorship (if possible) to the use of *irreversible skadevirkninger* within the guidance draft, and secondarily determine who included the repetitive "lack of evidence" claims, as well as who wrote the primary quote I discuss in my second core argument (see below). If this is largely from a single person who can be uniquely identified, I would bet it would be Malene. Attribution of authorship regarding subtle dehumanization of trans people compared to cis people - both in the *Faglig ramme* itself and above on the relevant sundhed.dk pages - should also be included for consideration. The above points comparing these two pieces may also be relevant.
3. Investigate whether anti-trans sources have been shared or promoted internally (and by whom), or whether positive allusions have been made to anti-trans movement figures and sentiments, such as J.K. Rowling, Helen Joyce, Riittakerttu Kaltiala, Maya Forstater (of the *Sex Matters* organization), Posie Parker (Kellie-Jay Keen-Minshull), Abigail Shrier (*Irreversible Damage*), Graham Linehan, and Elon Musk.
4. Act appropriately on the information obtained from these investigations, including but not limited to determining whether certain medical actors within the CKIs should have a job anymore, as well as providing redress for all the people denied access to healthcare by those bad actors. Make appropriate systemic changes to prevent hiring or maintaining on payroll such people in future.

What we want - and I speak for the trans community in Denmark broadly here - is for the people who give us care to care about us. Like I mentioned in the praise, the specialists behind the scenes care for us. The laser technicians too. The psychologists? The gatekeepers to our care? They don't seem to understand or give a shit about us. They inherit from the same thought process that could allow this nonsense to be published less than 15 years ago and be considered cutting edge:

"Gennem årene har et stigende antal personer ønsket helt eller delvis kønsskifte. I dag er adgangen til internettet og den øgede kontakt mellem patienter en faktor, som påvirker den enkelte patient, og til tider gør det vanskeligt at få et klart billede af det enkelte menneske, som ønsker behandling. Desuden lever vi i et moderne, demokratisk og velhavende samfund med en øget bevidsthed om det enkelte menneskes ret til selvbestemmelse, også når det gælder køn.

Klinikken forsøger derfor blandt andet at indkredse den gruppe, hvor der er 'betydelig sjælelig lidelse forbundet med tilstanden,' som ordlyden er i lovgivningen. Gruppen er i litteraturen beskrevet som primært transseksuelle, ægte transseksuelle eller kernegruppen af transseksuelle, og er beskrevet for både mænd og kvinder. Mændene er i Thorkil Sørensens afhandling fra 1987 beskrevet som seksuelt tilbageholdende, med en passiv overfeminiseret karakter, mens kvinderne er beskrevet som dominerende og med en seksuelt aktiv karakter. Landen (1999) beskriver

kernegruppen hos begge køn, som personer med et stabilt og livslangt ønske om at være det modsatte køn og med en seksuel tiltrækning til samme køn.

Der er sket en stigning i ønsket om tilladelse til kønsskifte hos personer, der ikke kan beskrives som hørende til kernegruppen. Det kan være midaldrende biologisk fødte mænd, der tidligere har levet som transvestitter, men som nu efter år som ægtefælle og far ønsker at leve den resterende del af livet som kvinde. På baggrund af liberalisering af kønsskifte globalt og samfundets øgede accept af minoriteter ønsker de at fuldføre dette ønske, og hvis ikke det kan blive i Danmark, har de ofte økonomiske midler til operation i udlandet. Der er også sket en stigning i antallet af biologisk fødte kvinder, som efter år med ægteskab og graviditeter ønsker operativt kønsskifte. Hvorvidt det er de samme mekanismer, der ligger bag ønsket om kønsskifte hos disse kvinder og mænd, ved man ikke, men der er ligheder i forhold som debutalder og livshistorie."

This is from *25 år med sexologisk klinik*, page 70. Published in 2011. If you cannot find at least a dozen things wrong with this, you are probably not trans. If you cannot find at least one thing wrong with this, you should never be allowed to be in charge of our healthcare - particularly evaluating our "worthiness" for it - again.

I include the first paragraph as a humorous contrast of sorts (multilingual pun there), as the utterly clueless author makes pretense about an enlightened, open society, and in the next breath turns around and expresses confusion as to the "new" transsexuals, while simultaneously giving full credence to the the most Blanchard-esque (of AGP/HSTS infamy) caricature of us and citing it as gospel, rather than junk science. This is of the same level of quality as the paper that tried to manufacture "rapid onset gender dysphoria". Yet, while the language has changed and improved to better humanize us as trans people, the old-fashioned axioms about the world remain stuck in the minds of the people who are meant to determine just how trans we are and whether we "deserve" treatment.

There is however a big difference between malicious incompetence and malicious competence, and I believe Malene (and/or some other medical actors involved in this) belongs to the latter category. The reason for me being so direct in my attack is that - should you be able to take the hypothetical seriously for a moment - *if* there are one or more people responsible for approving or denying our access to care, who knowingly and willfully act against our best interests due to their own ideas and ideologies about us, then these people have more than a simple conflict of interest.

They are failing in their duty of care, in their oath as a doctor, and they should never be permitted to be anywhere close to trans healthcare ever again.

If Malene is such a person, if it can be demonstrated that the denials from Copenhagen have been disproportionately unjust in some manner, then she would likely have blood on her hands - deaths due to the denial of life saving care. That is why I take this very seriously. This is all the circumstantial evidence I can compile - from the disproportionate denials I have seen from Copenhagen and reports of conversion therapy attempts, to autistic trans people seemingly being discriminated against (again, perhaps more frequently in Copenhagen), to the uniquely poor reputation of the Copenhagen center and of Malene herself among the entire Danish trans community, to the worrisome language included in this guidance draft, to finally her sole authorship (as far as I can tell) of the "citizen piece".

Malene's own written words may not solely be enough in and of themselves, but should an investigation find that there *is* an excess of denials, that someone (or some few people) are predominantly responsible for that (especially given how the MDT works), and that they may even be the same people who authored the anti-trans dog whistles in this new guidance, then *that* should be sufficient information to act on. And it would be necessary and ethically demanded, too, if not legally under some applicable law. To end this point, if I were to ask other trans people who have neglected to send a complaint to a CKI - to any of the centers - if I were able to convince them that their input would actually matter, then how many complaints would need to come in before you start to take the issue seriously?

By reputation, Malene strikes me as a person who would agree with every statement I quoted from Helen Joyce above. And let me be clear for the purposes of any potential investigation: the "gender critical" movement is explicitly anti-trans. I have avoided using the term they predominantly use for themselves for several reasons, but it is important to highlight the *fact* that the gender critical movement wants to eliminate trans people, full stop. Any internal promotion of people from these movements, their "research", etc. should be considered as a direct and *absolute* indicator (to borrow terminology from the guidance draft) that the people promoting this material are *unfit* to provide us care.

No person who believes these harmful ideologies, who wants to prevent as many trans people as possible from transitioning and living as our best selves, no one who would violate our autonomy, abuse and control us, and use their power over us to deny us access to life saving treatment

should *ever* be permitted to make those decisions for us. If such a person or group of people at the CKIs have been doing that to us, they should not just be fired, they should not just have their license revoked, they should (in an ideal society) be in prison for knowingly torturing us and encouraging our deaths. I would settle for medical malpractice.

2. Cherry-picking from WPATH SOC8 and informed consent

How many times are international guidelines referenced as something to be followed in the new guidance draft? I count at least 5: pages 23, 28, 30, 33, and 35. Here are just a few relevant excerpts:

Section 5.4., page 23: "Indholdet af det samlede behandlingstilbud tilrettelægges af den forløbsansvarlige speciallæge under hensyntagen til etableret faglig praksis, som skal tage udgangspunkt i nationale og internationale erfaringer og faglige retningslinjer."

C.f. Section 6.3., page 28: "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 mv."

C.f. Section 6.4., page 30: "Indholdet af det samlede behandlingstilbud tilrettelægges af den forløbsansvarlige speciallæge efter drøftelse i det multidisciplinære team under hensyntagen til etableret faglig praksis og med udgangspunkt i nationale og internationale erfaringer og faglige retningslinjer."

Yet WPATH, which is the gold standard and main international body for setting minimum recommendations for trans healthcare, and its latest Standards of Care 8 (SOC8), is conspicuously unmentioned, at least in the body of the text. It is however referenced as the source for a singular claim:

Section 6.4., page 30: "Opstart af kønsmodificerende medicinsk behandling forudsætter, at der er indikation for at igangsætte behandling. Speciallægen skal derfor forud for iværksættelse af medicinsk behandling sikre, at der er foretaget en aktuel og grundig tværfaglig vurdering af indikation for behandling, herunder at der er taget stilling til kontraindikationer og effekten af eventuelle tidligere behandlinger. Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af

medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling (15)."

I thought the anti-trans dog whistle above would be the worst thing I read in this entire document. I was wrong. This paragraph is the single worst statement that exists in the guidance draft, in particular the last sentence. Let me explain why:

1. Source critique

I know I play fast and loose with my citations in this text, as I lack the time to properly format everything like an academic paper. However, to make such a claim as the above and then cite the *entire* SOC8 as the source - every single page of the document - is not just amateurish, it is malicious. To make such a grand claim, and then to use the entire SOC8 as the source to justify denying care to us as trans people, particularly trans adults, as this section revolves around, is the most ironically disgusting thing I have encountered in all my exposure to Danish healthcare practices and outcomes relating to us. When the main purpose of SOC8 is to recommend an informed consent model for our healthcare, it is instead cherry-picked as *the* source to *deny* us care. This is an utmost perversion of the intention around SOC8 and goes far beyond a transphobic dog whistle; this is explicitly eliminationist and genocidal towards us. The person who wrote this should be fired and have their license revoked.

2. Cherry-picking

So, although the entire SOC8 is referenced as a source, it is never mentioned in the body of the text. Yet clearly some inspiration was taken from it, as the new guidance now makes better provisions for eunuchs, as came directly from SOC8. So why is the *main takeaway* - that an informed consent model should be used for trans healthcare - not mentioned in any way? Why is there no justification given as to why the CKIs believe their model and approach is superior? Clearly SOC8 is reliable enough to cite as a source, and to draw from for new recommendations, so why not this? Why stick with the 1950s-esque model that has basically remained unchanged for decades in Denmark, where most trans people are overmedicalized and denied healthcare? Why, when your endocrinologists and gynecologists are actively attending WPATH conferences, are you not using the same information to update the approach your psychologists should be taking? This is more than unacceptable. This is more than bad healthcare. This is discriminatory against trans people as a class, and it can and does lead to unnecessary deaths within this country because of how badly you fail us, and how unwilling you are to *finally* change after *decades* and move away from your harmful, outdated, and completely-missing-the-point model for trans people.

<https://app.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v8/SOC-8%20FAQs%20-%20WEBSITE2.pdf>

3. False negatives

I have mentioned it before, but I will reiterate it here: There are dozens of trans people who you have rejected, who nevertheless are still trans and still need and *deserve* access to this

healthcare. They still go to trans and queer meetups. They are still active in online trans communities. They still try to get access to hormones by any means necessary. Even if you take the above claim at face value - that there is not enough evidence that every person who wants access to gender affirming care will necessarily benefit from it (and therefore should be denied it according to the CKIs), who are you to make this determination? By what metric do you deem yourselves capable of making this decision? When Torben Hedegaard Jensen - the *overlæge* for the CKI in Odense - still treated me like a man to my face in the final session before he recommended me for approval, what is to say that *any* of you understand trans people enough to determine who we are? The blatant false negative rate that is apparent among the entire Danish trans community is an overwhelming refutation of your capabilities. You should not be allowed to make these decisions for us.

(In fairness to Torben, while he has a reputation for being the most difficult to "get through" in Odense, he was genuinely motivated, worked with me well enough, and all the rest. The above point was an utterance on his part that just spoke to how he sees the world and gender, as he is very old and old-fashioned. It does however highlight that, at base, the psychologists at the CKIs by and large don't genuinely see us as who we are. They've just adjusted their language to the times, but not their thoughts or philosophical beliefs.)

Let us taken a moment to see what the guidance draft recommends instead:

Section 6.3., page 28: "Vurderes det, at behandling vil kunne enten fastholde en eksisterende god livskvalitet eller øge en nedsat livskvalitet?"

Section 6.3., page 28: "Hvordan fungerer personen i hverdagen? Vurderes det, at behandling vil kunne enten hæve et nedsat funktionsniveau eller fastholde et godt funktionsniveau?"

I have few complaints about the surrounding bullet points on this page and page 29, as they can be summarized as ensuring that one has the capacity to give informed consent, and that is crucial to this healthcare. It is just that informed consent should be both necessary *and* sufficient to get access to this care - certainly for trans adults. Not nonsense like the above.

Instead, the guidance draft also recommend things like this:

Section 6.3., page 28: "Nogle af disse voksne har svært ved at udtrykke deres oplevelse af køn og reflektere over effekten og konsekvenserne af den kønsmodificerende behandling. Der kan derfor være behov for et længere udredningsforløb og eventuelt involvering af samarbejdspartnere med ekspertise i udviklingsforstyrrelse for at kunne stille en sikker diagnose og vurdere indikation for

kønsmodificerende behandling. Desuden kan der være behov for at støtte personen i at udforske, udtrykke og udleve egen kønsidentitet samt at inddrage personens pårørende."

My issue on this point is that, like legal transition, social transition - changing name, pronouns, manner of dress, use of gendered spaces, and coming out to family and friends and colleagues, etc. - should likewise be treated as an entirely independent domain from medical transition, and therefore should never be required to receive medical care. The reasons are many and multifaceted, but here are just a few:

- **Physical safety**

To be visibly trans is to be more vulnerable in public spaces. Why I have stated that we as trans people indeed belong in appropriately gendered spaces, including the restroom that matches our gender, is very different to how the vast majority of trans people - including myself - see these spaces. I have for example (like so many of many of my peers) never considered going into a women's restroom without feeling like I passed enough (able to be perceived and gendered as a cis woman), or at the very least that I was feminine enough to not want to risk the men's restroom. (Side note, this is just one reason why gender neutral restrooms - like the ones everyone has in their house - should be a thing.)

Setting that aside, just being out in public in general, especially in certain areas and especially at night, puts us at much higher risk than a cis (or cis-passing) person. Just limiting this to trans people who have not yet medically transitioned, they would almost certainly be visibly trans, especially if their manner of dress mismatched their body. Speaking of...

- **Psychological safety**

The worst thing I could ever be seen as - by myself or others - is a man in a dress. I will speak primarily on transfemmes for these points, as transmascs broadly have qualitatively different experiences with expressing themselves as men, and this ultimately comes down to how society perceives men and women, as well as a lot of misogyny.

Disclaimer aside, transfemmes who have been subjected to an androgenic puberty are more likely to find it uncomfortable to try to dress up (certainly in public) before hormones have had some effect, as no matter what you try, your body and your dress may mismatch. To be forced to do this, in public no less, is not just endangering to us, it is utterly humiliating. The stares are bad enough, but the laughs can be worse.

These ideas - that we should be forced to socially transition before we can even consider medically transitioning (especially for trans adults) - stem from a 1950s-style view that we need to "prove" ourselves before we deserve this care. This is exactly the wrong way around. I wanted hormones to be the *first* step in my journey, and I was forced to wait years for that under the existing healthcare system. I wanted my body to change *so that* I could

wear clothes that fit, and be gendered as who I am.

(C.f. <https://thatsqueird.substack.com/p/how-i-knew>)

- **Relationships**

To be forced to come out to family - parents, spouses, etc. - before you're ready can be devastating. Our families may not accept us (as in my case and for many others in Denmark), and if we are financially dependent on them (e.g. during young adulthood, or as a stay-at-home or part-time worker spouse), then that can be ruinous. We have to have the freedom to decide when we come out, especially if we expect them not to be supportive. That alone has devastating psychological consequences in itself, and we have to first be able to prepare for those eventualities.

I find it therefore more than mildly distasteful to read something like this:

Section 6.4.1., page 31: "Personen har et netv erk, der kan st tte op om behandlingen. Der skal i center for kønsidentitet tilbydes psykosocial st tte både f r, under og efter behandlingen. Hvis vedkommende ikke har et netv erk, skal det overvejes, hvilke muligheder der er for st tte til personen, s  behandlingen kan gennemføres."

To implicitly require that we have a network of support, when very often many of us lose friends and family when coming out, is so blind to the state of the trans experience and trans acceptance in society more broadly, including in Denmark. The last line isn't good enough - it should be dropped as a requirement entirely for treatment, though there should be given as many resources as possible to help the trans person establish new relationships and networks of support.

Moreover, there is a not-insignificant portion of us who simply don't or can't know until we first get to try and feel what it is like for our bodies to run on the right hormones. See for example the source above referencing a trans person's own experience with this.

This is not at all to say that we shouldn't be encouraged to socially transition - it is a crucial domain of transition and the very first step for many of us. It should however *not* be a requirement in any way, ultimately because we as trans people do not get to choose in advance who will support us and who will not. To condition our access to care on the *other people* around us is to give them power over us that they do not deserve. We may be so unlucky that we lose everyone, as a not-so-insignificant portion of us have. And we have to build up again from scratch. But in the meantime, you should not be permitted to deny us care because of that.

- **Job security**

To be forced to come out to one's workplace could lead to premature firing, lack of advancement opportunities, and workplace discrimination. For some jobs, the atmosphere is obviously negatively inclined towards trans people (we're a wonderful hot button political topic!). For others, the air is more ambiguous, and you don't know how your boss or colleagues will treat you until you come out. Only the fewest places are outwardly and eagerly supportive, and even then it is sometimes a false pretense.

- **Autonomy**

Finally, like with informed consent more broadly, these are *our* bodies. *Our* lives. We should have the freedom and the right to determine all the steps we take or don't take in our transition (and in what order), and to be pressured into things and conditionalize healthcare access on that is plainly abusive. This abusive behavior should not be allowed to stand.

What's funny - for some definition of funny - is that there are apparent allusions to this autonomy, but it is ultimately empty and meaningless given the *de facto* practices at these centers:

Section 6.3., page 28: "Det er kun den enkelte voksne person, der kan vurdere egen kønsidentitet, og et vedholdende ønske om kønsmodificerende behandling med afsæt i kønsidentiteten kan derfor betragtes som en væsentlig indikator for, at der er et behandlingsbehov."

Section 6.3., page 28: "Omfanget af det samlede udredningsprogram og de enkelte dele heraf skal tilpasses den enkeltes situation og præferencer, uden unødvendigt lange og fagligt ubegrundede forløbstider."

Why not go all-in? Is there internal mistrust or disagreement about WPATH as an organization because of attacks on it from anti-trans groups? (Or in other words, are there one or more anti-trans healthcare professionals who have sown internal dissent about this?)

Attacks on WPATH:

<https://www.erininthemorning.com/p/wpath-files-authors-upset-over-how>

<https://www.erininthemorning.com/p/fact-check-216-instances-of-factual>

Or is it perhaps internal fearmongering about detransition rates, as I remember being proclaimed by the receptionist at the CKI in Copenhagen, when I called and asked for information about the center there to determine which center to apply to? (She was proclaiming that *so many people* were detransitioning. Does that perhaps speak to the larger culture and view of trans people at that center, especially with the conversation therapy bullshit?)

Detransition rates, reasons, and regrets (repetition of the same sources as from my first core argument):

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505568/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9516050/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8213007/>

<https://app.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v8/SOC-8%20FAQs%20-%20WEBSITE2.pdf>

https://www.huffpost.com/entry/the-end-of-the-desistance_b_8903690

<https://gidmk.substack.com/p/does-gender-affirming-care-reduce>

<https://www.scientificamerican.com/article/evidence-undermines-rapid-onset-gender-dysphoria-claims/>

<https://substack.com/@dolphindiaries/p-154268044>

Could it perhaps be that the current health minister is an explicit transphobe? She certainly isn't happy about transmascs and nonbinary people getting equal protection under the law when it comes to abortion access. It seems that *Venstre*, for being a "center-right" party, certainly has a lot of transphobic ministers and views among their ranks.

Could it be that the SOC8 has been explicitly chosen as something *not* to follow? Quite the opposite! Returning to the "medical piece" from sundhed.dk (see my first core argument if necessary): "Foruden Sundhedsstyrelsens retningslinjer følger man i Danmark en række internationale guidelines, herunder guidelines beskrevet af WPATH (World Professional Association of Transgender Health), de såkaldte Standards of Care." (The reference is to SOC8, i.e. the latest standards.)

Could it be that informed consent is only necessary but *not* sufficient according to the research? That is a clear no.

Sufficiency of informed consent in gender affirming healthcare:

<https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/20/5/584/7145730>

Note in particulars the pillars of medical ethics mentioned in the source, and consider whether the practices regarding healthcare for trans people in Denmark have ever respected any or all of these when it comes to our care:

"This model allows for patients to have a more involved role in their care and treatment plans, while respecting the 4 pillars of medical ethics: respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, and justice."

I would argue that this guidance draft, and moreover the *de facto* practices of the CKIs, fail on all 4 counts.

From the above quote that references SOC8 in the “medical piece”, beyond possible political motivations, it seems that the most plausible answer for *why* we don’t have informed consent in Denmark is that, perhaps, certain domestic guidelines are in the way, and those are implicitly politically motivated anyway. Why else would we have not already moved towards informed consent?

Oh, and it will also save on time and resources and money and all that to move to an informed consent model. More appropriately, it will better equip the centers to be able to address the needs of the “growing” trans population. It’s almost like no one has ever heard of a sigmoid curve before, and why certain populations would increase and then level off as awareness and acceptance within society grows (c.f. left-handed people, or just other queer people who aren’t necessarily trans). And no one is fearmongering about the growing LGBTQ+ population more broadly among younger generations, outside of straight-up bigots. It’s only trans people who are singled out as the most vulnerable group from that umbrella that can be targeted (for now) and have the attacks launched against us be perceived as credible.

(Two notes to this: 1) See the two sundhed.dk pieces from my first core argument to read how much both pieces speculate about the causes in the rise in trans people, like we’re a science experiment. Is anything of the sort done for gay people elsewhere on sundhed.dk (speculation about their growing population)? I doubt it. 2) Note that *Dansk Folkeparti* for example *has* targeted LGBTQ+ people more broadly in some of its campaign attacks, so that dam is breaking.)

Rising LGBTQ+ population in the US: <https://edition.cnn.com/2025/02/20/health/lgbtq-population-rise-united-states-wellness/index.html>

Again, I would have wanted to pursue transition by 15 at the latest, if I had even a fraction of the knowledge I have now. But that knowledge was denied me and so many of my peers under a system of *hermeneutical injustice* directed towards queer people in general (*hermeneutical injustice*: “being unjustly prevented from making sense of one’s experiences, identity or circumstances and/or communicating about them”, c.f. women and parents who don’t know about the possibility for or causes of postpartum depression). We were forced to live in ignorance,

unaware of what a trans person really was, or what it meant to be trans, or that transitioning was something you could *do*.

(C.f. <https://www.youtube.com/watch?v=ATITdJg7bWI>)

Speaking again on that sigmoid curve, it should be expected for the trans population to continue to "increase" in Denmark as more and more people realize they are trans and decide to transition, as the knowledge is out there now. We may be stigmatized, we may be marginalized, we may be seen as freaks and queers and trannies and faggots, but the resources are out there for people to have their lightbulb moment.

In the end, all it took for me to finally realize I was trans was to just read the experiences and thoughts of other trans women. I simply needed to be exposed to the *actual* trans experience from trans people's own lives for it to click for me: "Ohhh! It's actually like *this*!"

There should not be fearmongering around our increasing population. "Oh no, the number of people who have legally changed gender in Denmark has gone from 300-something a year to 400-something a year! It's a civilizational collapse!" Again, this is not an exponential curve, but something more like a sigmoid. However, the government does need to allocate sufficient resources for us. Even if we could have informed consent, the wait times to see an endocrinologist or a gynecologist are still unacceptably high. That is where some of the money needs to be spent.

The ironic thing is this: A lot of money was spent with very few improvements, and some significant reversals of progress, to this new guidance draft.

The task was laid out thusly:

Bilag 1, page 26: "Arbejdsgruppen vil få til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen i forbindelse med revision af vejledningen. Revisionen af vejledningen skal sikre at vejledningen er tidssvarende og fyldestgørende i forhold til det aktuelle behov på området samt at sikre, at rådgivnings- og behandlingsmulighederne afspejler den højeste faglige kvalitet samt nyeste viden og erfaring på området."

It does not seem like *tidssvarende* or *nyeste viden og erfaring* were followed in the least. Instead of moving with the science, you are still stuck in the 1950s when it comes to gatekeeping our care. Instead of meeting with LGBT+ Danmark months and months ago when they reached out, two of

the three centers outright refused (only Aalborg agreed to send a representative, namely Astrid Højgaard).

Instead of implementing informed consent, we face ever increasing wait times to access our care. Nearly two years to get a first appointment in Aalborg. Five month waiting times between meetings for the mandatory 4-6 conversations in Odense. And then Copenhagen, which I need not elaborate further on. In the UK now, it's a good 5-6 year waiting period just to get in the door. We are on track for that with how purposely anemic the funding for trans healthcare is in Denmark.

3. Failure to address the needs of those receiving care from abroad or through self-medication

The latest draft is a huge step back from the level and access of care we were at least promised in the 2018 *vejledning*:

2018 *vejledning*, page 13: "I udvalgte tilfælde kan det være nødvendigt at tilbyde kønsmodificerende medicinsk behandling uden at alle ovenstående kriterier er opfyldt, f.eks. ved overtagelse af iværksæt 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."

Compare that to the current guidance draft:

Section 6.3., page 30: "Nogle personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, vælger at blive udredt og opstarte behandling i udlandet. For at kunne overtage behandlingsansvaret i Danmark skal der foreligge dokumentation for den sundhedsfaglige udredning. Vurderingen af udredningsforløb og behandlinger opstartet i udlandet foretages af den forløbsansvarlige speciallæge i samarbejde med det multidisciplinære team. Henvvisning til behandling i Danmark følger de normale henvisningsveje.

Hvis en person er startet på behandling uden at være blevet udredt (selvmedicinering), er der samme krav til udredning som beskrevet ovenfor. Det er således stadig den forløbsansvarlige speciallæges ansvar sammen med det multidisciplinære team at vurdere, om der er indikation for behandling. Ligeledes skal henvisningen følge de ovenfor beskrevne henvisningsveje."

Even with the current 2018 *vejledning* in effect, there is no consistency to how the paragraph is applied. For the center in Copenhagen, they don't seem to care in the least and won't allow you to quote the paragraph to them and ask that they give you treatment (of course). In Odense, apparently it's possible for a decision to be made at an MDT conference, where you may be approved while you are going through evaluation, and in Aalborg I don't have any data on what they might do in these cases.

So, already there is no consistency in how these vague guidelines are applied (what a surprise), which again gives more room for healthcare providers to arbitrarily wield and abuse their power to deny us care.

Moreover, the fact that the guidance has never even considered it *possible* that there are existing trans people from other countries who move here and need to maintain their hormones (without interruption!) is a glaring oversight and completely unacceptable. It speaks to how narrow-minded and nationalistically inclined (derogatorily) the *arbejdsgruppe* has been by and large. You need to serve that demographic better.

Consider the consequences otherwise for this particularly group: They risk losing access to their hormones after moving here, as they cannot "just" get a prescription in the country, and then as a result they will either be forcibly detransitioned by their own bodies (torture), or they will suffer fx osteoporosis and menopause if they've had a gonadectomy (also torture). This is simply unjustifiable and must be addressed.

Similarly for those who are self-medicating in particular, both the "citizen piece" and "medical piece" for gender incongruence on sundhed.dk recognize the harms of this:

Citizen piece: "Nogle personer som ikke identificerer sig med det ved fødslen tildelte køn, vælger at søge behandling udenfor det etablerede danske sundhedstilbud, ved at modtage behandling i udlandet eller behandle sig selv med hormoner indkøbt på internettet. Der kan være en betydelig sundhedsrisiko ved denne behandling, idet det præparat man f r og præparatets effekt kan afvige betydeligt fra hvad der anbefales af lægerne."

Medical piece: "Nogle transpersoner vælger at søge behandling udenfor det etablerede danske sundhedstilbud, ved at modtage behandling i udlandet eller behandle sig selv med hormoner

indkøbt på internettet. Der kan være sundhedsmæssige risici ved dette grundet både præparatvalg samt dosis, som kan afvige betydeligt fra det der anbefales fra de etablerede klinikker."

Neither of these pieces mention that the harms are largely related to the cost-prohibitiveness and therefore inaccessibility of proper blood tests in Denmark, as there are many resources that exist for us to educate ourselves on proper safety. Furthermore, these pieces both fail to acknowledge that this is a *forced* choice for many of us, as you fail to provide us *access* to healthcare in the first place at the CKIs. Moreover, certain studies and initiatives offer us additional monitoring within the CKIs, which I am all too happy for, but those who are self-medicating are not doing it because they specifically don't want this monitoring. You simply won't let them in the door in the first place.

On the education front, I am for example sufficiently knowledgeable on the relevant hormones that may change over my treatment, from estradiol to testosterone to *free* testosterone to SHBG to LH to FSH to prolactin to hormones that you don't even test for, such as DHT, DHEA, and DHEA-S. And I make efforts to further educate myself on these topics, even as I discuss with my gynecologist on how I should or should not change my dosage. She expressed for example no surprise to my level of knowledge when I walked into the initial meeting with her, and that should speak to her expectations about the general knowledge that exists among trans people about our healthcare. This is just a common experience among trans people, namely that we have to take responsibility for our own healthcare, because specialists (particularly in other countries, thankfully not as much at the CKIs) tend to be poorly educated or even misinformed about it.

Returning to the point though, in this latest draft, while you acknowledge the harms of self-medicating with one hand, with the other hand you now deny us *any* mechanism for harm reduction by allowing those of us who self-medicate to access proper healthcare (without first being approved, which takes *years* in most cases!). Before, those relevant demographics at least had a *de jure* mechanism for getting access, even though they were *de facto* denied by and large. But now? I don't have the proper words - hypocrisy doesn't cut it - so I will resort to religious terminology: This is blasphemous. This is more than a failure in your duty of care to us; this is an outright rejection of it.

In short, the newest proposed state of affairs is unacceptable. I will have to suffice with repeating my recommendations for what should be done instead:

- Return (at minimum) to the standards of the 2018 guidance for both those receiving international care as well as those self-medicating. You have a duty of care to both of these groups, and from a harm reduction perspective, you are causing maximum possible harm with the decisions in this current draft, which in the worst case will lead to more deaths.
- Make a clear distinction between those receiving international care in the country and trans people who move here after having received care in their home country. Coordinate with the doctors who used to be responsible for care for those in the latter group, if applicable, and do not allow there to be a gap in the continuity of care for such trans people referred to you. Do not force this group in particular to make undue changes to their dosage if their levels have been stable and they request to maintain it as-is. Also for this group, the requirement for any evaluation to occur prior to treatment should be waived in every instance, no matter the standards or the particular diagnosis used in their country. Recognize that it is both discriminatory and dehumanizing to treat trans people who have been on hormones for years and who may have had one or more surgeries as if they are unclear about their identity and need to be evaluated before being "permitted" to receive treatment in Denmark.
- Recognize and state that your foremost responsibility for these groups - trans people receiving international care, self-medicating, or moving to this country - is harm reduction, and that your job for these demographics should be held to a higher standard, in that you should not be permitted to deny them care. Recognize that hormones are a life-long thing, and that maintaining continuity of care is crucial not just for the quality of life of these people, but also their safety and ability to function.

4. *Explicit* permission structure to forcibly detransition trans patients

These are the relevant sections that *explicitly* provide a mechanism to take away healthcare from trans people who otherwise wish to continue it:

Section 6.4.3., page 32: "Når behandlingen er iværksat, er det den forløbsansvarlige læges opgave, på baggrund af personens tilbagemelding, i samarbejde med det multidisciplinære team løbende at vurdere, om der fortsat er indikation for behandling, effekt af behandlingen, herunder om det har en betydning i forhold til livskvalitet og trivsel, samt vurdere eventuelle skadevirkninger af behandlingen. Viser det sig fx at personen ikke længere ønsker behandlingen eller behandlingen ikke har den ønskede effekt, skal der tages stilling til, om behandlingen skal fortsætte, indstilles eller justeres."

Section 5.3., page 22: "Det er vigtigt at informere barnet/den unge og forældremyndighedens indehavere om, at der i behandlingsforløbet løbende vil blive taget stilling til, om der fortsat er indikation for behandling."

(Used for reference later)

C.f. Section 6.5.3., page 35: "Det multidisciplinære team skal sikre sig, at de forventede færdige resultater er visualiseret med understregning af, at forandringerne er irreversible, og at en konsekvens af gonadektomi er livslang hormonterapi."

I will first mention that Astrid Højgaard from the CKI in Aalborg has confirmed that our healthcare can be taken away from us should we be put in psychiatric care. This is utterly unacceptable. Only in the rarest instances (SOC8, S174, Statement 18.6) should our healthcare be considered as necessary to *temporarily pause* in such cases, typically as a result of a severe somatic issue like a VTE. There needs to be explicit clarification of this within the new guidance draft.

Now, to the main point. I have saved almost any mention of *transphobia* concerning the guidance draft throughout my commentary until now. I have used "anti-trans" for rhetoric and arguments that go beyond latent transphobia and which are *eliminationist* towards us. I have used language like "fearmongering" and "discrimination", which are accurate and preferable to me in those contexts, and which still have enough *oomf* to them, when I could have simply written "transphobia".

In the broader public, accusations of transphobia can often be ineffective or even counterproductive, as we are unfortunately one of the most politicized minorities in the western world right now, right alongside immigrants. Instead of accusing someone of transphobia for asking about my genitals at work for example, I would call that "sexual harassment". Instead of accusing people who want to ban trans kids from participating in sports that match their gender as transphobic, I would instead accurately state that they want to "allow adults to inspect kids' genitals".

However, in this instance, I want *transphobia* to have a *forstærkende* effect. Namely, I have avoided using the term as much as possible so as not to water its meaning down in the mind of the reader. I want the reader to know that when I use this term, I mean it. To that end, I want to first define what transphobia means, and then by example demonstrate *exactly* what it means in the medical context:

The core tenant of any phobia - transphobia, homophobia, xenophobia, etc. - is that one group is seen as *lesser* than the other. The explicit text and the implicit subtext of the above statements for this core argument are transphobic (not the third statement - it is just there for reference further

below), as it permits doctors to deny a trans person healthcare that they wish to continue (speaking particularly about hormones here), even if that trans person is of sound mind and does not wish to stop this care. (I will return to this "sound mind" contingency below to elaborate on other special circumstances.)

This is a fundamental denial of trans people's existence, identity, legitimacy, and *right* to healthcare. I will center my discussion around trans adults to avoid the tricky legal and ethical nature of some of these points wrt. trans youth, but note that many of the points will apply in equal measure to them. Moreover, I will refer to cis and trans women as the main groups for analogy here, as I can most directly speak on that, but note that *all* points below also apply in their equivalent formulations for trans men, nonbinary people, and other identities that fall under the trans umbrella. The only condition here is that the trans person in question is someone who desires medical transition, as the topic relates only to the medical aspects of being trans and transitioning.

So, let's do a thought experiment. For a cis woman, under what circumstances would it be considered ethical to remove her ovaries and 1) either force her to undergo menopause and face consequences like osteoporosis, or worse 2) to only be offered masculinizing hormones for the rest of her life? Even if she had a terminal illness that could be resolved by forcing her to undergo surgery in the first case, when would it be ethical to do this? The answer is obviously *never*.^{*} That is morally abhorrent, and in a civil society, the people responsible for either of these two actions should be imprisoned. And the second case in my mind is explicitly worse, as any trans person understands that to be forced to experience the physical and psychological effects of the *wrong* hormones is torturous, and I would never wish that on cis people.

(*Barring someone not sound of mind who, when they were sound of mind, gave legal right (*fuldmagt*) to for example a family member to make such decisions on their behalf. In all other cases (barring a corner case that complicates this discussion too much), it is unethical and should in my view be illegal. But I will be ignoring those edge cases here to avoid unnecessary complexity.)

So, when then can it be considered ethical for a *trans* woman who has been on hormones to have her hormones taken away? Even if she were deathly ill, and taking away her hormones would solve the issue? The answer should likewise be never. This instance may be seen as more justifiable, because in the first case with a cis woman, something would actively be done *to her*,

whereas in this latter case with a trans woman, something would be taken away *from her*. These actions, where one is more active and one is more passive, creates an illusion where the latter may be seen as more justifiable on the surface, but it ignores one fundamental thing: Trans women *are* women.

Why should *any* woman be denied the hormones that run her body? Whether they be endogenously produced or exogenously applied (such as with women - cis and trans - undergoing menopause), these should be seen as equivalent cases, and both should be equally protected under the law and in all areas of medical practice.

No person would think to remove the ovaries of a cis woman in a psychiatric hospital, so why should a trans woman be able to have her hormones taken from her under the same circumstances? It would be inconceivable to force a cis woman with fx dementia to undergo an oophorectomy and then be given testosterone injections. It would be torture, and imprisonment for those responsible should be outcome. Why then are there no protections in place for trans women who lose their soundness of mind (such as with dementia), but nevertheless have clearly taken gender-appropriate hormones (E2 for cis and trans women, T for cis and trans men)? Clearly, in such an instance, the only ethical action is to continue providing the appropriate medicine to the trans woman so that she can maintain her hormonal levels as before.

(Quick note on nonbinary people: For this purpose only, they should be treated as the gender of the hormones they take: E2 = cis or trans woman, T = cis or trans man. Nonbinary people who don't take or desire hormones are outside the relevant groups for this discussion.)

Besides the anecdotes I've included in my commentary of explicit discrimination against trans people in medical contexts (almost all within Denmark itself), and which is indeed thankfully acknowledged in this latest guidance draft (medical discrimination against us), I will give an example of one more such report:

There is an instance of some medical trainees who were working with a stealth trans colleague (stealth: a cis-passing trans person who does not disclose their transness, as it should never be expected of us, barring fx romantic partners and medical contexts when it is necessary to receive appropriate care), and they were discussing a trans woman patient who was homebound. She had not gotten bottom surgery and was reliant on them to insert a catheter for her. They jokingly referred to her as "it" and laughed about not being able to make sense of "what it was". What might

that say about the level of care they gave her? How carefully they might have inserted her catheter? What if they were also meant to be responsible for administering her hormones?

There are nightmare scenarios that many of us consider in our old age: That we may be mentally or physically disabled enough to rely on the goodwill of other people (medical professionals and/or caregivers) to administer our hormones, or simply to provide us other healthcare. I don't know what society to expect in the future, nor how someone might be treated with a genital configuration that mismatches their secondary sexual characteristics, as some intersex people might also have to worry about. Regardless, I know that there are not *any* such explicit protections for our treatment in place with this new guidance. It is not just a glaring oversight; it runs in the opposite direction and explicitly opens the possibility for the MDT at CKI to deny us care later on, even though we have been on hormones and desire to continue it. (Obviously it is completely different if we wish to stop.)

Therefore, the statements above in the guidance draft are fundamentally transphobic, as they deny these fundamental truths: Trans women *are* women. Trans men *are* men. Nonbinary people *are* nonbinary. Etc. Now, these may be normative statements in the social sense - that we should live in a society that treats these statements as obviously true - but they should be *both* normative and declarative in the medical context in particular, as otherwise there is a risk for blatant transphobia to be committed against us in our attempts to access *any* healthcare.

Instead, we are denied equal protections that are implicitly granted to cis people, by ways of their bodies (in most cases) being able to endogenously produce the hormones that make their brains and bodies function as they need. No recognition is given to the *fact* (both declarative and normative) that trans people (who desire medical transition) need exogenous gender-appropriate hormones for our brains and bodies to function as *we* need. Cis people with various conditions that require exogenous hormones face no such issues, so why are we not treated on the same level as them?

These issues are fundamentally rooted in transphobia, and this must be corrected. Below is a list of the statements that should be made explicit in the new guidance draft to correct this issue, beyond correcting the wording of the statements above. This list is not necessarily complete, and the list should be considered unenumerable, but the core idea is that trans people deserve to be treated - especially in a medical context - as nothing more and nothing *less* than our cisgender counterparts. Trans women *are* women. Trans men *are* men. This is what those statements mean in this context.

- Make explicit that hormonal treatment is a lifelong thing, and state that trans patients who are given treatment are not just entitled to treatment for their entire lives, but that it should be seen as a human right.
- Make explicit that trans people with any sort of gonadectomy must never be denied their gender-appropriate hormones, either in the refusal to administer them, or in the attempt to provide them hormones matching their birth sex. Recognize both of these as torture, in particular the latter.
- Make explicit that any refusal of medical professionals to provide adequate care to trans people with mental or physical disabilities - i.e. disabilities that make them unable to take or apply the medicine themselves (e.g. dementia) - should have their license revoked and be imprisoned for medical malpractice.
- Make explicit that trans people should be seen and treated as equivalent to our cisgender counterparts in most medical contexts, in the sense that no one would deny a cis woman with menopause her estradiol even if she was placed in psychiatric care. Equivalently, a trans woman for example placed in such care should never be revoked access to her hormonal care, as she should be seen as equivalent to a cis woman with a hormone deficiency in estradiol. For nonbinary people in this regard only (medically), they should be treated as equivalent to the gender whose dominant hormones they are taking, i.e. cis men and testosterone, cis women and estradiol.
- Make explicit that the decision to stop or pause hormones when presented with a newly arisen hormone-sensitive somatic issue ultimately lies with the trans person themselves. Make explicit that bodily autonomy is so critical in this regard that a trans person may choose to continue their hormonal treatment, knowing that the hormones may exacerbate the particular issue, but that this is the only ethically justifiable way to make the decision. Counseling should be offered to the trans person affected, and it should be clearly communicated whether the recommendation is a permanent stop in hormonal treatment or a temporary pause, and if the latter, an estimate should be given for how long. The trans person should be given the most relevant information possible to be able to make a well-informed decision that fits them. Make explicit that this relates to how we as trans people should be seen and treated as equivalent to our cisgender counterparts. For example, cis people with hormone-sensitive cancers will be recommended to actively do something - take a pill, undergo a surgery (e.g. oophorectomy), etc. - but the decision ultimately lies with them; they cannot be forced into it. For trans people however, our medicine can be taken away from us, and therefore there must be stringent ethical and medical barriers in place which give trans people equivalent autonomy over our bodies, so that the choice is an active one from our end, rather than be passively decided for us by cis people who have no visceral understanding of what it is to be trans, nor how hormones make it possible for us to live a meaningful life in the first place.
- Make explicit that those who detransition for a time are entitled to return to care without undue burden. The sole requirement should be their desire to start up care again, and they should be offered resources to talk through their decisions, but these conversations should not be used to deny them care.

- Make explicit provisions for and communicate clearly how people previously denied care can be given opportunities to try again as many times as they wish, through whichever center (assuming you do not adopt an informed consent model). Make provisions to expedite this care and assume that there is a higher degree of urgency and duty of care for those who reapply, and that they should have priority for getting access to care.
- All of the above points are primarily directed towards trans adults, but it should be recognized that trans youth should also be treated in the exact same manner for all of the above, barring the recognition that a larger portion of them may be exploring their identity at their age and fit more under the "questioning" category. Increased flexibility and understanding should be given to this demographic - trans and gender diverse youth - and it should be recognized that some small but still relevant portion will retransition (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505568/>).

There is a phrase among trans people, and many of us mean it, because transitioning matters that much to us: death before detransition. I will not be forced back in the closet. I will not be threatened or cajoled into giving up who I am for a false peace. I will not have my healthcare denied or taken away from me. I will not give into small-minded people who think "transcription and translation" has to do with language, and who have never considered the philosophical axioms that underpin their view of the world. I will not let anti-trans people have any say over my life. I will not let fascists and trans eliminationists here, in Germany, in France, in the UK, in Sweden, in Finland, or in the US ever force me do anything. *Venstre? Liberal Alliance? Danmarksdemokraterne? Dansk Folkeparti? Det Konservative Folkeparti?* They will never get to take *my joy*, and they will never get to run *my life*. Neither should the Danish healthcare system. You have failed us. Do better.

-

I will end with the *actual* consequences of transitioning:

"I knew I was trans since my teens, but told myself that I was fine with not transitioning. Then I transitioned in my 30s. Life was pretty great: steady well-paying job and a healthy relationship. But I couldn't shake the deep unhappiness that had followed me most of my life. Having everything in my life going well truly emphasized the dysphoria at my very core.

I was afraid of getting hurt or losing my job. So I started by just dipping a baby toe into the waters. Then I got badly hurt anyway, and that took the brakes off.

Transition cost me dearly. My girlfriend drifted away, and even though we parted "amicably" she treated me like a stranger once I transitioned. Systemic and coordinated workplace discrimination

happened while I was recovering from the (non-work-related) trauma and that made everything worse. I was driven from my job, and the pain associated with it kept me from accessing my skillset in another career. So now I'm permanently disabled and teetering on the edge of poverty.

The most fucked up thing of it all? I'm happier now."

-

"It feels completely different but kind of the same? My life before feels far away even though it's not. I still couldn't imagine myself as a cis male anyway.

I never felt so free and burned by my missed life at the same time. Constant worrying about the future doesn't help either.

But I'd never want to go back after having a taste of what being me feels like.

I have to unwind a lot of trauma at the moment but at least I'm able to cry about it which is nice."

-

"Uhg doing well all things considered.

Started HRT almost 2 years ago at 30. mtf.

The world's kinda shit right now, but my personal life is better than it's ever been in most conceivable ways. I often get sad about lost time, but there's not much to do about that, and it was a bad time for me because I was actively repressing, glad I'm out of that hell now at least. I lucked out and my partner turned out to be trans as well, so it's been an interesting journey of rediscovery, after being together for 10+ years."

-

"Like I get where my peers are having a really hard time. I also have a lot of trauma I'm carefully not dealing with lol. But I'm working really hard to have a joy filled experience of transition. I might be thirty but I don't have to have a glass half empty mentality about it. I'm getting to have youthful experiences as an adult, recapture my childhood, and become myself finally. That should be fun as hell imo."

-

"Realised I was trans at 35. Started to transition at 36.

It's been... A lot. My marriage ended, my entire life got flipped upside down.

The first few years were incredibly difficult, it's still difficult, but at least I'm me now.

I mourn all the lost years, had I accepted it earlier, and I mourn the life I was building, that I lost. But I'm me now. That overwhelming depression is gone, the fear of people finding out this "terrible secret" about me is gone. I can let people in, I can express myself. I lived for too long in a lie, I don't have to do that anymore."

-

"There was no confusion, and there was no denial. Until I was 38, there was a angry suicidal man occupying my body. My child came to me as pansexual, and I didn't know what that was, and started to do a lot of LGBT research. This process taught me a whole new vocabulary! I learned about myself. I started putting together the pieces of who I was. I figured out that maybe I wasn't entirely a man. I started making some phone calls to my therapist, and got referred to a specialist. Within the first two sessions, the first month, I absolutely knew I wasn't a man. At the best, I am a femme leaning non-binary person, but nowhere close to a man. I spent four more years in therapy, trying to figure out how to come out without destroying my entire life, or just not kill myself. I ended up coming out, it was easier than just not killing myself.

I'm 43. Questioning, to realization, took a month. Realization, to reality, took another four and a half years. That's four and a half years that I was in control of. 4 and 1/2 years that I had the knowledge. 4 and 1/2 years I can't get back. That is the only time I regret.

I started hrt, in early November. I came out to my family, due to guilt, which was a whole new emotion for me, thanks to the hrt. That happened on December 21st. On December 22nd I ordered my injections. At the beginning of January they arrived and I switched to them immediately.

I am three and a half months on hrt, 2 months out of the closet, barely own any female clothing, have no makeup, and I'm the happiest I've ever been!"

-

"I feel a lot of grief over missing out on being my authentic self in my youth. I had wanted to come out at 20, had a nervous breakdown over it, closeted up for another decade. I lived a really wild life during that time, and met so many people I cherish, but it was built on a foundation of really bad escapist habits.

I feel healthier than ever, coming out allowed me to get sober and finally feel agency over my own life. I feel a lot of anger towards my younger self for the damage I let testosterone do to my body for a decade because I was too scared to go to therapy and too scared to admit to other people how I feel."

-

"37 Trans Woman knew I was trans since 4 kept it quiet became a miserable ball of sadness and resentment, my pre transition life was of disassociation and just trying to be alone.

came out in early 30s after the self sabotage and self-implosion that would make a public meltdown look normal. I just couldn't look at myself in the mirror I couldn't take pictures I couldn't enjoy a day laying on the couch with my dogs. It was do the thing or transition. I lost a lot of people at the beginning. People who claimed to be "supportive" be who claim to "love" you. Family, friends, in laws, work relationships all changed.

Have had just about any insult you can imagine hurled my way. I had my Bottom surgery last year and still only have a very small group of people but I am so incredibly happy and controlled, confident. Everything that sucks about this is so fucking worth it in the end. Everyday is a goddamn gift and yeah the world fucking sucks now but there are so many of us fighting and doing work day and night fighting for us.

I hope this helps you in some ways"

-

"Am 10 months into hrt and thankfully I pass already. I did go super hard into transition though to make up lost time. I learned makeup reasonably well, had my hair and brows professionally done and committed to voice training right out the gate. I definitely regret not starting earlier in life, and I

would still like to pursue ffs at some point, but I am so happy that I did transition. I've been very lucky and have had everyone in my life be supportive including my wife and workplace, which I know is something many people unfortunately don't get the benefit of.

Pre-transition I was perpetually low-level depressed. The dysphoria eventually just built up enough that I couldn't take it and had to transition. I'm much happier now in every way. Dysphoria still hits occasionally but I'm doing so much better than before.

As far as how I view my pretransition life, honestly I sorta disassociate from it a bit. I either don't think much about it or I view myself as my female self in the past. When I see old pictures I literally don't see them as myself. Like I know I had those experiences, but THAT wasn't me."

-

"35 and came out just a few months ago. Not on HRT yet, but even so, it's amazing how much more alive I feel, and how much I was just steadily crushing my own spirit before coming out. Even with everything going on politically, I would never go back.

I'm actually living now; before, I was just waiting to die."

15507024, Theo (Researchkollektivet Trans Tjek)
høringssvar VS: Høringssvar om behandling af
kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 57

Brevdato: 24-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: [REDACTED] Theo [REDACTED]
Sendt: 22. februar 2025 18:45
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen Høringssvar vedr.
'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail fordi transstemmer bør være tydeligt til stede i denne høring. Nothing about us without us.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne" Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning.

Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende".

Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til. Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket.

Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan.

Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne" I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens.

Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18.

Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling. Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi" I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed".

Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen/Regards

Theo

**15507022, Amila [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) høringssvar VS: Høringssvar om
behandling af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 56

Brevdato: 24-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Amila

Sendt: 23. februar 2025 06:38

Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>

Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på

seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,
Amila [REDACTED]

**15507017, Memphis [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) høringssvar VS: Høringssvar om
behandling af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 55

Brevdato: 24-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: Memphis [REDACTED]

Sendt: 21. februar 2025 18:34

Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>

Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

V r opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg tilskr ver mig nedenstående høringsvar, fordi det er en sagligt udformet og relevant kritik af de nye vejledninger. Desuden vil jeg tilføje, at det er dybt skuffende for mig som transperson, at se sort på hvidt, hvordan sundhedsv esenet opfinder grunde til at begrænse og benægte behandling af transpersoner. Det håber jeg nogen vil reflektere over.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Memphis [REDACTED]

**15507016, Milan [REDACTED] (Researchkollektivet Trans
Tjek) høringssvar VS: Høringssvar om behandling
af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 54

Brevdato: 24-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: muller [REDACTED]
Sendt: 23. februar 2025 08:24
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail, da jeg selv er i behandling gennem CKI i København, og jeg støtter op om TransTjeks arbejde med at gøre denne behandling mere nænsom og velfungerende.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikierer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Milan [REDACTED]

**15503944, Region Sjælland høringssvar SV: Høring
af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 53

Brevdato: 27-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: sor EKF Sager <sor-ekf-Sager@regionsjaelland.dk>
Sent: 27-02-2025 10:49:40 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Subject: SV: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Til Bodil Marie Thuesen Schönwandt

Region Sjælland har haft materialet til høring i alle relevante virksomhedsområder og tværgående center.

Dokumentet "Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens" virker overskuelig og gennemarbejdet og vil være et vigtigt redskab for klinikere i alle sektorer i forhold til organisering, pligter og hvor der kan søges rådgivning.

Det er godt og vigtigt, at det er beskrevet, at der skal være tilknyttet forskning i forhold til området, når det drejer sig om børn og unge, da der mangler viden på området.

Det er også godt, at der er taget stilling til, hvordan klinikere skal forholde sig, hvis der er patienter, der har fået gennemført hele eller dele af indgrebene, der beskrives, i udlandet.

Med venlig hilsen

Vivi Dehn Møller

Konsulent
Region Sjælland
Sundhedsstrategisk Planlægning
Alleen 15
4180 Sorø
Tlf.: +45 24 98 28 19
Mail: vm@regionsjaelland.dk



15492655, Cecilie [REDACTED] høringssvar
VS: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 52

Brevdato: 26-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: Cecilie [REDACTED]
Sendt: 25. februar 2025 20:17
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
V r opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Hej

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme g r det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risik r man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling f r de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, f r de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og

virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Cecilie [REDACTED]

15490515, Aarhus stemmeklinik høringssvar
Høringssvar til faglig ramme og vejledning for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 51

Brevdato: 24-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Line Nyvang Warming <kontakt@aarhusstemmeklinik.dk>
Sent: 24-02-2025 23:07:26 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Cc: sofie@gladbjerg.dk <sofie@gladbjerg.dk>
Subject: Høringssvar

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Bodil

Hermed vores høringssvar ift. "Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens".

Vi er bevidste om, at vores tilbagemelding falder uden for sundhedsstyrelsens egentlige myndighedsområde, men da den faglige ramme kan få store konsekvenser for andre understøttende indsatser, ser vi os nødsaget til at belyse de aktuelle problemstillinger i Danmark, og komme med forslag til nye formuleringer.

Vi håber, at I vil tage vores tilbagemelding med i jeres overvejelser.

--

De bedste hilsner

Line Nyvang Warming og Anne Sofie Gladbjerg



AARHUS stemmeklinik

Telefon: 49404139

Web: [Aarhus Stemmeklinik](#)

Høringssvar 2025

Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Undertegnede har følgende kommentarer til afsnit "3. Organisering" under punkt "3.1 Kommunerne":

Følgende formuleringer bør omformuleres i første afsnit af punkt 3.1:

Kommunerne kan have forskellige rådgivningstilbud, som er målrettet mennesker med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet. Der findes ingen lovpligtige indsatser, som er oprettet udelukkende til personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, men flere kan være anvendelige for målgruppen.

Forslag til ny formulering i første afsnit af punkt 3.1:

Kommunerne kan have forskellige rådgivningstilbud, som er målrettet mennesker med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet. Der findes ingen lovpligtige indsatser, som er oprettet udelukkende til personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, **men det vil være hensigtsmæssigt med flere indsatser for at forebygge mistrivsel i målgruppen.**

Følgende formuleringer bør omformuleres i sidste afsnit af punkt 3.1:

Ved ønske om stemmetræning i forbindelse med uoverensstemmelse mellem stemmen og talens udtryk og den oplevede kønsidentitet, kan kommunerne tilbyde audiologopædisk specialundervisning til modificering af stemmen og talen. De kommunale tilbud for audiologopædi bør samarbejde og vidensdele med de forskellige sygehusstilbud til børn, unge og voksne med kønsinkongruens.

Forslag til ny formulering i sidste afsnittet af punkt 3.1:

Ved ønske om stemmetræning i forbindelse med uoverensstemmelse mellem stemmen og talens udtryk og den oplevede kønsidentitet, **er det hensigtsmæssigt at kommunerne tilbyder audiologopædisk specialundervisning til modificering af stemmen og talen.** De kommunale tilbud for audiologopædi bør samarbejde og vidensdele med de forskellige sygehusstilbud til børn, unge og voksne med kønsinkongruens.

Forslag til tilføjelse i afsnit 3.1:

Hvis en kommune ikke har den nødvendige ekspertise til at hjælpe målgruppen bedst muligt, er det hensigtsmæssigt, at der henvises til specialiseret logopædisk behandling enten ved et regionscenter eller en specialiseret privat aktør. Dette med henblik på at skabe et ensartet tilbud på tværs af kommuner og landsdele for at sikre hurtig og effektiv specialiseret behandling.

Se bemærkninger som beskriver forskellene i detaljer i næste afsnit.

Bemærkninger

Formålet med at give målgruppen redskaberne til at opøve ny stemmefunktion, er at stemmen og talens output i højere grad understøtter kønsidentiteten. Dette fører beviseligt til bedre trivsel og større mulighed for aktivitet og deltagelse både i erhvervsmæssige sammenhænge og i privatlivet. Miskongurens mellem kønsidentiteten - den enkeltes visuelle fremtoning, CPR-nummer, navn/kaldenavn m.v. - og stemmens auditive udtryk, fører for mange til mistrivsel og fejlkønning, da den enkelte kan opleve mange begrænsninger i mødet med omgivelserne. Dette kan på sigt føre til isolation og mental mistrivsel, som igen kan have fatale konsekvenser for hvorvidt den enkelte kan passe studie og arbejde samt deltage i samfundslivet i øvrigt.

Regionale og kommunale forskelle ifm. audiologopædisk behandling

Nedenfor beskrives de aktuelle og kendte forskelle i behandling af køndysfori relateret til stemmen.

Manglende behandlingstilbud

- Hjemkommune har ikke et tilbud til målgruppen, da den stillede diagnose ikke er en del af hjemkommunens behandlingstilbud
- Manglende kommunale ressourcer
- Skævvridning i prioritet af de enkelte patientgrupper

Manglende specialisering

- Store forskelle i hvad de enkelte kommuner tilbyder på baggrund af de ansattes specialiseringsområder
- Stor udfordring at fagpersonalet ikke nødvendigvis har kompetencerne til at hjælpe målgruppen hurtigt og effektivt
- Korttidsterapi frem for evidensbaseret behandling
- Nogle kommuner har faste tilbud til målgruppen baseret på en økonomisk ramme (fast timeantal pr. patient), uagtet at den logopædiske udredning beskriver behov for et længere forløb

Stor variation på tværs af kommuner

Inden for voksen-logopædien har nogle kommuner eget kommunikationscenter, mens andre kommuner tilkøber et specialiseret tilbud ved et regionscenter eller en privat aktør. Der er derfor stor variation i forhold til hvad, der tilbydes, og hvilken effekt behandlingen har. Nogle kommuner har få ansatte logopæder til at varetage en bred vifte af specialer/sub-specialer, og en stor mængde patienter inden for både børne-, unge- og voksen-logopædien. Det gør det i sagens natur umuligt at specialisere sig i tilstrækkelig grad, og tilbyde målgruppen effektiv behandling (generaliseret tilbud versus specialiseret tilbud).

Selvom der i dag ikke stilles krav om en sundhedsfaglig henvisning til audiologopædisk behandling, så er det aktuelt en stor udfordring i Danmark, at målgruppen ved

Aarhus, 24. februar 2025

tvivlsspørgsmål/afgørelser fra hjemkommunen, ikke kan konsultere en speciallæge og henvises til et relevant tilbud, som speciallægen ved findes i en anden kommune eller region. Det er uhensigtsmæssigt, at hver enkelt kommune har ansvar for at tilbyde målgruppen udredning og behandling ved logopæd, når der i praksis ikke leveres den samme ydelse. Dette skaber store uforståelige forskelle i de tilbud som målgruppen modtager, når de søger stemmemodificerende behandling.

Det er aktuelt et stort problem, at den enkelte kommune frit kan tolke lovgivningen og afgøre, hvad målgruppen modtager af tilbud. Dette medfører store forskelle i behandlingstilbuddene med ulige vilkår for målgruppen som alle er tilknyttet CfK Aalborg, CKI Odense og CKI København, og det vanskeliggør det samlede forløb for både målgruppen og de behandlere som omgiver og støtter målgruppen.

Anne Sofie Gladbjerg

Sygeplejerske og tidligere behandler ved Center for Kønsidentitet i Aalborg

Telefon: 40103830

E-mail: sofie@gladbjerg.dk

Line Nyvang Warming

Audiologopæd / Cand.mag. i Audiologopædi / Aarhus Stemmeklinik

Telefon: 49404139

E-mail: kontakt@aarhusstemmeklinik.dk

**15490181, Styrelsen for Patientsikkerheds
høringssvar til Vejledning om sundhedsfaglig hjælp
ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundh**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 49

Brevdato: 26-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

26. februar 2025
Sagsnr.: 35-1110-1226
Reference: ANJA
Tlf.nr.: +4529173896
E-mail: sjur@stps.dk

Styrelsen for Patientsikkerheds udtalelse vedrørende Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Kære Dorthe og Kristine

Vi vil gerne takke for det gode samarbejde. Det har været utroligt spændende og meget lærerigt at være en del af denne arbejdsgruppe. Vi anerkender, at det har været et stort arbejde at få vejledningen og den faglige ramme klar, især med henblik på vejledningens følsomme emne.

Vi har sendt en officiel udtalelse vedrørende vejledningen og den faglige ramme den 24. februar 2025. Vi sender samtidig denne besked med punkter er af mindre væsentlig karakter og for at præcisere visse af vores kommentarer.

Vi takker igen for det gode samarbejde, og skulle I have spørgsmål eller brug for yderligere hjælp fra vores side, må I endelig tage fat i os.

Præcisering af kommentarer

Vi bemærker, at vi tidligere har anbefalet at alle henvisninger til begrebet "skærpet" blev fjernet fra vejledningen om den faglige ramme, da der var risiko for at lovgive i en vejledning, hvilket ikke kan lade sig gøre. Vi har i vores kommentarer til vejledningen anbefalet at begrebet "skærpet" indsættes enkelte steder, da der i disse tilfælde alene er tale om præcisering af allerede eksisterende lovgivning og ikke ny lovgivning.

Vi bemærker samtidig, at vi tidligere havde anbefalet at listen over information, der skal gives til patienten inden kirurgisk behandling,

**Styrelsen for
Patientsikkerhed**
Sundhedsjura

Islands Brygge 67
2300 København S

Tlf.nr.: +45 7228 6600
E-mail: sjur@stps.dk



blev fjernet fra vejledningen. Efter en sammenligning med den faglige ramme vurderer vi, at det vil være mest hensigtsmæssigt, hvis opstillingen også fremgik af vejledningen. Det bør dog også fremgå, at der ikke er tale om en udtømmende liste, således at behandlerne må foretage en konkret vurdering af, hvilke informationer, der er relevante for patienten, og så listen ikke anvendes som en check-liste uden konkret vurdering af patientens behov. Vi beklager vores ændring af anbefalinger.

Vi er opmærksomme på, at vi tidligere har sendt et udkast til vejledningens afsnit om information og samtykke, og at vi nu tilføjer nye bemærkninger. Baggrunden for vores nye bemærkninger er, at Styrelsen for Patientklager for nyligt har udgivet en ny praksissammenfatning, som beskriver kravet til forældreinformation på en sådan måde, der gør, at vi finder det nødvendigt at ordlyden strammes, så det sikres at begge forældre modtager informationen direkte fra behandleren, når patienten er et barn under 15 år.

Ad Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Vi har følgende kommentarer af mindre væsentlig karakter til den faglige ramme.

Afsnit 4.1. faglige kompetencer i behandlerteamet

Det fremgår, at den forløbsansvarlige speciallæge kan uddelegere dele af forløbet til andet sundhedsfagligt personale. Delegering er et fagligt udtryk, der anvendes om sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, når der sker delegering af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed. Da der i dette tilfælde ikke er tale om delegering af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, anbefaler styrelsen, at et andet udtryk såsom at "fordele arbejdsopgaver" for at sikre, at der ikke opstår misforståelse omkring, hvad der menes med uddelegere.

Det fremgår samtidig, at dele af forløbet kan uddelegeres, uden det er specificeret hvilke dele, der kan uddelegeres. Er det begrænset hvilke arbejdsopgaver, der kan uddelegeres, bør det præciseres hvilke.



Det fremgår slutteligt af afsnittet, at: *"Den forløbsansvarlige speciallæge har det overordnede ansvar for løbende at informere personen (samt forældre/værger i forhold til børn og unge) og sikre, at der bliver indhentet informeret samtykke."* Styrelsen anbefaler, at dette afsnit uddybes, da der kan opstå tvivl om, hvordan den forløbsansvarlige speciallæge skal sikre dette. Skal de instruere de relevante sundhedspersoner, skal de sikre, at samtykket er journaliseret, eller skal de selvstændigt indhente samtykket?

Afsnit 5.4.3. Opfølgning på medicinsk behandling af børn og unge

Det fremgår af afsnittet, at: *"Derfor skal behandlingen følges af forskning, så der genereres viden om langtidseffekterne af behandlingen for denne målgruppe"*. Det fremgår ikke hvilken type forskning, der er tale om, herunder om patienternes samtykke til forskningen. Er der tale om en anbefaling af, at der opstartes forskningsprojekter, kan dette skrives. Det bør dog fremgå tydeligt, at patienternes samtykke til behandling ikke medfører et automatisk samtykke til at deltage i eventuelle forskningsprojekter.

Afsnit 5.5. Overgang til voksenområdet

Det fremgår af 4. punkt på side 26. *"En mindreårig patient, der er fyldt 15 år, kan frabede sig indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger efter sundhedslovens § 17."* Vi er usikre på, hvad formålet med dette punkt er. Har I mulighed for at uddybe dette, vil vi meget gerne modtage det og sende eventuelle kommentarer dertil.

Med venlig hilsen

Annika Jacobsen
Specialkonsulent, cand.jur.

15489652, Medea (Researchkollektivet Trans Tjek)

VS: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 48

Brevdato: 25-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: [REDACTED]
Sendt: 25. februar 2025 11:00
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg er transkønnet, og igang med et forløb på CKI som for første gang ser ud til at hjælpe det dybe ubehag jeg har lidt hele mit liv. Jeg er meget bekymret over nogle af de forslåede ændringer i danmarks vejledning om behandling af kønsinkongruens.

Det er tydeligt i hvert fald for mig, at reaktionær (og faglig urelevante) politiske kræfter -frem for evidens-baseret medicinske overvejelser- har spillet en rolle i mange af de forslåede ændringer, uden tilstrækkelige konsultation af transkønnede mennesker eller folk som må leve med kønsinkongruens.

Vi er jo en meget lille minoritet, som rutineret har været demoniseret i massemedier (f.eks de mange gyserfilm hvor transkønnethed forbindes med mord eller andre former for kriminalitet). Der er nemlig mange mennesker som er blevet 'trænet' til at betragte os med mistro, frygt og had, og derfor burde "stoppes". Det kan det vær svært at kommunikere hvad det virkelig betyder at få den rigtig behandling - som skal selvfølgelig være individuelt, og uden indflydelse af folk som har en ringe forståelse for den reelt mangfoldighed blandt folk med kønsinkongruens. Det er jo vores krop og vores live at det hele handler om.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står

umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikeres man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Medea

15489593, Irina (Researchkollektivet Trans Tjek)
VS: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 47

Brevdato: 25-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



Fra: Irina K [REDACTED]
Sendt: 25. februar 2025 08:31
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg håber, at I vil tage højde for nedenstående feedback.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. "Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de

ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til, at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Irina

**15489570, Dansk Psykiatrisk Selskab høringssvar
VS: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp
ved kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 46

Brevdato: 25-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



24. februar 2025

Tak for høring vedr. den opdaterede version af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens.

Området har været i kontinuerlig udvikling, og der er stadig flere der bliver henvist pga. kønsinkongruens med henblik kønsbekræftende behandling.

Vejledningen blev udarbejdet med inddragelse af de fagpersoner fra de Centre som har ansvaret for varetagelse af behandlingsforløb vedr. transkønnethed.

Det faglige indhold sådan set følger de internationale anbefalinger, f.eks. den gældende WPATH (World Professional Association for Transgender Health) Standards of Care, ver. 8.

Der gøres dog opmærksom på følgende:

Andelen af personer med gennemgribende udviklingsforstyrrelser blandt nyhenviste til landets centre for kønsidentitet er stigende. Et aktuelt estimat er, at omkring 1/3 af alle nyhenviste i dag er diagnosticeret med en autisme spektrum forstyrrelse (ASF), mens en endnu større andel har autistiske træk, uden at de blev udredt for ASF. Denne sammenhæng har været beskrevet gennem de sidste ca. 15 år i litteraturen, men det er først de senere år det opleves at Centrene for alvor har set en stigning i antallet af henvisninger af personer med ASF.

Vurdering af denne patientgruppe er vanskeliggjort af deres psykiatriske komorbiditet, hvilket kan kræve specialiseret viden om ASF og kompetencer indenfor f.eks. pædagogisk område. Der er også beskrevet overvejelser i litteratur hvordan den øgede forekomst af kønsdysfori hos mennesker med ASF kan forstås, herunder at der kan være tale om diagnostisk overlap mellem kønsdysfori og ASF. (Bouzy J, Brunelle J et al: Transidentities and autism spectrum disorder: A systematic review, Psychiatry Research 323 (2023) 115176)

Der er således en aktuel bekymring om hvordan gruppen, som vi ser i dag, skal tilbydes kønsmodificerende behandling.

Der kan påpeges en række udfordringer ift. udredning og behandling af kønsidentitetsforhold med komorbid ASF, herunder at patienter med ASF kan have svært ved at beskrive indre tilstande og reflektere over deres kønsdysfori pga. nedsat kapacitet til mentalisering.

Der kan risikeres at overse kønsligt ubehag pga. manglende verbalisering af dette, men omvendt kan der tænkes at man også kommer til at give behandling uden at der foreligger et invaliderende kønsligt ubehag.

Dansk Psykiatrisk Selskab

www.dpsnet.dk

Forperson: Merete Nordentoft, e-mail: forperson@dpsnet.dk
Sekretær: Lene Tilgreen Nielsen: ltn@dadl.dk



Der ønskes at der i denne nye version af vejledningen fortsat fremgår at der skal udvises særlig forsigtighed ved ASF eller ved mistanke om dette i forhold til at opstarte kønsbekræftende behandling.

Der ønskes således at vejledningen forholder sig mere specifikt for denne patientgruppe, og f.eks. kommer med specifik stillingtagen ift. beskrivelse af behandlingsforløbet for transkønnede med komorbid ASF.

Venlig hilsen

På vegne af Dansk Psykiatrisk Selskab

Zoltan Barkanyi

Ledende overlæge

Psykiatrisk Afdeling Odense - Svendborg, Læger OD

**15468347, Forældre til transidentificerende
ung Høringssvar af 'Vejledning om
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og
'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens'**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 44

Brevdato: 23-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Beretning om en ung autistisk piges vej ind i transidentifikation — og sundhedssystemets manglende afklarings- og behandlingsmuligheder

af forældre til transidentificerende ung

Vi har været vidner til at omgivelsernes — fagfolk, medier, politikere, interesseorganisationer, behandlere — sociale bekræftigelse af vores datters transidentitet har fastlåst hende i en tilstand, som ikke bliver undersøgt og udredt. The Cass-review påpeger at social bekræftigelse ikke er en neutral handling og direkte skadelig for børn og unges psykologiske udvikling. Men denne faktor tages slet ikke i betragtning i sundhedssystemet. De unge har krav på en solid psykologisk bistand, så der kan ske en udredning af, hvorvidt den unge vitterligt lider af kønsdysfori, eller om der er noget bagvedliggende, som kønsskifte ikke "kurerer". Kønsubehag kan være en reaktion hos autister på at føle sig anderledes.

Vi er forældre til en pige på nu 17 år. Hun var i hele hendes barndom en feminin, stille og kreativ pige, der klarede sig fagligt godt i skolen, selvom det socialt var lidt sværere. Indikatorer som fx at klatre i træer, spille fodbold, kort hår og lege med drenge, har hun aldrig haft. Hun meldte som 12-årig ud at hun var bi-seksuel, uden det større drama. Men da hun kom i puberteten som 12-årig begyndte det at gå ned ad bakke mentalt.

Covid og 2 års skolevægring fulgte og et par meget svære år, hvor hun fik det psykisk værre og værre. Vi ledte alle efter svar og løsninger på hvad der var galt. Hun fandt og finder "svar" på sine problemer online. Én er at hun har ADHD og vil have medicin for det. En anden er hun er non-binær og vil tiltales de/dem.

Den første privatpraktiserende psykolog sendte os blot videre, efter at have formidlet vores datters budskab om at hun nu var non-binær, nu hed et kønsneutralt navn, ønskede at blive tiltalt de/dem og at få binder. Senere udviklede det sig til at hun meldte ud at hun var transdrenge.

Herefter bliver hun og vi mødt med ideen om social bekræftelse alle vegne. Vi og hun mødte ingen spørgsmål eller undersøgende tilgang. Vores datters selvdiagnose stod ved magt. Der var en stærk følelse af berøringsangst og uvidenhed hos psykologer, skolen, PPR og andre fagpersoner. Vi blev sendt videre til hvad vi nu mener er ideologisk styrede organisationer som FSTB.dk (Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn), LGBT+ og Normstormerne.

Alle steder råder os til social bekræftelse. Vi fulgte deres råd. Noget vi nu fortryder. Hvis vi som forældre ikke begyndte at stille spørgsmål ved det, ville ingen have gjort det. En enkelt, som var PPR-psykolog, nævnte dog noget om at børn har svært ved at skelne mellem ideologi og fakta.

Efter at en forebyggelseskonsulent på skolen fik lavet en underretning, så vi kunne få hjælp fra familieafdelingen i kommunen, fik vores datter og vi psykolog. Psykologen fik hurtigt sendt hende til udredning i psykiatrien, hvor de kom frem til at hun havde autisme/Aspergers. Psykologen arbejdede godt med hendes mentale udfordringer, men vi måtte nærmest undervise dem i emnet kønsdysfori ligesom de manglede viden om autisme. De henviste os igen til de steder, som står for kønsdagsordenen, som nævnt ovenfor, og afviste at kigge på hendes formodede kønsdysfori – fx i forhold til hvordan puberteten og autismen kunne spille ind. Ting som vi fandt masser af data og fakta der viser at de gør, eller i det mindste stiller spørgsmålstejn ved.

I slutningen af psykologforløbet kom psykologen på et kursus om kønsudfordringer Sexologisk Klinik, hvorefter hun kom tilbage med en overbevisning om at vi havde ret i at det var vores datters autisme og deraf følgende mentale udfordringer som spillede ind — mere end kønsdysfori.

Langsomt forstår vi hvordan vores datter endte i transidentifikation: Det altopslugende fokus på identitet og maskeringerne. Hun gennemgik præcis de samme looks som næsten alle piger man møder online der ”transer”. Det var så tydeligt en trend, en social smitte, som hun med sin autisme er særligt sårbar overfor.

Trods tydelig glæde og tilfredshed ved sin biologiske krop (binderen er lagt væk og hun har nu en skuffe med blonde bh'er) og til trods for at hun altid har været en yderst feminin pige, mener hun stadig at være en dreng. Hun kan ikke forklare hvorfor og vi kan ikke tale om det eller se fx videoer og tekster sammen om emnet.

Det er tydeligt for os, hendes forældre, at det er en påtaget identitet, som hun er blevet smittet af online via andre unge med transidentifikation, influencers på Tik Tok, Amino, Youtube etc. som forklaring på hendes tydelige følelse af ”forkerthed” og anderledeshed i forhold til de andre i klassens udvikling. Imens de andre begyndte at bruge make-up, klæde sig mere feminint og sexet og interessere sig for mode og drenge, legede hun stadig. I dag ved vi at mennesker med autisme er omkring 5 år bagud socialt. Og at dette er den egentlige forklaring på hendes oplevelse af at være anderledes. Sideløbende med dette har hun siden den dag hun startede i skole oplevet tristhed og følelsen af ikke at passe ind. Hun blev, fordi ingen af os voksne omkring hende opdagede hendes autisme, slet ikke mødt i forhold til hendes behov.

Fx har autister langt sværere ved at skabe sociale relationer og kan tit føle sig udenfor. Derfor kom det kønsorienterede fællesskab, som tog imod hende med åbne arme, som en åbenbaring, ligesom det gav hende en ”sej” identitet og en kortvarig cool status i pigegruppen.

Det er et forløb, vi kan se at alle i denne gruppe af unge følger, og narrativet er ufatteligt ens. Det foregår lige foran øjnene på forældre, lærere og psykologer. Det er som om vi aldrig har

hørt om begrebet social smitte, selvom det er veldokumenteret ift. cutting, spiseforstyrrelse og selvmord hos unge.

Mødet med de mange forældre og autismeforeninger for autister blev et chok. De var fyldt af, hvad vi vil påstå er trans-propaganda. Især FSTB var meget aktive i den periode. Siden har vi fundet flere med ekspert eller faglig viden om autisme (fx VISO-konsulent Thue Sommer, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri Lasse Sørensen og psykolog Lars Junker), som ser det åbenlyst i at netop unge med autisme kan føle sig forkerte og anderledes, få dette som en særinteresse, kan opnå relationer og identitet, de ellers ikke kan, i transmiljøet.

Vi er sikre på at mange autister falder ved siden af normerne – det er der masser af logiske grunde til i diagnosen. Men ikke at flere skulle være trans! Folk ignorerer de fællestræk der er mellem autistiske følgesymptomer, der minder om kønsdysfori. Det oplever vi som problematisk. Og man kan ikke tale frit om det på forældre for autister og om autisme. Ideen om at du eller dit barn er trans bliver til gengæld hyllet og fejret.

Især en Facebook-side skræmte os. Den var fuld af tricks til at komme hurtigere til hormoner til sine børn via en udenlandsk lægeklinik og køb af hormoner i udlandet. Åbenbart lovligt! Nu ser vi at LGBT+ Danmark også anviser veje til dette som en eksplicit omgåelse af det danske sundhedsvæsen og patienternes læger. Alt sammen i selv-diagnosens navn. De mødre skræmte os, de virkede så sikre på at deres børn bare skulle på hormoner så hurtigt som muligt. Nogle af disse autistiske piger gik stadig (i hemmelighed for psykologer og læger) indimellem i kjoler og med makeup og var måske blot forvirrede, fordi de ikke passede ind i pigegruppen på deres skoler jvr. ovennævnte grunde.

Det værste var at Molis, at et ellers godt sted med ekspertise i autisme, ikke ville tage stilling til disse problemer, da vi tog dem op med dem. Og deres LGBT+ caféer har stort fokus på kønsidentitet. Om de varetager det fornuftigt, ved vi ikke, fordi vi føler os ikke trygge ved dem. Vores datter har heller ikke ønsket at deltage i deres LGBT+ café.

Vores oplevelse af behandlersystemet og de organisationer der skulle hjælpe børn som vores datter, er stærkt bekymrende. Vi føler os dybt svigtede af mange, blandt andre: LGBT+ Danmark, Børns Vilkår, Sex og Samfund, læger, Sexologisk Klinik, psykologer (både off. og private), politikere og de danske medier, især DR. De har ført en ensrettet propagandakampagne om at hvis du føler dig som en dreng, så er du en dreng, og hormon og kirurgivejen er givet. Hvis noget stiller spørgsmål til dette, hader de dig, eller måske forstår de det bare ikke.

I bakspejlet er det som om hun er blevet udsat for konversionsterapi, med ufrivillig støtte fra os. Og det er næsten umuligt at bakke ud af denne "kult".

Ifm. min (morens, red.) deltagelse i "pårørende til børn med sindslidelser-gruppeterapi" talte jeg om min frustration over at psykologer undgår mit ROGD-barns problemer med køn og identitet. Psykologen fortæller at det er fordi de frygter modreaktionen, hvis de begynder at stille spørgsmål, pga. at ovennævnte grupper har fået enormt stor magt. Hun nævnte også at de ikke tør spørge ind, fordi der ikke er evidens, dvs. forskning i hvorfor fx unge piger autister i så stort tal pludselig er transinteresserede.

Fra en bekendt som netop har afsluttet psykolog-studiet på KU hører vi at de psykologistuderende som kommer fra et objektivt standpunkt med hensyn til kønsidentitet, bliver mødt med massiv kritisk fra dem med et queer-ideologisk standpunkt og derfor flygter de fra dette fagområde. Vil det det betyde at fremtidens terapi af børn og unge, reelt set kun vil være queer-ideologisk?

Vi har desværre også hørt dette fra en anden psykolog, som beskrev stemningen i Dansk Psykolog Forening: hvordan én ideologi sætter hele dagsordenen for hvordan man forholder sig til personer der har kønsdysfori inklusive børn med ROGD. Og hvordan kritiske holdninger til ideologien, blev lukket ned.

Vi bør i Danmark se objektivt på ideologier og ikke skubbe psykisk sårbare i grebet på dem, som vi gør nu. Det har vist sig at hun er på autismspektret og hendes mentale helbred er ved hjælp af diagnose og terapi blevet bedre. Men ideen om at være trans er nu blevet en del af hendes identitet. En identitet der lige nu er trendy, cool og glorificeret.

Hvor mange børn og unge, som blot er homoseksuelle og/eller autister ender på hormoner, fordi de fejlagtigt, og via selvdiagnose, tror de er trans? Stærkt støttet op af medierne, der fejrer de mange sårbare smukke korthårede seje lesbiske pigers overgang til et liv som sterile transdreng. Derefter bliver de sluppet. Og ikke en lyd fra dem der fortryder, på trods af at der fx er en Reddit detrans-gruppe med over 55.000 medlemmer og 91.000 hits på detrans på YouTube. Måske fordi de ikke bliver fejret på samme måde? De er skamfulde og de bliver betvivlet fra alle kanter. Men de findes! Hos Sexologisk Klinik i København er de ifølge psykolog Frida stoppet kraftigt op med behandlinger pga. at for mange fortryder (og det vil de undersøge årsagen til) og i udlandet kan vi følge at de er i stærk stigning. Også her er det uvist hvor mange, fordi man ikke har fulgt op på den eksperimentelle behandling. Som foregår live på vores børn!

Så kære Sundhedsstyrelse, lyt til os forældre der tvivler og stiller spørgsmål. Vi elsker vores børn af hele vores hjerte. Det er os der sidder tilbage med resterne, når nyhedens glans er gået af de lykkelige "Transbørn", og de bliver til et freakshow i stedet. Når de nysgerrige læger er færdige med at eksperimentere og når politikerne har brug for en ny mærkesag. Når filosofi-professorerne er færdige med deres afhandlinger. Når vores børn fortryder de ting de har gjort ved deres kroppe, de år de har spildt på at prøve at bilde sig selv og verden ind, at de er noget andet end det de er født som. Når det er for sent at gå tilbage og de er afhængige af hormoner resten af deres liv. Og medicinalindustrien klapper i deres hænder og pudser deres glorie af kirurgisk stål. Og stadig tjener styrtende på syntetiske hormoner til patienter af en sygdom de selv har været med til at skabe.

Så står vi tilbage med vores børn. Nogle har stadig intakte kroppe, men alle har ar på sjælen. Ar som kan undgås, hvis I stopper med at eksperimentere på børn, unge og voksne og får den rigtige faglighed i spil. Og i stedet får nysgerrighed, eksplorativ psykologisk udredning, evidensbaseret behandling, undersøgelse af bagvedliggende årsager til selv-diagnose, udredning af social smitte og tværfaglighed ved at se på sammenhænge imellem kønsforvirring, diagnoser og andre mentale udfordringer.

Læs The Cass-review og stop med at følge WPATHs vejledninger.

Venlig hilsen

(navne anonymiseret af hensyn til barnets sikkerhed)

Links

The Cass-review, en 388 siders rapport med sønderlemmende kritik mod sundhedssystemets behandling af kønsforvirrede børn og unge især i England.

<https://pov.international/the-cass-review-konsforvirrede-born-svigtet/>

og

<https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/>

En international uafhængig gruppe af fagfolk, forældre og detransitioners fra 25 lande:

<https://genspect.org/>

og deres vidensdatabase

<https://statsforgender.org/>

New York Times article om problematikken, 2024

<https://www.nytimes.com/2024/02/02/opinion/transgender-children-gender-dysphoria.html>

Dansk samling af viden på området. Transkoen.dk er tænkt som en hjælp til både børn, unge og forældre, der står midt i transkønsproblematikken:

<https://www.transkoen.dk/>

Petra, 16 år, autist, desister

https://youtu.be/ZeKWD44zjeY?si=Vm_peU3Do9n7Vfw5

Isla Macy - Autism and Alexithymia (det ikke at kunne mærke eller beskrive egne følelser). Faglige årsager til når autister søger en transidentitet. *Filmen er desværre blevet fjernet pga. transaktivisters chikane af forfatteren og hendes børn.*

https://youtu.be/nc1FWgU6jYc?si=4_YBRjmvE1SYWGMk

I en artikel fra 3.07.2023 i Ugeskrift for Læger indrømmer lægerne fra Sexologisk Klinik selv, at en del af stigningen i teenagere, der ønsker at skifte køn, formentlig skyldes "social påvirkning":

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsubehag>

Reddit detrans/desister gruppe med over 55.000 medlemmer — som gør op med myten om at ingen fortryder deres transition:

<https://www.reddit.com/r/detrans/?rdt=62600>

**15468291, Jane Ann [REDACTED] høringssvar til
vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens og faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 43

Brevdato: 23-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: [REDACTED]
Sent: 23-02-2025 20:13:31 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Sch nwendt <bmsc@sst.dk>
Subject: Jane Ann [REDACTED]

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
V r opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Hej.

Jeg har ligget syge med influenza i en uge og har ikke haft mulighed for at sende en respons, og nu er deadline kommet.

Derfor skriver jeg simpelthen at, jeg er en 55 årig trans kvinde (og er født med to DSD) og jeg er meget tilfreds med den behandling jeg har fået fra Aalborg Center for Kønsidentitet, hvor jeg har været klient i nu ti år. De har hjulpet mig så meget at jeg lever nu med glade og har ikke selvmordstanker eller depression mere. Hormonbehandling har været fantastisk og et liv med blodig afføring fra Colitis er simpelthen stoppet.

Jeg var heldig at kom til i god tid da Aalborg åbnet og ville ønske at alle andre trans nnet fik samme muligheder som jeg har. Budgettet for trans sundhedspleje er desværre alt for lille.

Undskyld hvis dette her er den forkerte måde at melde tilbage men jeg sidder her med feber og drypper sved, så jeg håber i kan bug min respons og i kan tilgive mig.

MVH

Jane

**15462953, Dansk Sygepleje Selskab høringssvar
(ingen bemærkninger) SV: Høring af Vejledning for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og
Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 41

Brevdato: 21-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: DASYS <dasys@dasys.dk>
Sent: 21-02-2025 15:06:32 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Subject: SV: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Bodil Marie Thuesen Schönwandt/Sundhedsstyrelsen

DASYS takker for at få mulighed for at afgive høringssvar til **"Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens"**. Høringen har været sendt ud til DASYS' faglige selskaber og der er ikke indkommet bemærkninger til den.

Venlig hilsen

Diana Juhl
DASYS' sekretariat

dasys@dasys.dk
+45 4695 4246



Sankt Annæ Plads 30,
DK-1250 København K
dasys@dasys.dk | www.dasys.dk

**15453358, Marie [REDACTED] (Researchkollektivet
(Trans Tjek) høringssvar VS: Høringssvar om
behandling af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 40

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: Marie [REDACTED]
Sendt: 18. februar 2025 14:47
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Som nærtstående til en transperson finder jeg det enormt vigtigt, at få opdateret behandlingsvejledningen for kønsinkongruens.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikierer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Marie [REDACTED]

**15453299, Ray [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) høringssvar VS: Høringssvar om
behandling af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 39

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: Ray [REDACTED]
Sendt: 18. februar 2025 12:12
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg anmoder om at partnerægdonation bliver en del af det offentlige sundhedssystem, således at det ikke er en egenudgift. Ligesom det er gratis for ciskønnede heteropar og kvinder der har brug for fertilitetsbehandling. Det skal Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikierer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og

virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Ray [REDACTED]

--

Phone: [REDACTED]

**15453284, Storm [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) høringssvar Høringssvar om behandling
af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 38

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Storm [REDACTED]
Sent: 18-02-2025 07:10:23 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail fordi disse nye retningslinjer er afgørende for trans personers trivsel og liv.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikeres man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Storm [REDACTED]

**15453277, Kirstine [REDACTED] (Researchkollektivet Trans
Tjek) høringssvar Høringssvar om behandling af
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 37

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Kirstine [REDACTED]
Sent: 18-02-2025 06:49:44 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Hej

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Kirstine

**15453264, Oscar [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) høringssvar Høringssvar om behandling
af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 36

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Oscar [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 17:12:03 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Subject: Høringsvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringsvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg er ikke selv transseksuel, men skriver denne mail på vegne af mine venner, som har skulle været gemmen forløb, hvor disse vejledninger har været i brug. Jeg er bange for at de transfobiske tendenser vi ser lige nu i vores verdensbillede vil sætte præg på denne lov. Jeg håber dog at I tager disse kommentarer seriøst, som en måde at modvirke denne fuldstændigt hadfulde tendens. Udover disse kommentarer vil jeg bare sige at jeg håber I fokuserer på de mennesker der rent faktisk har gennemgået de her forløb, i stedet for de rapporter som f.eks. Storbritanniens nyeste Cass-rapport, hvor man har med vilje valgt at ekskludere transpersoner fra processen, på baggrund af frygt for bias. Transkønnethed skal behandles, ikke kureres.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra

netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Oscar [REDACTED]

**15453243, Theodor [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) høringssvar Høringssvar om behandling
af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 35

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Theo [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 20:10:54 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen
Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail som 18-årig transkønnet, der længe og stadig går med et ønske om kønsbekræftende behandling. Det er opløftende at se vejledningen opdateres.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring. Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne" Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens. I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens. Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme. I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn. Denne formulering burde derfor rettes til. Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen." Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling. Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer. Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne" I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling". Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling. Denne formulering burde derfor rettes til. Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi" I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed".

Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8. Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen, Theodor [REDACTED]

15453230, Emma [REDACTED]

**(Researchkollektivet (Trans Tjek) høringssvar
Høringssvar om behandling af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 34

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Emma [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 18:14:47 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
V r opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail fordi jeg ønsker at gøre opmærksom på følgende:

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme g r det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risik rer man at stille personer i kanten af samfundet i en um lig situation, hvor de ikke kan få behandling f r de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, f r de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Emma [REDACTED]

Sendt fra min iPhone

**15453217, Mio [REDACTED] (Researchkollektivet Trans
Tjek) høringssvar Høringssvar om behandling af
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 33

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Mio [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 21:58:49 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Kære repræsentanter, læs venligst denne mail grundigt igennem, og tag dette til overvejelse.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning.

Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende".

Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til. Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikeres man at stille personer i

kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan.

Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed".

Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Mio [REDACTED]

**15453206, Hazel [REDACTED] (Researchkollektivet Trans
Tjek) høringssvar Til Sundhedsstyrelsen
Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig
hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 32

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Hazel [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 16:35:09 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Subject: Til Sundhedsstyrelsen Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Hej, jeg skriver denne brev fordi, det er meget vigtigt for mig at transkønnethed ikke er misfortolket, da det kan have fatale konsekvenser.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning.

Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme. I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11:

"Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende".

Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn. Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne" I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling. Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi" I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed".

Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8. Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes. Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen, Hazel [REDACTED]

**15453131, Alexandra [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) høringssvar Høringssvar om behandling
af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 31

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Alexandra [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 16:30:02 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
V r opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver ind i denne forbindelse fordi jeg og mange andre som mig har været igennem udredning i de danske centre for kønsidentitet og oplevet nogle af følgende ting: at blive nægtet adgang til livsnødvendig medicin, at få krænket sin ret til rettidig behandling, at få sin udredningsprocess unødigt forlænget p a fordomme hos behandlere, at blive umyndiggjort, at blive ydmyget, at få ineffektive behandling fordi vi i Danmark er bagud på mange m der på dette område, at give op og selvmedicinere fordi det danske sundhedsvæsen har svigtet os, eller at havne på psykiatrisk selvmordstruet. Det er simpelthen ikke godt nok endnu. Og det er fantastisk at der bliver gjort noget i den rigtige retning. Men vi er ikke i mål f r transkønnede ikke længere bliver sygeliggjorte og umyndiggjorte. Vi skal have informeret samtykke. Og vi skal have adgang til effektiv medicin hvor der skal tages højde for individuelle behov og ikke k res efter en fast opskrift.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme g r det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket.

Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling f r de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, f r de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Alexandra [REDACTED]

**15453122, Elena [REDACTED] (Researchkollektivet Trans
Tjek) høringssvar Høringssvar om behandling af
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 30

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Elena [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 16:12:37 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail, da jeg selv har været i behandling i CKI.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens. I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende".

Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikeres man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling". Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi" I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,
Elena [REDACTED]

15453111, Terry [REDACTED]
(Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar
Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 29

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Terry [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 16:09:47 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver til jer fordi, jeg selv har været igennem behandlingsforløb for at få køns bekræftende behandling. Derfor har jeg personligt stiftet bekendtskab med, hvordan man bliver behandlet i det danske sundhedsvæsen som transkønnet. Jeg mener at det er brug for ændringer af måden det behandlingsforløbet bliver kørt på, på nuværende tidspunkt.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem

behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Terry [REDACTED]

**15452121, Gro [REDACTED] (Researchkollektivet Trans
Tjek) Fwd: Høringssvar om behandling af
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 28

Brevdato: 20-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Gro [REDACTED]
Sent: 20-02-2025 10:05:03 (UTC +01)
To: SST Sygehuse og forløb <SYFOSST@sst.dk>
Subject: Fwd: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

----- Videresendt meddelelse -----

Fra: Gro [REDACTED]
Dato: 17. feb. 2025 18.56
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens
Til: sstsy@sst.dk
Cc:

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail da jeg selv er transperson og har været igennem udredning og hele system hos Center for Kønsidentitet. Når jeg spørg andre transpersoner om deres tid hos Center for Kønsidentitet, er svaret som regel det samme, om mit eget: "Jeg prøver at glemme det" eller "min hukommelse har vidst lukket det ude". Det er så ubehageligt at noget man skal igennem er så invasivt og invaliderende. Vi ønsker at blive set som hele mennesker der har ret til selvbestemmelse over egen krop.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om

behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Gro [REDACTED]

15448602, Sofie [REDACTED]

**(Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar VS:
Høringssvar om behandling af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 27

Brevdato: 19-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <sst@sst.dk>
Sent: 19-02-2025 14:40:59 (UTC +01)
To: SST Sygehuse og forløb <SYFOSST@sst.dk>
Subject: VS: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Sofie [REDACTED] >
Sendt: 19. februar 2025 14:16
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,
Sofie

**15448518, Frej [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) VS: Høringssvar om behandling af
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 26

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Sent: 18-02-2025 09:36:34 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schønwendt <bmsc@sst.dk>
Subject: VS: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

Fra: Frej [REDACTED]
Sendt: 18. februar 2025 09:15
Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail, da jeg selv som transkønnet har oplevet, hvor ubehageligt det kan være at skulle udredes for kønsinkongruens under den nuværende ramme. Jeg mener, at den nye vejledning og ramme til det sundhedsfaglige personale er en vigtig mulighed for at skabe tryggere oplevelser og bedre behandling af transpersoner.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikeres man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Frej [REDACTED]

**15448434, Ada [REDACTED] (Researchkollektivet
Trans Tjek) høringssvar VS: Høringssvar om
behandling af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 25

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: [REDACTED]
Sendt: 18. februar 2025 10:32
Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Mit navn er Ada [REDACTED], og jeg er transrettighedsaktivist og har været patient hos Center for Kønsidentitet i mere end 3 år, og jeg ønsker at vi får den bedst mulige sundhedsbehandling af transpersoner i Danmark. Lige nu er der desværre en slags selvmodsigelse i bl.a. den faglige rammes afsnit 6.3, der gør dette svært at opnå.

På den ene side erklæres det at det kun er den enkelte, der kan vurdere egen kønsidentitet, mens det på den anden side kræver et helt multidisciplinært team at stille diagnosen kønsinkongruens. Disse to erklæringer står i modsætning til hinanden, fordi ens kønsidentitet og ens kønsinkongruens er uløseligt forbundet. Hvem er det så egentligt, der bestemmer om man er transkønnet/kønsinkongruent? I praksis vil det være det multidisciplinære team, da det er dem, der har mulighed for at tage den endelige beslutning om hvorvidt der skal tilbydes behandling.

Derfor vil jeg opfordre til at man på lang sigt arbejder hen imod at bevæge sig væk fra at stille diagnosen kønsinkongruens, og i stedet fokuserer på de individuelle symptomer, der kan opstå hos en transperson, når de ikke får kønsbekræftende behandling. Disse symptomer kan være f.eks. angst eller depression, der kan knyttes til oplevelser med ens køn. Dette vil muliggøre en mere fleksibel behandlingsplan, som samtidig giver transpersoner kropslig autonomi.

Dette er et langsigtet forslag, og på kort sigt vil jeg derfor opfordre til følgende ændringer, der læner sig op ad international forskning og standarder.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i

forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikeres man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Ada

**15448408, Styrelsen for patientklager høringsvar
(ingen bemærkninger) VS: Høring af Vejledning for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og
Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 24

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Sent: 18-02-2025 11:23:17 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Subject: VS: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Fra: Ledelsessekretariatet <Ledelsessekretariatet@stpk.dk>
Sendt: 18. februar 2025 11:18
Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Emne: VS: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Til rette vedkommende

STPK har ingen bemærkninger.

Med venlig hilsen

Uffe Stevnsgaard Pedersen
Chefkonsulent og PA for direkt ren
T(dir.) [REDACTED]
ufsp@stpk.dk

**15447805, Elin [REDACTED] (Researchkollektivet Trans
Tjek) høringssvar VS: Høringssvar om behandling
af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 23

Brevdato: 19-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: Elin [REDACTED] <[REDACTED]>

Sendt: 18. februar 2025 16:19

Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>

Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mailen fordi dette er vigtig for meg.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Elin

**15447756, Region Midtjylland hørings svar VS:
Vedr. høring: Vejledning for sundhedsfaglig hjælp
ved kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 22

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Sent: 18-02-2025 13:23:10 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Subject: VS: Vedr. høring: Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Til kønsidentitet ☐

Fra: Henrik Bech Nielsen <Henrik.Bech.Nielsen@stab.rm.dk>
Sendt: 18. februar 2025 12:57
Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Cc: Lone Dyring <Lone.Dyring@STAB.RM.DK>
Emne: Vedr. høring: Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Til Sundhedsstyrelsen

Tak for muligheden for at kommentere. Den faglige ramme og vejledningen har været rundsendt til de somatiske hospitaler og psykiatrien i Region Midtjylland til orientering og med mulighed for eventuelle bemærkninger. Der er på denne baggrund ingen bemærkninger til høringsmaterialet.

Med venlig hilsen

Henrik Bech Nielsen
Chefkonsulent

Tel. +45 5152 9750
Sundhedsplanlægning • Region Midtjylland
Skottenborg 26 • DK-8800 Viborg

midt
regionmidtjylland

15447636, LGBT+ Danmark høringssvar til høring af faglig ramme og vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens VS: Høringssvar

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 21

Brevdato: 19-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



Høringssvar angående faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Til Sundhedsstyrelsen, 24. februar 2025

Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Overordnet set bemærker LGBT+ Danmark, at der i løbet af processen med revisionen af behandlingsvejledningen er blevet indført forbedringer i den foreslåede behandlingsvejledning, som vil komme målgruppen til gode. LGBT+ Danmark kan særligt fremhæve:

- Tydeligere formulerede retningslinjer, der er nemmere at forstå for behandlere og andre sundhedsfaglige personer og som forholder sig til internationale retningslinjer, samt en opdeling af den faglige ramme og vejledningen på området, der leder til større klarhed for behandlere og for målgruppen og en understregning af forskellen på informeret samtykke og udredning.
- At det er understreget løbende i den faglige ramme, at patienter skal oplyses om de forventede positive virkninger af kønsbekræftende behandling og at MDT skal tage højde for de negative skadevirkninger af ikke at modtage behandling i forbindelse med udredningen.
- Klar beskrivelse af, hvilken faglighed der kræves for at foretage udredningen og hvilken rolle kirurgerne spiller i denne sammenhæng.
- Benævnelse af, at tvivl udtrykt i forbindelse med udredningen ikke senere skal spille en rolle i MDT's vurdering af, hvorvidt der skal tilbydes behandling.
- En bevarelse af et højt specialiseret behandlingstilbud til børn og unge med kønsinkongruens samt at der i højere grad er taget højde for overgangen fra børne- og ungeområdet til voksenområdet.

Det er LGBT+ Danmarks opfattelse, at de ovenstående tiltag vil sikre en bedre proces for særligt udredningsprocessen og samtidigt sikre, at MDT kan tage beslutninger på det rette grundlag med en fagligt funderet faglig ramme i ryggen.

Derudover har LGBT+ Danmark følgende anbefalinger:

LGBT+ Danmark anbefaler, at udgangspunktet om, at man skal modtage hormonbehandling før man kan få en mastektomi tages ud, subsidiært at sætningen om at testosteronbehandling kan give en tilstrækkelig effekt tages ud, da den er misvisende.

LGBT+ Danmark anbefaler, at selvbetalt øvre kirurgi i privat regi tages ud af den faglige ramme, således at private sundhedspersoner ikke skal følge kravene til udredning og MDT, når det kommer til selvbetalt øvre kirurgi.

LGBT+ Danmark anbefaler, at kravet om ekstra forsigtighed ved tilbud om nedre kirurgi til voksne imellem 18-25 år tages ud af den faglige ramme.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det i højere grad beskrives hvordan specialviden og specialister kan inddrages i behandlingen af personer med udviklingsforstyrrelser, hvilken faglig viden om udviklingsforstyrrelser der bør findes hos behandlere og hvordan udrednings- og behandlingsforløb kan tilpasses for at tage højde for personer med udviklingsforstyrrelser, der ikke kan indgå i et udredningsforløb der kræver velartikulerede verbale evner.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det skrives ind i den faglige ramme, at der kan henvises til udlandet for phalloplastik med urinrørsforlængelse.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det i den faglige ramme præciseres, at der i udredningen og vurderingen af behovet for behandling skal tages højde for, at non-binære personer også oplever kønsinkongruens, der kan udforme sig på specifikke former og har behov for en behandlingsplan for at afhjælpe kønsuharmonien, der nogle gange adskiller sig fra den, der tilbydes transmænd og transkvinder.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det skrives ind i den faglige ramme, at hvis der er tidsudsættelse eller afslag på at tilbyde en særlig kønsmodificerende behandling fordi det vurderes, at det kan forværre en psykisk lidelse, må det ikke være på generel baggrund, men skal vurderes på baggrund af det specifikke indgreb og dets sædvanlige følger for en person med den konkrete psykiske lidelse, fx at testosteron generelt forbedrer sindstilstanden og at kirurgi i sig selv ikke forventes at forværre fx depression, medmindre den behandlingssøgende er i en tilstand hvor personen ikke kan varetage helingsprocessen.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det gøres klart at der ikke kan henvises til kommunale tilbud som erstatning eller som forudgående krav for en eller flere slags sundhedsfaglig behandling, og særligt ikke, hvis det ikke sikres at den behandlingssøgende faktisk har adgang til ydelsen igennem sin bopælskommune – og som følge heraf, at kravet om stemmetræning før stemmebåndskirurgi omskrives til en anbefaling og slettes som et krav for indstilling til kirurgi.

Baggrunden for hver anbefaling vil blive uddybet i det følgende.

Øvre kirurgi uden hormonbehandling og den trinvis behandling

Det fremgår af den faglige ramme, at der bør være strengere krav til udredningen i det tilfælde, hvor der tilbydes mastektomi uden forudgående hormonbehandling samt at det bør ledsages af en 6 måneders refleksionsperiode af hensyn til "indgrebets invasive og irreversible karakter samt konsekvenser af og mulige komplikationer til operation". Det er ikke foreningens opfattelse, at mastektomi har en særligt invasiv karakter, voldsomme konsekvenser eller en høj komplikationsrate. Potentielle negative konsekvenser af indgrebet er, at man kan miste evnen til at amme, hvis det var noget, man ønskede sig at gøre. Konsekvenserne herudover er hovedsageligt kosmetiske. Formuleringerne i den faglige ramme såvel som kravet om en mere indgående vurdering og refleksionsperiode ved indstilling til mastektomi uden forudgående hormonbehandling virker derfor ikke proportionale, men kan i stedet have en formynderisk effekt samt kræve unødvendige ressourcer til udredning.

Det fremgår ydermere af den faglige ramme, at det for maskuliniserende øvre kirurgi for nogle kan være nok at få hormonbehandling og styrketræne. Af de transpersoner, vi er i kontakt med, har det ikke været tilfældet for nogle. En meget stor del har derimod startet med en top-operation med meget fine resultater, der ikke mangler noget, der kunne være tilført ved hormonbehandling. Nogle af dem har herefter med det samme eller efter et stykke tid fortsat med hormonbehandling, nogle har ikke, men de har alle været tilfredse med at gøre det i denne rækkefølge.

LGBT+ Danmark anbefaler, at udgangspunktet om, at man skal modtage hormonbehandling før man kan få en mastektomi tages ud, subsidiært at sætningen om at testosteronbehandling kan give en tilstrækkelig effekt tages ud, da den er misvisende.

Selvbetalte øvre kirurgi i det private

Det er allerede muligt at få feminiserende øvre kirurgi (BFO) selvbetalte i det private på en kosmetisk indikation. Det bør også være muligt for voksne selv at give informeret samtykke til en selvbetalte mastektomi. Som det anerkendes i vejledningen kræver selve indgrebet ikke højt specialiseret viden, så den eneste grund til at omfatte mastektomi af kravene i den faglige ramme er, at man mener, at et voksent menneske ikke selv er i stand til at frasige sig muligheden for eventuelt at amme et barn hvis de en dag vil føde.

Af hensyn til voksne menneskers autonomi over egen krop bør der gives lov til, at transpersoner uden udredning selv bør kunne beslutte sig for at tage imod øvre kirurgi. En insisteren på at omfatte selvbetalte mastektomier i det offentlige tilbud virker som et udtryk for en formynderisk holdning til fødende personers kroppe såvel som transpersoners kroppe, der ikke hører til i 2025.

LGBT+ Danmark anbefaler, at selvbetalt øvre kirurgi i privat regi tages ud af den faglige ramme, således at private sundhedspersoner ikke skal følge kravene til udredning og MDT, når det kommer til selvbetalt øvre kirurgi.

Nedre kirurgi til voksne personer fra 18-25 år

Generelt set i Danmark kan man, når man er myndig, tage beslutninger på egne vegne, herunder stemmeret til valg, fuld afsoning i fængsel efter straffeloven, mulighed for at købe fast ejendom, udøve erhverv og arbejde på lige fod med andre. I den sammenhæng virker det ubegrundet og i uoverensstemmelse med hvordan vi ellers har indrettet vores samfund og sundhedssystem at sætte en forsigtighedsaldersgrænse ved 25 år. Dette gælder særligt på dette område, hvor erfaringen er, at det kan betyde, at der kun i exceptionelle tilfælde vil henvises til nedre kirurgi for de, der er under 25 år.

18-25 år er en meget central del af det sociale liv og seksuallivet for alle personer, og det kan have varig betydning for resten af livet, at disse år må leves uden mulighed for at deltage socialt på lige fod med andre, fungere uden kønsdysfori eller have et fungerende seksualliv. Desuden må der tages højde for de unge, der overgår fra unge-behandlingen. Nedre kirurgi er ved den Europæiske Menneskerettighedsdomstol anerkendt som en behandling, der har afgørende betydning for et menneskes livskvalitet, når de har brug for det.

Når dette sammenholdes med, at man over 18 år er myndig, er begrænsningen i adgangen til nedre kirurgi for voksne under 25 år en uproportionel indskrænkning af adgangen til nødvendig kønsbekræftende behandling for de, der kan få mest gavn af den.

LGBT+ Danmark anbefaler, at kravet om ekstra forsigtighed ved tilbud om nedre kirurgi til voksne imellem 18-25 år tages ud af den faglige ramme.

Neurodivergente personer/personer med udviklingsforstyrrelser

Såvidt LGBT+ Danmark er informeret er omkring en tredjedel af patienterne, der henvises til kønsbekræftende behandling neurodivergente. Mange neurodivergente transpersoner kontakter LGBT+ Danmarks rådgivning med frygt for, at de vil blive afvist til behandling eller udredning på grund af deres neurodivergens. Det har ikke været muligt at få overblik over en klar praksis med henblik på, hvordan neurodivergens indgår i udredningen. Det er derfor positivt, at udviklingsforstyrrelse eller udviklingshæmning ikke i sig selv er en kontraindikation.

Samtidig er LGBT+ Danmark blevet kontaktet af flere neurodivergente personer, der ikke kan indgå i en traditionel samtalebaseret udredning på grund af mutisme, men som er tydelige i deres ønske om kønsbekræftende behandling og som kan udtrykke sig på andre måder, blandt andet skriftligt. Det er derfor positivt, at der i den faglige ramme er skrevet ind om børn og unge, at rammerne for udredningen skal være fleksible, så de kan tilpasses den enkeltes behov og at det kan kræve større inddragelse af specialviden og

pårørende samt øget støtte til den enkelte i at udforske, udtrykke og udleve egen kønsidentitet. På grund af antallet af neurodivergente personer i behandling er dette fokuspunkt særligt centralt, og der er derfor behov for i endnu højere grad end det nuværende at beskrive tilpasningsbehovet i forhold til dette.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det i højere grad beskrives hvordan specialviden og specialister kan inddrages i behandlingen af personer med udviklingsforstyrrelser, hvilken faglig viden om udviklingsforstyrrelser der bør findes hos behandlere og hvordan udrednings- og behandlingsforløb kan tilpasses for at tage højde for personer med udviklingsforstyrrelser, der ikke kan indgå i et udredningsforløb der kræver velartikulerede verbale evner.

Mulighed for at henvise til phalloplastik med urinrørsforlængelse i udlandet

Det beskrives i den faglige ramme, at komplikationsraten ved phalloplastik-operation med urinrørsforlængelse er betydeligt øget, og at dette er grunden til, at der ikke henvises til denne operation i udlandet. Hertil vil LGBT+ Danmark bemærke, at urinrørsforlængelsen for mange transmænd er en central komponent i afhjælpelsen af deres kønsinkongruens, og at flere udtrykker ønske om selv at have muligheden for at give informeret samtykke til den højere komplikationsrate på baggrund af den øgede funktionalitet, som urinrørsforlængelse resulterer i.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det skrives ind i den faglige ramme, at der kan henvises til udlandet for phalloplastik med urinrørsforlængelse.

Non-binære personer

Non-binære personers kønsinkongruens kommer til udtryk på en anden måde end binære transpersoners kønsinkongruens, og dette kræver, at behandlere forstår, at der stadig er tale om kønsinkongruens og at kønsinkongruensen kan komme til udtryk på andre måder end ved binære kønspersoner. Mange non-binære har givet udtryk for, at det kan være svært at blive indstillet til behandling i det nuværende system hvis man ikke udtrykker sit køn binært, ligesom der ikke altid er forståelse for det kønsudtryk, man ønsker at opnå, da nogle behandlere kan have problemer med at forstå, at der er tale om kønsinkongruens og ikke om kosmetiske ønsker. Det er LGBT+ Danmarks opfattelse, at situationen nu er bedre end den tidligere har været for non-binære, men at der stadig er behov for, at det konkret fremgår af den faglige ramme at tilbuddet også gælder for non-binære transpersoner.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det i den faglige ramme præciseres, at der i udredningen og vurderingen af behovet for behandling skal tages højde for, at non-binære personer også oplever kønsinkongruens, der kan udforme sig på specifikke former og har behov for en behandlingsplan for at afhjælpe kønsudtrykket, der nogle gange adskiller sig fra den, der tilbydes transmænd og transkvinder.

Psykiske lidelser

Det fremgår flere steder i den faglige ramme, at det kan være en kontraindikation, hvis den behandlingssøgende har en psykisk lidelse hvis det kønsmodificerende indgreb vurderes at udgør en risiko for at forværre den psykiske lidelse. Det er LGBT+ Danmarks forståelse, at alle psykiske lidelser i øjeblikket forstås som noget, det kan forværres af alle former for kønsmodificerende indgreb, hvilket det er svært at se det faglige belæg for. Således har der været flere eksempler på fx transmaskuline personer, der ønsker at starte på testosteronbehandling for at afværge social angst ved at møde andre i en kønsinkongruent krop, men får at vide, at de skal afhjælpe den sociale angst før de starter på testosteron.

Testosteron påvirker dog ikke angst eller depression negativt, men påvirker generelt selvtillid, nervøsitet, humørsvingninger, mm. positivt og det er derfor ikke fagligt begrundet at vente til den sociale angst er behandlet med andet før man påbegynder behandlingen. Ligeledes vil velindiceret øvre kirurgi heller ikke kunne forværre en psykisk lidelse, hvis personen led af kønsinkongruens, men kun bidrage til et bedre standpunkt at møde verdenen og psykiske udfordringer ud fra, på grund af mindsket kønsinkongruens.

Det bør derfor specificeres og indskrænkes, hvornår en psykisk lidelse potentielt kan forværres ved kønsmodificerende indgreb.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det skrives ind i den faglige ramme, at hvis der er tidsudsættelse eller afslag på at tilbyde en særlig kønsmodificerende behandling fordi det vurderes, at det kan forværre en psykisk lidelse, må det ikke være på generel baggrund, men skal vurderes på baggrund af det specifikke indgreb og dets sædvanlige følger for en person med den konkrete psykiske lidelse, fx at testosteron generelt forbedrer sindstilstanden og at kirurgi i sig selv ikke forventes at forværre fx depression, medmindre den behandlingssøgende er i en tilstand hvor personen ikke kan varetage helingsprocessen.

Beskrivelse af kommunale tilbud i den faglige ramme

LGBT+ Danmark bemærker, at Sundhedsstyrelsen ikke har nogen indflydelse på de kommunale tilbud til transpersoner, og at disse løbende ændres og nedlægges, hvilket har været tilfældet med stemmetræning. Det er oplagt at skrive ind i vejledningen, at der bør henvises til organisationer og kommuner, hvor der findes et tilbud, der rent faktisk er tilgængeligt for den enkelte person i deres bopælskommune og under deres omstændigheder, og at kommunerne og regionernes tilbud i så høj grad som muligt bør samarbejde med hinanden, som det er beskrevet i den faglige rammes afsnit 3.1.

Der bør dog i beskrivelsen inkluderes information om, i hvilken grad Sundhedsstyrelsen kan fastsætte serviceniveauet for det kommunale tilbud, og at serviceniveauet i høj grad varierer fra kommune til kommune og tidsperiode til tidsperiode, samt en understregning af, at en formodning om et særligt tilbud i det kommunale ikke kan træde i stedet for nødvendig behandling i sundhedssystemet.

Dette er særligt relevant i afsnit 5.1 om psykosocial støtte til børn og unge, samt afsnit 6.1.1 om stemmemodificering til voksne. I LGBT+ Danmarks rådgivning har vi modtaget et væld af henvendelser fra både audiologopæder og transpersoner, samt aktindsigter fra kommuner, der viser, at mange kommuner har lukket for adgang til stemmetræning for kønsinkongruens hos transpersoner. Når audiologopædisk

undervisning står i den faglige ramme som et krav før man kan blive tilbudt stemmebåndskirurgi, afhænger adgangen til stemmebåndskirurgi af kommunernes tilbud. Da kun nogle kommuner tilbyder stemmetræning for kønsinkongruens betyder dette, at op til 50% af alle transpersoner vil være afskåret fra en sundhedsydelse hvis de bor i en særlig kommune og ikke selv har midler til at betale for stemmetræning. Det bevirker derfor en geografisk såvel som en social ulighed i adgangen til stemmebåndskirurgi. Dette er naturligvis en uhensigtsmæssig situation, der må afhjælpes enten ved at fjerne kravet eller at sikre, at transpersoner tilbydes stemmetræning i enten regioner eller kommuner.

LGBT+ Danmark anbefaler, at det gøres klart at der ikke kan henvises til kommunale tilbud som erstatning eller som forudgående krav for en eller flere slags sundhedsfaglig behandling, og særligt ikke, hvis det ikke sikres at den behandlingssøgende faktisk har adgang til ydelsen igennem sin bopælskommune – og som følge heraf, at kravet om stemmetræning før stemmebåndskirurgi omskrives til en anbefaling og slettes som et krav for indstilling til kirurgi.

15447354,
Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik
(DSOG)Høringssvar_Kønsinkongurens_DSOG_
Feb2025

Tilstand: A
Dokumenttype: 0
Hoveddokument: 19-02-2025
Aktnummer: 03-0802-328
Brevdato:
Sagsnummer:
Sagstitel:

Dokumentparter



København, 18. februar 2025

Høringssvar fra Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik (DSOG) på høring af lovforslaget angående 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongurens' fra Sundhedsstyrelsen.

DSOG takker for muligheden for at kommentere på ovenstående.

Vi har følgende kommentarer:

Afsnit 6.6.4. Vedr. Fertilitetsbehandling (side 38)

Hvorfor henvisning i forbindelse med behandlingsforløb på CKI?

Helt overordnet kan alle personer, uanset kønsidentitet, modtage fertilitetsbehandling på de offentlige fertilitetsklinikker, hvis de i øvrigt opfylder de vanlige visitationskrav for fertilitetsbehandling.

Efter vores mening bør ovenstående slettes eller omformuleres, da det både for personen, der har et aktivt udredningsforløb hos CKI, samt for de ansvarlige fertilitetslæger vil være mere hensigtsmæssigt i forhold til ofte nødvendige hormonbehandling at adskille disse behandlingsforløb. En eventuel hormonbehandling på CKI vil desuden oftest skulle pauseres i forbindelse med fertilitetsbehandling.

Med venlig hilsen,

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG)

**15425929, Rebecca [REDACTED] (Researchkollektivet
TransTjek) høringssvar Høringssvar om behandling
af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 19

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Rebecca [REDACTED]
Sent: 17-02-2025 16:38:42 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Subject: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail for at støtte TransTjeks høringssvar. I øvrigt mener jeg, at der bør være større forståelse for nonbinære og andre kønsminoriteter, som søger medicinsk behandling for kønsinkongruens - altså at transmaskuline, transfeminine og andre har lige ret til hormonbehandling mm som binære transpersoner.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem

behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødigt skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Rebecca [REDACTED]

15425811, Lasse [REDACTED] (speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri) høringssvar Høringssvar til 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' af Lasse [REDACTED]

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 18

Brevdato: 14-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

**Høringssvar til 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' af Lasse [REDACTED]
speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, februar 2025**

Konklusion

- Der er store usikkerheder angående den prædiktive værdi og stabilitet af diagnosen 'kønsinkongruens'.
- Der er mangel på valide videnskabelige metoder til på individniveau at kunne differentiere mellem de børn, der vil opleve en stabil transidentitet og dem, der efter endt pubertet vil forlige sig med deres biologiske krop.
- Der er mangel på valide videnskabelige metoder til på individniveau at kunne differentiere ætiologien til 'kønsinkongruens' fra andre psykiatriske tilstande.
- Der er et særdeles mangelfuldt evidensgrundlag med hensyn gavnlige effekter af behandlingen.
- Der er mangel på viden om skadelige effekter af behandlingen, både på kort og lang sigt, som potentielt kan være ødelæggende for fertilitet og seksualfunktion samt risiko for skadelige påvirkninger af blandt andet hjernens og knoglernes udvikling og hjerte-kar-systemet.
- Grundet de store usikkerheder og manglende viden på området må behandlingsformen fortsat karakteriseres som eksperimentel.
- Grundet mangel på lægefaglig proportionalitet i behandlingsformen, bør denne stoppes.

Vedrørende vejledningens 5.1. Psykosocial støtte til børn og unge 18

- I vejledningen side 18 står følgende:
 - *"Det er essentielt, at barnet eller den unges udforskning af kønsidentiteter støttes og accepteres af omgivelserne og særligt af de primære omsorgsgivere. Det kan fx være støtte til ændring af navn, pronomen, beklædning, fritidsinteresser og omklædning i forbindelse med idræt, men dette skal altid ske i det tempo, som barnet eller den unge ønsker. Støtte målrettet omsorgsgivere som fx psykoedukation og facilitering af forældrenes følelsesmæssige bearbejdning kan være hjælpsomt"*

Kommentar:

- Vejledningen bør tydeliggøre den manglende viden om potentielle gavnlige og skadelige effekter af social transition.
- Vejledningen bør tydeliggøre at en social transition af et barn, ikke kan betragtes som en neutral handling, men derimod er en psykosocial intervention, der i sig selv potentielt kan påvirke udviklingsretningen i barnets fremtidige kønsidentitet. Og at en social transition af et barn således potentielt kan medvirke til en cementering af et barns oplevet kønsinkongruens og deraf øge sandsynligheden for fremtidig medicinsk og kirurgisk kønsmodificering.

Supplerende referencer:

- Cass 12.30. However, none of the WPATH 8 statements in favour of social transition in childhood are supported by the findings of the University of York's systematic review (Hall et al: Social Transition).

- Cass 12.31. Given the weakness of the research in this area there remain many unknowns about the impact of social transition. In particular, it is unclear whether it alters the trajectory of gender development, and what short- and longer-term impact this may have on mental health.
- Cass 78. Therefore, sex of rearing seems to have some influence on eventual gender outcome, and it is possible that social transition in childhood may change the trajectory of gender identity development for children with early gender incongruence.

Vedrørende vejledningens 5.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for behandling hos børn og unge

- I vejledningen side 22 står bl.a. følgende:
 - *"Omvendt vil udskudt behandling kunne medføre langvarige fysiske og psyko-sociale skadevirkninger ved en uønsket pubertetsudvikling i retning af fødselstildelt køn."*

Kommentar

- Vejledningen bør redegøre for påstanden om at en naturlig pubertetsudvikling, hos et barn kan være skadelig, herunder hvilken data og årsagsanalyse denne påstand bygger på.
- Vejledningen bør forholde sig til om italesættelsen af det potentielt "skadelige" ved en naturlig pubertet hos et barn, potentielt kan skabe en placebo-effekt, som kan forstærke angsten og ubehaget hos barnet (og forældre). Og derved kan blive en vedligeholdende og forstærkende faktor for kønsdysforien.

Vedrørende vejledningens 1-7 kriterier for lægefaglig indikation for medicinsk behandling, side 22:

1. Diagnosen kønsinkongruens kan stilles på baggrund af de diagnostiske kriterier i ICD-11. Side 22:

Kommentar:

- Vejledningen bør redegøre for den prædiktive værdi af diagnosen kønsinkongruens, herunder med hvor stor sandsynlighed en kønsinkongruens i barndom kan forudse en fortsat kønsinkongruens i voksenalder.
- Vejledningen bør så vidt muligt redegøre for hvilke faktorer, der påvirker hvorvidt en kønsinkongruens forbliver stabil eller ej.
- På baggrund af tidligere forskning bør vejledningen specificere hos hvor stor en andel kønsdysforien/kønsinkongruensen, statistisk set, vil ophøre hos disse børn/unge, hvis de gennemgår en naturlig pubertet uden medicinsk indgriben.
- Vejledningen bør uddybe hvilken rolle selve den naturlige pubertære proces har af betydning for identitetsformationen og kønsidentitetsafklaringen hos unge, samt hvilken potentiel iatrogen effekt den kropsmodificerende medicin har på ovenstående proces.
- Vejledningen bør så vidt muligt redegøre for overvejelser om årsager til det stigende antal børn og unge, der oplever ubehag over deres kønnet krop/kønsdysfori i vor tid.

Supplerende referencer:

- Cass 58. Although a diagnosis of gender dysphoria has been seen as necessary for initiating medical treatment, it is not reliably predictive of whether that young person will have longstanding gender incongruence in the future, or whether medical intervention will be the best option for them.
- Vejledningens egen 8. reference- 'Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11' (PDF side 7(221) 2. spalte, nederst):
 - *"In spite of the claims of some clinicians to be able to distinguish between children whose transgender identity is likely to persist into adolescence and adulthood and those likely to be gay or lesbian, there is considerable overlap between these groups in all predictors examined⁸⁰, and no valid method of making a prediction at an individual level has been published in the scientific literature."*
- Cass 16.11. For these reasons, many clinicians who the Review has spoken to nationally and internationally have stated that they are unable to reliably predict which children/young people will transition successfully and which might regret or detransition at a later date.
- Cass 14.36. Adolescence is a time of overall identity development, sexual development, sexual fluidity and experimentation.
- Cass 14.37. Blocking this experience means that young people have to understand their identity and sexuality based only on their discomfort about puberty and a sense of their gender identity developed at an early stage of the pubertal process. Therefore, there is no way of knowing whether the normal trajectory of the sexual and gender identity may be permanently altered.

2. Barnets/den unges oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse. Side 22:

Kommentar:

- Vejledningen bør redegøre for hvorvidt man kan differentiere den kausale sammenhæng mellem kønsdysfori/kønsinkongruens og andre psykiatriske tilstande hos børn.
Hvorledes dette konkret skal gøres i klinisk praksis, herunder specificere hvilke parametre og metoder, der skal anvendes og hvad man baserer dem på.

Supplerende referencer:

- Cass 31. This is a different cohort from that looked at by earlier studies. Among referrals there is a greater complexity of presentation with high levels of neurodiversity and/or co-occurring mental health issues and a higher prevalence than in the general population of adverse childhood experiences and looked after children. The increase in referrals and change in case-mix is also being seen internationally.
- Cass 16.6. As discussed in Chapters 9 and 10, international guidelines on assessment of children and young people with gender incongruence or dysphoria lack clarity about purpose, content or duration. Formal assessment tools have not been adequately validated.
- Cass 16.9. As discussed in Chapter 8, the nature and causes of gender dysphoria/incongruence are complex and poorly understood, and there is very limited understanding of the currently presenting population of predominantly birth-registered adolescent females. Each individual will have a

different mix of biopsychosocial factors, but if potentially dynamic psychosocial or sociocultural factors predominate in a significant proportion of people, one of the most challenging ethical questions is whether and/or when medical intervention is the correct response.

3. Det forventes, at den medicinske behandling vil hjælpe barnet til bedre trivsel og livskvalitet og/eller forebygge udvikling af psykisk mistrivsel. Side 22:

4. De forventede fordele ved medicinsk behandling overstiger de mulige skadevirkninger ved behandlingen. Side 22:

5. De mulige skadevirkninger ved at behandle er mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle. Side 22:

Kommentar:

- Vejledningen bør i langt højere grad uddybe og specificere de tre ovenstående kriterier. Herunder hvordan man konkret skal differentiere i behandlingstilgang vedrørende forskellige patientgrupper.
- Vejledningen bør uddybe hvordan man kan lave en konkret klinisk afvejning vedrørende proportionalitet af tre ovenstående kriterier, når evidensen for kønsmodificerende behandling er lav og usikker samt at vi ikke kender omfanget af potentielle bivirkninger.
- Vejledningen bør i højere grad redegøre for viden om kendte bivirkninger og overvejelser om potentielle langsigtede bivirkninger til behandlingen.

Supplerende referencer:

- Cass 82. However, no changes in gender dysphoria or body satisfaction were demonstrated. There was insufficient/inconsistent evidence about the effects of puberty suppression on psychological or psychosocial wellbeing, cognitive development, cardio-metabolic risk or fertility.
- Cass 83. Moreover, given that the vast majority of young people started on puberty blockers proceed from puberty blockers to masculinising/ feminising hormones, there is no evidence that puberty blockers buy time to think, and some concern that they may change the trajectory of psychosexual and gender identity development.
- Cass 85. The University of York also carried out a systematic review of outcomes of masculinising/ feminising hormones. Overall, the authors concluded that "There is a lack of high-quality research assessing the outcomes of hormone interventions in adolescents with gender dysphoria/incongruence, and few studies that undertake long-term follow-up. No conclusions can be drawn about the effect on gender dysphoria, body satisfaction, psychosocial health, cognitive development, or fertility. Uncertainty remains about the outcomes for height/growth, cardiometabolic and bone health. There is suggestive evidence from mainly pre-post studies that hormone treatment may improve psychological health, although robust research with long-term follow-up is needed".
- Cass 86. It has been suggested that hormone treatment reduces the elevated risk of death by suicide in this population, but the evidence found did not support this conclusion.

- Cass 87. The percentage of people treated with hormones who subsequently detransition remains unknown due to the lack of long-term follow-up studies, although there is suggestion that numbers are increasing.
- Cass 14.38. A further concern, already shared with NHS England (July 2022) (Appendix 6), is that adolescent sex hormone surges may trigger the opening of a critical period for experience-dependent rewiring of neural circuits underlying executive function (i.e. maturation of the part of the brain concerned with planning, decision making and judgement). If this is the case, brain maturation may be temporarily or permanently disrupted by the use of puberty blockers, which could have a significant impact on the young person's ability to make complex risk-laden decisions, as well as having possible longer-term neuropsychological consequences.
- Cass 14.41. If puberty suppression is started too early in birth-registered males it can make subsequent vaginoplasty (creation of a vagina and vulva) more difficult due to inadequate penile growth. In some transgender females this has necessitated the use of gut in place of penile tissue, which has a higher risk of surgical complications.
- Cass 14.43. Multiple studies included in the systematic review of puberty suppression (Taylor et al.: Puberty suppressants) found that bone density is compromised during puberty suppression, and height gain may lag behind that seen in other adolescents. However, much longer-term follow-up is needed to determine whether there is full bone health recovery in adulthood, both in those who go on to masculinising/feminising hormones and those who do not.
- Cass 14.50. It is important not to lose sight of the fact that hormonal surges are a normal part of puberty and are known to lead to mood fluctuations and depression, the latter particularly in girls.
- Cass 14.51. It is not unexpected that blocking these surges may dampen distress and improve psychological functioning in the short-term in some young people, but this may not be an appropriate response to pubertal discomfort.
- Cass 14.52. Conversely, a known side effect of puberty blockers on mood is that it may reduce psychological functioning.
- Cass 14.56. Transgender males masculinise well on testosterone, so there is no obvious benefit of puberty blockers in helping them to 'pass' in later life, particularly if the use of puberty blockers does not lead to an increase in adult height.
- Cass 15.27. When a young person has been on puberty blockers, a short-term boost in mental wellbeing is to be expected when sex hormones are introduced. Testosterone is faster to produce physical changes than oestrogen, and birth-registered girls can expect to start seeing body changes in line with their identified gender within a few months. The start of long anticipated physical changes would be expected to improve mood, at least in the short term, and it is perhaps surprising that there is not a greater effect size. However, much longer-term follow-up is needed to understand the full psychological impact of medical transition.
- Cass 16.37. Although younger people experience a sense of urgency to access medical treatments, some young adults have suggested that taking time to explore options is preferable.

6. Barnet/den unge er i stand til at følge behandlingen med støtte fra familie eller nære relationer. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen. Side 22:

Kommentar

- Vejledningen bør uddybe hvorledes man forholder sig til forældre, der kan være bekymrede og uenige i deres barns ønske om social transition eller medicinsk kropsmodificering. Herunder om det multidisciplinære team i samarbejde med kommunen principielt kan/vil overtrumfe forældres manglende samtykke til behandlingen?

7. Barnet/den unge forstår konsekvenserne af behandlingen. Al medicinsk behandling af børn og unge under 15 år i forbindelse med behandling af kønsinkongruens kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere. Da behandling med krydshormon giver irreversible forandringer, er det selvstændige samtykke til behandling centralt. Derfor skal børn og unge være fyldt 15 år før igangsættelse af behandling med krydshormoner medmindre det, for det enkelte barn eller unge, vurderes sundhedsfagligt uforvarsligt at vente med igangsættelse af behandlingen. Side 22:

Kommentar:

- Vejledningen bør redegøre for hvordan man som barn/forældre kan forstå konsekvenserne af en behandling, vi som fagpersoner ikke selv kender konsekvenserne af.
- Vejledningen bør redegøre for hvorvidt et barn har tilstrækkelig kognitiv kapacitet, modenhed og livserfaring til at kunne træffe beslutninger om så indgribende og eksperimentel behandlingsform.
- Vejledningen bør uddybe hvorledes, personer der stopper og fortryder deres behandling skal støttes fremadrettet.

Supplerende referencer:

- Cass 99. In addition, the poor evidence base makes it difficult to provide adequate information on which a young person and their family can make an informed choice.
- Cass 16.34. In considering endocrine interventions, the large number of unknowns regarding the risk/benefits in any one individual and the lack of robust information to help them make decisions present a major problem in obtaining informed consent.
- Cass 36. There are different issues involved in considering gender care for children and young people than for adults. Children and young people are on a developmental trajectory that continues to their mid-20s and this needs to be considered when thinking about the determinants of gender incongruence. An understanding of brain development and the usual tasks of adolescence is essential in understanding how development of gender identity relates to the other aspects of adolescent development.
- Cass 6.38. The 'future orientated' prefrontal cortex matures later, with development continuing into an individual's 20s, and as illustrated in Figure 19, is concerned with executive functions such as complex decision making, rational judgement, inhibition of impulsivity, planning and prioritisation.

- Cass 15.53. A self-identified sample of 100 detransitioners (Littman, 2021) completed an anonymous online questionnaire. Of these, 69% were birth-registered females and 31% were birth-registered males. A range of issues were reported prior to onset of gender dysphoria, including diagnosis of mental illness, neurodiversity, a history of trauma or selfinjury. Reasons for detransition were diverse and included individuals becoming more comfortable in their natal sex, being concerned about medical complications of transitioning, that mental health did not improve during transitioning, being dissatisfied with physical results, and discovering gender dysphoria was caused by something specific such as trauma or abuse. Homophobia or difficulty accepting themselves as lesbian, gay or bisexual was expressed by 23.0% as a reason for transition and subsequent detransition.
- Cass 15.56. Findings from the audit were discussed with the Review. The time for people to choose to detransition was 5-10 years (average 7 years). Common presenting features and risk factors such as high levels of adverse childhood experiences, alexithymia (inability to recognize and express their emotions) and problems with interoception (making sense of what is going on in their bodies) were identified in the audit,

Generelt

- Brugen af betegnelsen “fødselstildelt” køn er misvisende og problematisk i en sundhedsvidenskabelig sammenhæng, da det beror på en socialkonstruktivistisk og ideologisk forståelsesramme af køn, fremfor en biologisk og naturvidenskabelig forståelsesramme. Biologisk køn bliver ikke tildelt ved fødslen, men konstateres ved fødslen (eller før fødslen). Man benytter fx heller ikke betegnelsen “vægt tildelt ved fødslen”. Sundhedsstyrelsen har tidligere forsøgt at forklare det med, at barnet efter fødslen får tildelt et CPR-nummer. I så fald bør man beskrive det som: CPR-nummer tildelt ved fødslen på baggrund af biologisk køn.
- Betegnelsen “fødselstildelt” køn bør derfor gennemgående ændres til biologisk køn i vejledningen.

15424966, Region Nordjylland hørings svar sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: A

Aktnummer: 0

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

HØRINGSSVAR

Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Det Multidisciplinære Team ved Aalborg Universitetshospital, Center for Kønsidentitet finder, at den foreslåede faglige ramme repræsenterer en velkommen modernisering i sprogbrug og forståelse af kønsinkongruens og desuden beskriver praksisser, som allerede er gældende ved Center for Kønsidentitet ved Aalborg Universitetshospital.

Generelle kommentarer

Generelt er Region Nordjylland meget positivt indstillet over høringsudkastet. Der er dog en række formuleringer, som foreslås ændret.

- For eksempel anføres kønsinkongruens flere steder som en sygdom blandt andre sygdomme.
- Der er desuden flere steder i materialet, hvor der anføres håndtering, som i dag ikke er mulig fx samarbejde med fagpersoner med ekspertise i autismespektrum – der findes ikke sundhedsfaglige behandlingstilbud, derfor er vores nærmeste samarbejdspartnere her socialpædagoger eller andet personale på botilbud, hvis faglighed, vi ikke har mulighed for at bedømme.
- Vi undrer os over, at man foreslår at tvivl ikke skal drøftes med os – det er i dialogen med behandlere de bedste drøftelser og informerede beslutninger kan ske. Vi anser at det må være et krav til professionalisme, at sådanne drøftelser kan finde sted i vort ambulatorium.
- Autisme og andre udviklingsforstyrrelser repræsenterer et meget broget billede og vi er ikke enige i at det generelt volder kvaler, men at det kan gøre det. Mange mennesker har kun diskrete tegn på sådanne forstyrrelser og / eller er udiagnosticerede – andre kan have så store sproglige udfordringer (fx elektiv mutisme), at det vanskeliggør anamneseoptagelsen.
- Angående den særlige grundighed ved personer under 25 år, bør den begrundes fx ved at henvise til de omfattende konsekvenser ift. fertilitet, som i mange tilfælde ikke er en overvejelse for de helt unge endnu.
- Kommunerne har en overordentlig stor forskel i serviceniveauet ang. fx stemmetræning, hvilket giver stor frustration og vi håber, at man med sundhedsreformen vil få udlicet disse forskelle.
- I relation til plastikkirurgi fremgår det, at indgreb alene udføres af speciallæger. Region Nordjylland skal anbefale at dette enten udgår eller i stedet ændres til... indgreb *udføres i regi af plastikkirurgiske afdelinger...*

Som nævnt indledningsvist finder Region Nordjylland dog at den samlede ramme, med en række justeringer er et solidt udgangspunkt for sundhedsfaglig hjælp til patientgruppen fremadrettet. Region Nordjylland vedlægger derfor en række konkrete forslag til tekstmæssige justeringer, disse kan findes efterfølgende.

På vegne af Region Nordjylland

Astrid Højgaard, cheflæge, klinisk lektor, Aalborg Universitetshospital, Sexologisk Center

Lucia Pop, overlæge, Aalborg Universitetshospital, Sexologisk Center

Lene Birk-Sørensen, cheflæge, PhD, klinisk lektor, Aalborg Universitetshospital | Plastik- og Mammakirurgisk Afdeling

Region Nordjyllands specifikke tekstnære kommentarer

Region Nordjylland har en række tekstnære kommentarer som anføres her nedenfor

Kapitel 2, s. 9 nederst

Her fremgår følgende...

"... Sundhedsfaglig behandling af kønsinkongruens er et område, hvor der mangler evidensbaseret viden om langtidseffekterne ved behandling af målgruppen."

Bemærkning ønskes slettet, idet der rent faktisk findes evidens for effekten – jvf. SOC 8, reference 15 i høringsversionen.

Kapitel 3.2.1, sidste afsnit side 12

Her fremgår det...

"... For voksne kan alment praktiserende læger ud fra en konkret og individuel vurdering varetage kønsmodificerende medicinsk vedligeholdelsesbehandling, når denne er igangsat af et center for kønsidentitet, og behandlingen varetages som 'shared care'."

Region Nordjylland er meget enige i at AP kan varetage den medicinske vedligeholdelsesbehandling. Desværre oplever Almen Praksis ofte, at man ikke er fagligt rustet til at overtage behandling. Der mangler efteruddannelse på dette felt.

Kapitel 3.3.2, s. 13

Her fremgår det...

"... I forbindelse med henvisningen skal der tages hensyn til, at de personer, der skal udføre behandlingen, har aktuel erfaring med den specifikke behandling til målgruppen."

Region Nordjylland hilser denne præcisering om øvre kirurgi velkommen. Det er vigtigt, at der er tale om trænede plastikkirurger, da mastektomi ikke er en mastektomi i disse tilfælde men en opbygning af en maskulin torso.

Kapitel 4.1.2, s. 16 øverst

Her fremgår det at MDT kan suppleres efter behov med psykiater og andet personale ...

• *Speciallæger i psykiatri (fx ved differentialdiagnostiske overvejelser)*

Øvrigt personale kan inddrages, hvis det vurderes nødvendigt.

Region Nordjylland skal her bemærke at differential diagnostik medfører en sygeliggørelse af transpersoner - idet kønsinkongruens ikke er en sygdomstilstand. Det vil være bedre at eksemplificere ved, at psykiater kan involveres mhp. at vurdere, hvordan en eventuel psykisk lidelse kan påvirke patientens evne til at forstå og overskue konsekvenserne af behandlingen.

Kapitel 5, s.18

"Behandling af børn og unge med kønsinkongruens..

Den primære indsats til børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet bør være psykosocial støtte og hjælp til at sikre, at barnet/den unge har tætte relationer og er i et miljø, der støtter op om barnets/den unges kønsidentitet."

Det bør tydeliggøres, at det drejer sig om børn før pubertetens indtræden, hvor indsatserne udelukkende kan være af psykosocial karakter.

Samtidigt ønskes tilføjet "*skal også være...*" i linje 4 samme afsnit

Kapitel 5.1, s. 18 nederst

"... For nogle kan den psykiske mistrivsel være med til at forstærke oplevelsen af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, og derved kan der opstå en ond spiral, hvor forskellige faktorer vedligeholder en fastlåst og svær situation, som kan være svær at bryde uden den rette hjælp eller støtte."

Region Nordjylland finder det nødvendigt, at sådan en bemærkning understøttes af relevant evidens, som her mangler. Derimod er der evidens for den modsatte relation, hvor kønsinkongruens i særlig grad i misbillige miljøer negativt kan påvirke det psykiske velbefindende. Se reference 15 (SOC 8).

Kapitel 5.3, s.20 nederst

"... Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for behandling hos børn og unge Vedr. Grundlæggende identitetsdannelse"

Det kræves både her i forhold til børn og unge og efterfølgende i høringsversionen i forhold til voksne, at der er tale om "grundlæggende identitetsdannelse" og, at uoverensstemmelsen mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet "er knyttet til en grundlæggende identitetsdannelse". Det tyder på en patologiserende forståelse af kønsdiversitet, hvor oplevelsen af kønsuoverensstemmelse mistænkes at være forårsaget af en morbid tilstand. Dette er dog meget sjældent tilfældet (jnf. side 34 i SOC8, reference 15 i vejledningen). Vi mener derfor, at det relevante er, at ICD-11 kriterierne for kønsinkongruens er opfyldt. Derudover kan der stilles yderligere krav til behandlingsindikationen i forhold til, at der skal være tale om vedvarende ønske om kønsmodificerende behandling.

Kapitel 5.3, s. 22,

Her fremgår under pkt. opstillingen

"... 2. Barnets/den unges oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse."

Region Nordjylland skal bemærke, at kønsinkongruens ikke er en sygdom - så man kan ikke tale om "anden sygdom", og ovennævnte sætning i høringsversionen er en sygeliggørelse af kønsinkongruens. Vi foreslår, at det fjernes. Med hensyn til dette henviser vi også til vores ovenstående kommentar i forhold til "grundlæggende identitetsdannelse". Som nævnt der kan vedvarende ønske om kønsmodificerende behandling stilles som yderligere krav til behandlingsindikationen.

Kapitel 6.1, s.27

"... Erfaringer viser, at det kan være vanskeligt for den enkelte at drøfte tvivl om ønsket om behandling med det sundhedspersonale, som kan beslutte, om der er indikation for medicinsk behandling. Sundhedspersonalet bør dog undersøge tvivlen sammen med personen, og udtryk for tvivl i det afklarende forløb må ikke medføre, at personen ikke kan tilbydes behandling."

Efter Region Nordjyllands vurdering er det ikke svært at opbygge en tillidsfuld og professionel relation med de fleste patienter således, at tvivl er en naturlig og endda obligatorisk del af en konsultation. Hvis ikke tvivlen om indikation for behandling må drøftes i en konsultation med

transkønnede (i modsætning til andre sundhedsfaglige drøftelser i et hospitalsvæsen), så risikerer vi at beslutningsgrundlaget bliver meget sort/hvidt og unuanceret.

Kapitel 6.3, s.28 punktopstilling

Her fremgår følgende...

"... Ved den indledende forventningsafstemning skal det også drøftes, hvornår hvilke emner vil blive taget op."

Region Nordjylland kan være bekymret for, at der bruges tid og ressourcer på metasamtaler om, hvornår noget vil blive talt om, i stedet for blot at tage det op – foreslår derfor at formuleringen udgår.

Kapitel 6.3, s. 28 punktopstilling

Her fremgår...

"... Grundlæggende identitetsdannelse

Er uoverensstemmelsen mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet knyttet til en grundlæggende identitetsdannelse?"

Region Nordjylland henviser til vores forrige kommentar angående børn og unge (se kommentar ifm. Kapitel 5.3, s.20 nederst), og foreslår en formulering om, at ICD 11 kriterierne skal være opfyldte.

Samme punktopstilling...

"... • Varighed og stabilitet

Har der været et langvarigt og vedholdende ønske om behandling? Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende, jf. diagnosekriterierne i ICD-11."

Region Nordjylland skal bemærke, at det ikke er korrekt, at ICD-11 kriterier kræver langvarigt ønske om behandling, hvorfor formuleringen bør fjernes. Man kan dog som nævnt stille yderligere krav om, at der skal være tale om vedvarende ønske om kønsmodificerende behandling for at stille indikationen. Lige som det er i nuværende vejledning.

Desuden fremhæves...

"... Det vil ofte være særligt vanskeligt at stille diagnosen kønsinkongruens hos personer med udviklingsforstyrrelser, idet det kræver indgående kendskab til vedkommende. Her kan det være relevant også at inddrage samarbejdspartnere med kendskab til udviklingsforstyrrelser."

Region Nordjylland kommer her i tvivl om hvilke fagprofiler kan inddrages omkring udviklingsforstyrrelser? Socialpædagoger? Det er ikke ofte men somme tider vanskeligt at udrede, om der kan stilles behandlingsindikation hos personer på autismespektrum, som har intellektuelle og/eller sproglige forstyrrelser. Mange andre patienter er udiagnosticerede og / eller frembyder kun diskrete tegn på neurodiversitet.

Kapitel 6.3, s. 29 punktopstilling øverst

Nedenstående som er anført øverst på s. 29. bør indgå i alle MDT-beslutninger som standardtekst

"... • Evne til at give informeret samtykke

Er personen i stand til at forstå og reflektere over effekten og konsekvenserne ved behandling, og dermed i stand til at give informeret samtykke?

- **Livskvalitet**

Vurderes det, at behandling vil kunne enten fastholde en eksisterende god livskvalitet eller øge en nedsat livskvalitet?

- **Funktionsniveau**

Hvordan fungerer personen i hverdagen? Vurderes det, at behandling vil kunne enten hæve et nedsat funktionsniveau eller fastholde et godt funktionsniveau? Er funktionsniveauet tilstrækkeligt til, at personen kan følge og forstå behandlingen?"

Kapitel 6.3, s. 30 øverst

Her fremgår det

"...2. Personens oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse."

Region Nordjylland finder, at det lige som på side 22 er en sygeliggørelse af kønsinkongruens. Vi foreslår, at dette fjernes, og at der i stedet stilles krav om vedvarende ønske om kønsmodificerende behandling.

6.4.3., s. 32 præcisering øverst

Når behandlingen er iværksat, er det den forløbsansvarlige læges opgave, på baggrund af personens tilbagemelding, i samarbejde med det multidisciplinære team løbende at vurdere, om der fortsat er indikation for behandling, effekt af behandlingen, herunder om det har en betydning i forhold til livskvalitet og trivsel, samt vurdere eventuelle skadevirkninger af behandlingen. Viser det sig fx at personen ikke længere ønsker behandlingen eller behandlingen ikke har den ønskede effekt, skal der tages stilling til, om behandlingen skal fortsætte, indstilles eller justeres.

Dette bør noteres løbende. Vi finder i Region Nordjylland denne præcisering meget brugbar.

Kapitel 6.5.1., s.33,

Heraf fremgår følgende...

"... Der skal foreligge en aktuel vurdering af personen, inden kønsmodificerende kirurgi gennemføres. Derfor skal kirurgen inden for cirka to måneder før operationstidspunktet vurdere om der er tilkommet væsentlige kontraindikationer for det kirurgiske indgreb. Hvis der er nyopståede kontraindikationer, skal disse drøftes på en konference i det multidisciplinære team."

Dette kan være svært at time præcist – Region Nordjylland foreslår derfor en mere blød formulering.

Kapitel 6.5.2., s. 34

Her fremgår det...

*"...**Ved ønske om fjernelse af bryster** bør man afvente effekten af mindst seks måneders testosteronbehandling før mastektomi, da testosteronbehandling sammen med styrketræning giver øget muskelmasse, påvirker brystvævet og i nogle tilfælde vil give tilstrækkelig effekt. Dertil kommer, at hormonbehandling øger sandsynligheden for et godt operationsresultat. **Der kan tilbydes mastektomi til personer med diagnosen kønsinkongruens, som ikke ønsker hormonbehandling.**"*

Region Nordjylland skal bemærke, at dette er den praksis der allerede eksisterer i Aalborg.

I afsnittet har Region Nordjylland følgende kommentarer

Kapitel 6.5.3., s. 34 nederst

"... Ved nedre kønsmodificerende kirurgi skal der være tale om et vedholdende og langvarigt ønske om kønsmodificerende kirurgi i minimum 12 sammenhængende måneder, efter hormonbehandling er startet i regi af et center for kønsidentitet."

Region Nordjylland konstaterer, at der muligvis er en formuleringsfejl, og der bør stå: "langvarigt ønske om kønsmodificerende kirurgi og kønsmodificerende hormonbehandling i minimum 12 sammenhængende måneder".

Kapitel 6.5.3., s. 35, øverst

"...Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens Side 35/49 Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed, især hvis den pågældende netop er begyndt at udforske sin kønsidentitet, eller hvis kønsinkongruensen er nyopstået, episodisk eller kun i mindre grad påvirker den enkeltes samlede livssituation, ligesom de generelt skærpede krav til information om indgrebets resultat og eventuelle komplikationer af patienten gælder."

Region Nordjylland skal bemærke, at behandlingsindikationen i sådanne tilfælde ikke kan stilles uanset alder. Hvis det vurderes nødvendigt at understrege, at der skal være særlig grundighed ved personer under 25 år, bør det begrundes fx ved at henvise til de omfattende konsekvenser ift. fertilitet og nødvendigheden af efterfølgende livslang hormonbehandling i henhold til den forventede restlevetid.

Kapitel 6.6.1., s. 37 øverst

Her fremgår...

"... Ved ønske om en dybere stemme kan hormonbehandling med testosteron i sig selv meget ofte bevirke en tilstrækkeligt dybere stemme, hvorimod hormonbehandling som regel ikke ændrer stemmen hos personer med en allerede dyb stemme. Modificering af stemmen kan ske gennem audiologopædisk specialundervisning. Ved henvendelse til bopælskommunen kan der henvises til et tilbud i kommunen eller til et af de nationale kommunikationscentre, som har særlig viden om området. For børn og unge skal man henvises via Pædagogisk Psykologisk Rådgivning. Efter henvisning vil man blive tilbudt en udredningssamtale, hvor det vurderes, om der kan gives tilbud om audiologopædisk specialundervisning."

Region Nordjylland skal i denne forbindelse gøre opmærksom på, at der er en uensartet praksis i kommunerne, hvilket skaber uligheder og kan have negativ indflydelse på personens psykiske trivsel og livskvalitet.

**15342291, Svar til patient fra CKI OUH -
videresendt til ISM: Høring af 'Vejledning om
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og
'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens'**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 10

Brevdato: 06-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>

Sendt: 3. februar 2025 15:50

Til: [REDACTED]

Emne: SV: Høring af 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Kære Lucy [REDACTED]

Tak for din henvendelse vedrørende beskrivelsen af øvre og nedre kirurgi ift. reglerne om udvidet frit sygehusvalg i høringsversionen af *Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens*.
Ud fra din mail forstår jeg din henvendelse som et høringssvar, og kvitterer hermed for vores modtagelse af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Bodil Schönwandt

Fuldmægtig
bmsc@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Enhed for National Sundhedsplan og Folkesundhedslov
T +45 7222 7400
sst@sst.dk



Læs [her](#) om hvordan Sundhedsstyrelsen
behandler personoplysninger.

[Twitter](#) • [LinkedIn](#) • [Facebook](#) • sst.dk

Fra: Lucy [REDACTED]

Sendt: 1. februar 2025 17:00

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>

Emne: Høring af 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Jeg er transkønnet patient af CKI Odense.

Med henvisning til vejledningen bemærker jeg, at vejledningen fastslår, at øvre og nedre kønsbegræftende kirurgi er undtaget fra reglerne om udvidet frit sygehusvalg:

> Øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi er undtaget fra reglerne om udvidet frit sygehusvalg. Derfor tilbydes der ikke øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi i privat regi for offentlige midler.

Jeg er bekymret for, at denne bestemmelse ikke er forenelig med loven, medmindre der foretages væsentlige forbedringer af det offentlige sundhedssystem.

I afgørelse 23SFP33 fastlagde Patientklagestyrelsen flere vigtige juridiske principper:

- 1.
2. Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMK) artikel 8 finder direkte anvendelse på dansk ret
- 3.
- 4.
5. En ventetid på 4 år på kønsbegræftende operation er i strid med EMRK artikel 8
- 6.
- 7.
8. Ved vurderingen af "rettidig behandling" skal myndighederne tage hensyn til:

9.

10.

1.

2. Ikke kun medicinsk tilstand

3.

4.

5. Arten af patientens handicap

6.

7.

8. Væsentlige begrænsninger i dagligdagen

9.

10.

11. Patientens evne til at leve et normalt liv i ventetiden

12.

11.

Retningslinjernes generelle begrænsning af udvidet frit valg forekommer problematisk, fordi:

1.

2. Hvis offentlige hospitaler ikke kan yde behandling inden for en tidsramme, der overholder EMRK artikel 8 (mindre

3. end 4 år), skal patienter have adgang til alternative behandlingsmuligheder

4.

5.

6. Patientklagestyrelsens afgørelse bekræfter, at ressourcebegrænsninger ikke kan retfærdiggøre forsinkelser i

7. rettidig behandling

8.

Mens retningslinjerne forsøger at begrænse det udvidede frie valg, kan denne begrænsning derfor være ulovlig, når den resulterer i ventetider, der krænker EMRK artikel 8-rettigheder. I sådanne tilfælde vil patienter sandsynligvis have en juridisk ret til at søge behandling andre steder, herunder på private faciliteter, med offentlig finansiering.

Denne fortolkning understøttes af Patientklagestyrelsens vægtning af, at danske regler skal fortolkes i overensstemmelse med EMRK, der går forud for administrative retningslinjer.

Jeg har vedhæftet afgørelse 23SFP33 til denne e-mail.

Med venlig hilsen

- Lucy 

**15424904, Vedrørende undtagelse af
kønsbekræftende kirurgi fra det udvidede frie
sygehusvalg - Google Docs**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: A

Aktnummer: 0

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Vedrørende undtagelse af kønsbekræftende kirurgi fra det udvidede frie sygehusvalg

Tak for muligheden for at komme med input til Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer, som – blandt andet – kategorisk undtager øvre og nedre kønsbekræftende kirurgi fra det udvidede frie sygehusvalg. Jeg ønsker at udtrykke min dybe bekymring for, at denne nye undtagelse ikke blot undlader at imødegå de allerede kendte, systemiske mangler i det danske sundhedsvæsens behandling af transpersoner, men i stedet forværrer dem yderligere. Desuden ser det ud til, at retningslinjerne strider imod de patientrettigheder, der er nedfældet i dansk lovgivning, EU-lovgivning og Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK).

Et problemfyldt system for transkønnede sundhedsyndelser

Transkønnede sundhedsyndelser i Danmark er veldokumenteret som værende ramt af ekstremt lange ventetider, ufleksible behandlingsprotokoller og begrænset patientinddragelse. Mange patienter, som søger kønsbekræftende kirurgi, oplever ventetider på fire til seks år, hvilket Patientklagenævnet har fundet ulovligt i henhold til EMRK's artikel 8 (jf. afgørelsen i sag nr. 23SFP33).

I disse lange forløb oplever patienter ofte:

- Betydeligt psykisk ubehag, forværring af mental sundhed og indskrænkning i daglige gøremål.
 - Standardiserede behandlingsprotokoller, der ikke tager hensyn til tidligere udredninger eller individuelle behov, men i stedet kræver gentagne samtaler og undersøgelser.
 - Manglende gennemsigtighed, idet afgørende behandlingsbeslutninger ofte træffes bag lukkede døre, uden klare kriterier og uden reel patientmedinddragelse.
 - Langtrukne klageforløb, hvor hverken Patientklagenævnet eller Folketingets Ombudsmand kan yde hurtig afhjælpning, hvilket efterlader patienterne i et bureaukratisk tomrum.
-

De nye retningslinjer forværrer de systemiske problemer

Sundhedsstyrelsens nylige retningslinjer undtager specifikt øvre og nedre kønsbekræftende kirurgi fra det udvidede frie sygehusvalg. Dette skaber yderligere udfordringer:

1. Fjernelse af alternative muligheder

Formålet med det udvidede frie sygehusvalg er at give patienter adgang til behandling på private sygehuse eller specialiserede tilbud, når det offentlige system

ikke kan tilbyde rettidig behandling. Ved at udelukke kønsbegræftende kirurgi fra denne ordning efterlades patienterne uden nogen offentligt finansieret løsning ud over de allerede lange ventelister i det offentlige.

2. **Modstrid med praksis fra Patientklagenævnet**

I sag nr. 23SFP33 fastslog Patientklagenævnet, at ressourcemæssige begrænsninger ikke kan retfærdiggøre ventetider på flere år for nedre kønsbegræftende kirurgi, og at en sådan ventetid krænker EMRK artikel 8. De nye retningslinjer underminerer denne afgørelse ved at udelukke netop disse indgreb fra det udvidede frie sygehusvalg – altså præcis det alternativ, som Nævnet fremhævede som nødvendigt.

3. **Manglende proportionalitet og ligebehandling**

Ifølge dansk forvaltningsret skal enhver begrænsning i patienters rettigheder være proportionel og ikke-diskriminerende. En fuldstændig udelukkelse af kønsbegræftende kirurgi rammer en særligt sårbar gruppe, uden at der foretages en individuel vurdering af den enkeltes behov. Dette kan medføre uforholdsmæssigt lange ventetider og rejser spørgsmål om indirekte diskrimination.

4. **Krav om overholdelse af grundlæggende rettigheder**

EMRK (artikel 8) finder direkte anvendelse i Danmark. Såvel Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol som danske domstole har slået fast, at væsentlig behandling skal ydes inden for en rimelig tidsramme af hensyn til patientens værdighed og privatliv. At udelukke al alternativ adgang for patienter, der i forvejen venter i årevis, harmonerer dårligt med:

- EMRK artikel 8 (retten til respekt for privatliv)
- EU-retten om grænseoverskridende sundhedsydelser
- Danske forfatnings- og forvaltningsretlige principper (lovmæssighed, proportionalitet og ligebehandling)

De nye retningslinjer er ulovlige og kan blive anfægtet retligt

1. **Ultra vires-begrænsning**

Sundhedsstyrelsen kan kun indføre begrænsninger i det udvidede frie sygehusvalg, hvis sådanne indskrænkninger er nødvendige og proportionale i forhold til højere retskilder. Blanketforbud, der fører til flere års ventetider – allerede erklæret i strid med EMRK artikel 8 af Patientklagenævnet – opfylder ikke disse kriterier. En regel, der strider mod bindende menneskerettighedsforpligtelser, er ultra vires og kan erklæres ugyldig.

2. **Modstrid med EMRK artikel 8**

Som det fremgår af sag nr. 23SFP33 og Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols dom i *L. mod Litauen*, er ventetider på over fire år for kønsbegræftende kirurgi uforenelige med EMRK artikel 8. Ved at afskære muligheden for privat eller alternativ behandling under det udvidede frie sygehusvalg, fastholder retningslinjerne de ulovlige ventetider.

3. **Indirekte diskrimination**

Indirekte diskrimination opstår, når en tilsyneladende neutral regel i praksis rammer

en bestemt gruppe uforholdsmæssigt hårdt. Her er det transpersoner, som udelukkes fra centrale behandlingsmuligheder, hvilket kan stride mod principperne om ligebehandling.

4. **EU's regler om patientmobilitet**

EU-retten sikrer patienter ret til refusion af udgifter til behandling i andre medlemslande, når tilsvarende behandling ikke tilbydes uden urimelig forsinkelse i hjemlandet. Ved at udelukke kønsbekræftende kirurgi fra det udvidede frie sygehusvalg hindres transkønnede patienter i at gøre brug af denne mulighed for hurtigere behandling i udlandet.

Konklusion og anbefalinger

I stedet for at løse de grundlæggende problemer – ekstreme ventetider, manglende kapacitet og ufleksible behandlingsforløb – forværrer Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer vilkårene for transkønnede patienter ved at fjerne en afgørende sikkerhedsventil, der kunne have sikret rettidig og offentligt finansieret behandling. Dette strider mod fundamentale rettigheder og risikerer yderligere retlige skridt mod retningslinjerne.

Jeg anbefaler derfor kraftigt følgende:

1. **Omgående gennemgang og tilbagetrækning**

Ophæv den generelle undtagelse af øvre og nedre kønsbekræftende kirurgi fra det udvidede frie sygehusvalg.

2. **Individuelle vurderinger**

Indfør sagsbehandling, hvor hver patient vurderes konkret, således at ingen tvinges til at vente i årevis uden adgang til offentligt finansieret privatbehandling eller grænseoverskridende behandling, hvis dette er fagligt indiceret.

3. **Udvidet kapacitet**

Forøg ressourcerne og tilpas de strenge standardprotokoller i offentlige tilbud, så de harmonerer med Patientklagenævnets afgørelser, Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols praksis og dansk forvaltningsret.

4. **Bedre kontrol og gennemsigtighed**

Sikr regelmæssig offentliggørelse af ventetider, konkrete behandlingsprotokoller og behandlingsresultater, så der er klarhed om, hvordan lovgivningen og de grundlæggende rettigheder overholdes.

Ved at følge disse anbefalinger kan Sundhedsstyrelsen bidrage til at opfylde Danmarks juridiske forpligtelser på både nationalt og internationalt plan samt sikre transkønnede patienters ret til nødvendig og rettidig medicinsk behandling.

- Lucy 

15424869, Amalie [REDACTED]

**(Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar VS:
Høringssvar om behandling af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 15

Brevdato: 18-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Sent: 18-02-2025 07:55:57 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Subject: VS: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Amalie [REDACTED]
Sendt: 17. februar 2025 14:42
Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Lad mig starte med en personlig observation. I jeres dokumentation læser jeg et ønske om at følge WHO's guidelines. Disse afviger fra WPATH, som er en direkte interesseorganisation. Mit klare ønske som transperson ville være en informeret samtykke-model, men hvis denne er umulig bør man som minimum læne sig op ad WPATH. Derudover vil jeg tilslutte mig følgende:

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges, at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Amalie [REDACTED]

15424821, Marie Louise [REDACTED]
(Researchkollektivet Trans Tjek) høringssvar VS:
Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig
hjælp ved kønsinkongruens'

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 14

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Sent: 17-02-2025 16:00:05 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Cc: Kristine Skovgaard Bossen <kisb@sst.dk>
Subject: VS: Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Fra: Marie Louise [REDACTED]
Sendt: 17. februar 2025 14:51
Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYP@SST.DK>
Emne: Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
V r opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og
'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Jeg skriver denne mail fordi jeg som forældre til en vidunderlig transkønnet datter ved hvor vigtigt
behandlingen for køns inkongruens er.

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige
ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring. Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens
og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne" Det er en positiv udvikling, at den
nye faglige ramme g r det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for
behandling for kønsinkongruens. I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive
spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om
hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det
er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens. Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om
udredning i den faglige ramme. I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen
kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står
umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om
behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn
og det oplevede køn. Denne formulering burde derfor rettes til. Der skrives også i udredningskravene:
"Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den
nødvendige støtte gennem bopælskommunen." Det er problematisk at det indgår som et krav til
udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har
ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikere man at stille
personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling f r de har et
støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, f r de har fået behandling. Kravet om
støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man
kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra
civilsamfundsorganisationer. Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne" I
dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en
gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene

gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling". Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling. Denne formulering burde derfor rettes til. Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi" I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8. Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes. Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området. Med venlig hilsen, Marie Louise [REDACTED]

**15424785, Juno [REDACTED] (Researchkollektivet Trans
Tjek) høringssvar VS: Høringssvar om behandling
af kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 13

Brevdato: 17-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Sent: 17-02-2025 16:00:38 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schønswandt <bmsc@sst.dk>
Cc: Kristine Skovgaard Bossen <kisb@sst.dk>
Subject: VS: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

Til kønsidentitet.

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: junobb <[REDACTED]>
Sendt: 17. februar 2025 15:59
Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSY@SST.DK>
Emne: Høringssvar om behandling af kønsinkongruens

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

Som transkvinde under behandling i det offentlige sygehusvæsen har jeg følgende kommentarer:

Researchkollektivet Trans Tjek er kommet frem til følgende kommentarer til den nye vejledning og faglige ramme, som jeg gerne vil tilskrive mig i denne høring.

Kommentarer til "6.3. Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for kønsmodificerende behandling hos voksne"

Det er en positiv udvikling, at den nye faglige ramme gør det tydeligt at velbehandlet psykisk sygdom ikke er en kontraindikation for behandling for kønsinkongruens.

I den faglige ramme åbnes der desværre op for unødigt invasive spørgsmål om patientens seksualliv i forbindelse med udredning. Det er relevant at informere patienten om hvilken påvirkning medicinsk og kirurgisk behandling kan have på seksualliv og forplantningsevne, men det er ikke relevant for at stille diagnosen kønsinkongruens.

Denne formulering burde fjernes fra afsnittet om udredning i den faglige ramme.

I punkt 6.3 finder man også en fejlagtig reference til ICD-11: "Diagnosen kønsinkongruens kan kun stilles, hvis ønsket om behandling har været langvarigt og vedholdende". Der står umiddelbart ikke nogle steder i ICD-11, at der er krav om et langvarigt og vedholdende ønske om behandling, men at der er krav til en langvarig og vedholdende inkongruens mellem en persons tildelte køn og det oplevede køn.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Der skrives også i udredningskravene: "Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen."

Det er problematisk at det indgår som et krav til udredning, at der skal være støtte fra netværket. Mange ubehandlede personer med kønsinkongruens har ikke noget netværk, men kan gennem behandling opnå lige netop dette. Derfor risikerer man at stille personer i kanten af samfundet i en umulig situation, hvor de ikke kan få behandling før de har et støttenetværk, men ikke kan skaffe sig selv et støttenetværk, før de har fået behandling.

Kravet om støttenetværk burde derfor fjernes fra udredningskravene og fra afsnit 6.4.1. om behandlingsplan. Man kunne i stedet opfordre til at der i forlængelse af behandlingen skal gøres opmærksom på tilbud fra civilsamfundsorganisationer.

Kommentarer til "6.4. Kønsmodificerende medicinsk behandling af voksne"

I dette afsnit skriver der med en reference til WPATHs SOC8: "Der foreligger aktuelt nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens. Evidensen afspejler dog ikke den heterogene gruppe, som aktuelt ønsker medicinsk behandling".

Denne formulering er ikke at finde i SOC8. Tværtimod skrives der, at der er stærk evidens for den gavnlige effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens på S18. Der er umiddelbart heller ikke nogen benævnelse af, at evidensen ikke skulle afspejle den heterogene gruppe, som ønsker medicinsk behandling.

Denne formulering burde derfor rettes til.

Kommentarer til "6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi"

I dette afsnit skrives der: "Ved vurdering af indikation for nedre kønsmodificerende kirurgi hos personer under 25 år skal der udvises særlig grundighed". Dette virker som en unødig skærpelse af alderskrav og virker ikke til at have nogen faglig begrundelse. Særlige begrænsninger for personer i alderen 19-24 er ikke at finde i WPATHs SOC8.

Denne skærpelse af alderskrav burde derfor fjernes.

Afslutningsvis skal det siges at det er glædeligt, at vejledningen og den faglige ramme bliver opdateret, så den er tidssvarende og afspejler nutidig forskning på området.

Med venlig hilsen,

Juno [REDACTED]

15385223, Høringssvar_Faglig ramme, kønsinkongruens_SexogSamfund_110225

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: A

Aktnummer: 0

Brevdato: 12-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



Til Sundhedsstyrelsen

Att. sstsymp@sst.dk

Høringssvar til *Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens*

Sex & Samfund takker for muligheden for at give høringssvar på ”Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens”. Dette høringssvar omhandler udelukkende afsnit ”5.1. Psykosocial støtte til børn og unge”, da dette er et område, Sex & Samfund beskæftiger og har erfaring med.

11. februar 2025

Hvert år formidler Sex & Samfund seksualundervisning til tusindvis af børn og unge, samt vejleder børn og unge via sexlinien.dk. Vi taler således med børn, unge, deres klassekammerater, lærere og forældre om køn, krop, seksualitet og trivsel. Det er på baggrund af disse erfaringer, vi kommenterer på denne faglige ramme.

Generel trivsel blandt børn og unge, der oplever uoverensstemmelse mellem fødsels-tildelt køn og kønsidentitet

Det er vigtigt for transkønnede børn og unge, at der er fokus på deres trivsel både i og uden for behandlingssystemet. Uden for behandlingssystemet gælder det alle de sociale sammenhænge, de indgår i, herunder skole, aktiviteter med venner, i familie og fritidsaktiviteter.

En rapport udarbejdet af VIVE i 2024 konkluderer, at LGBT+-unge oplever en højere grad af mistrivsel end øvrige unge. De oplever blandt andet at blive udsat for mobning, fordomme, uønsket seksuel opmærksomhed og eksklusion af fællesskabet. Kun to ud af fem føler, at de kan være sig selv på skolen generelt. Ydermere er der 16 procent, der sjældent eller aldrig føler sig trygge i skolen, og mere end hver femte LGBT+-elev føler sig ensom, når de er i skole. Mistrivsel opstår ofte i mødet med andre, og det er derfor vigtigt, at der ydes en indsats for at sikre, at de fællesskaber, som transkønnede børn og unge indgår i, er inkluderende.

Det er ikke unormalt, at vi i Sex & Samfund får henvendelser fra skoleledere og lærere, der ønsker hjælp til at forholde sig til transkønnede børn og unge. Vores anbefaling er derfor Sex & Samfund, at både lærere og elever klædes på til at skabe et inkluderende læringsmiljø, hvor også transkønnede børn og unge oplever at være en del af fællesskabet og ikke udsættes for diskrimination, mobning og anden adfærd, der bidrager til dårlig trivsel. Seksualundervisning kan her spille en vigtig rolle i at skabe et trygt klasserum og give viden om køn, krop og seksualitet. Det bør derfor understreges i den faglige ramme, at en opmærksomhed på de unges trivsel uden for behandlingssystemet er vigtig, herunder i skole og på uddannelse.

Relation til forældre

Fra vores rådgivning af unge ved vi, at forældrenes reaktion har stor betydning for de unges trivsel. Vi får indimellem også henvendelser fra forældre, der gerne vil støtte deres børn, men

har svært ved at finde ud af hvordan, og som har brug for rådgivning til at navigere i barnets udredning, behandling og sociale trivsel. Sex & Samfund finder det positivt, at vejledningen anbefaler støtte til forældre til transkønnede børn og unge.

Civilsamfundets rolle

Sex & samfund finder det ligeledes positivt, at der i den faglige ramme henvises til civilsamsfundsorganisationer, herunder vores egen, der tilbyder støtte til børn og unge. Det er vigtigt at anerkende, at der kan være behov for en bred vifte af støttetilbud og at det for nogle børn og unge kan være mere tilgængeligt at søge støtte og rådgivning fra en NGO, der har et andet tilbud, end det de finder i det offentlige. Det kan eksempelvis opleves mere tilgængeligt og trygt at få peer-to-peer-rådgivning eller rådgivning, der ikke foregår i regi af enten behandling og udredning.

Sex & Samfund stiller sig til rådighed og uddyber gerne bemærkningerne.

Med venlig hilsen,

Maria Lindhardt, politisk chef i Sex & Samfund

Kildehenvisninger:

VIVE (2024) *LGBT+-elevers trivsel og mentale sundhed samt oplevelser af mobning, vold, chikane og diskrimination*

<https://www.vive.dk/da/udgivelser/lgbtplus-elevers-trivsel-og-mentale-sundhed-samt-oplevelser-af-mobning-vold-chikane-og-diskrimination-yvrgymox/>

**15363783, Social- og Boligministeriets høringssvar
VS: Svar fra Social- og Boligministeriet på høring
om Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens (SM Id
nr.: 973635)**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: P

Aktnummer: 11

Brevdato: 09-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: Sara Fallahyar <SAFA@sm.dk>

Sendt: 7. februar 2025 13:55

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTYP@SST.DK>

Emne: Svar fra Social- og Boligministeriet på høring om Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens (SM Id nr.: 973635)

Til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har ved e-mail af 18. december 2024 anmodet Social- og Boligministeriet om eventuelle bemærkninger til den omhandlende høring.

Se venligst bort fra nedenstående svar om, at Social- og Boligministeriet ikke har bemærkninger til høringen.

Social- og Boligministeriet har følgende bemærkninger:

Der bør ensrettes i den faglige ramme, således at der tages højde for bl.a. anbragte børn og unge. Det bemærkes i denne forbindelse, at der flere steder nævnes "forældre" frem for "forældremyndighedsindehaver" eller "forældre og værger". Vær derfor opmærksom på, at være konsekvent med at sikre, at dette nævnes, hvor det er relevant. Der er generelt taget højde herfor i vejledning og faglig ramme, men dette er ikke gennemgående for alle afsnit. Det gælder specifikt i afsnit 5.1 og 5.5 (punkter nederst på siden) i den faglige ramme.

Med venlig hilsen

Sara Fallahyar

Fuldmægtig

Center for Jura og Internationale Opgaver

Mobil: +45 20 48 85 72



Social- og Boligministeriet

Holmens Kanal 22
1060 København K
Telefon: 33 92 93 00
www.sm.dk

[Sådan behandler vi dine personoplysninger](#)

15338404, Genspect høringssvar VS: Submission for Consultation on Gender Incongruence Professional Framework and Guidance

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 9

Brevdato: 06-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter



Genspect Response to Danish Health Authority Guidelines

February 2024

Introduction

Genspect welcomes the opportunity to provide a detailed analysis of two key documents recently issued by the Danish Health Authority:

1. "Professional framework for healthcare assistance in gender incongruence", which establishes the organizational structure and professional requirements for gender services in Denmark, including referral pathways, assessment protocols, and treatment frameworks.
2. "Guidance on Health Professional Assistance in Gender Incongruence", which outlines specific requirements regarding care and conscientiousness in treatment delivery, as well as provisions for information and consent.

Response to "Professional framework for healthcare assistance in gender incongruence"

Overview

The Professional Framework establishes organizational structures and requirements for gender services in Denmark. A notable shift is the framework's terminology change from "gender dysphoria" to "gender incongruence," removing the emphasis on distress or dysphoria as a prerequisite for treatment. This change appears to lower the clinical threshold for intervention, diverging from other countries that are adopting more cautious approaches. While the framework demonstrates attention to detail in multidisciplinary team requirements and clinical pathways, several aspects raise substantial concerns about patient safeguarding and evidence-based care.

Evidence Base and Treatment Protocol Concerns

The framework makes crucial acknowledgments about evidence limitations warranting serious consideration. Section 5.4 explicitly states "there is still only sparse evidence regarding the long-term effects of medical treatment for gender incongruence in children and adolescents." Regarding adult treatment, Section 6.4 claims there is "some evidence for a beneficial effect of medical treatment," yet notably admits this evidence "does not reflect the heterogeneous group that currently seeks medical treatment."

Despite these acknowledged limitations, the framework proceeds to outline medical intervention protocols. While requiring research competencies within teams and ongoing research monitoring (Section 4.1), these provisions seem insufficient given the experimental nature of many interventions. The framework's allowance of cross-sex hormones from age 15, with provisions for earlier treatment if delay would be "medically irresponsible," raises particular concerns given the evidence limitations.

Organizational Structure and Safeguarding

Key areas warranting enhancement include:

Genspect is an international organisation that promotes a healthy approach to sex and gender | <https://genspect.org> | info@genspect.org

1. While psychological support is identified as "essential throughout the process" (Section 5.1), the framework does not mandate extended exploratory therapy periods before medical interventions
2. Provisions for managing co-occurring conditions require strengthening, particularly given the acknowledgment that "a significant portion of children and adolescents with incongruence between sex assigned at birth and gender identity also have a developmental disorder" (Section 5.3)
3. The framework's approach to detransition support lacks sufficient detail
4. More specific protocols are needed for systematic collection of long-term outcome data

Recommendations for Enhancement

1. Evidence and Research Requirements
 - Establish rigorous protocols for systematic long-term outcome data collection
 - Require comprehensive tracking of physical and mental health impacts
 - Mandate documentation of detransition rates and experiences
 - Create standardized quality of life assessment tools
 - Institute regular external outcome review
2. Assessment and Treatment Protocols
 - Require extended exploratory therapy periods before medical interventions
 - Establish specific criteria for "medically irresponsible" treatment delay
 - Create detailed protocols for neurodivergent individuals
 - Strengthen mental health assessment requirements
 - Institute mandatory minimum waiting periods between stages
3. Safeguarding Enhancements
 - Develop comprehensive detransition support protocols
 - Create specific guidance for complex co-occurring conditions
 - Establish clearer psychological readiness criteria
 - Institute regular independent case reviews
 - Require ongoing psychological support

Response to "Guidance on Health Professional Assistance in Gender Incongruence"

Overview

The guidance establishes standards for direct clinical care delivery, with particular focus on consent, documentation, and clinical responsibilities. While comprehensive in many areas, several aspects warrant enhancement to ensure optimal patient care.

Treatment Risk Acknowledgment and Consent Framework

The guidance appropriately acknowledges in Section 1 that treatments are "largely irreversible, long-lasting and particularly regarding lower surgery, there is a high incidence of complications." However, the consent framework requires strengthening in several areas:

1. Information Requirements
 - While Section 3.2 provides detailed requirements for information provision, more emphasis should be placed on discussing alternative approaches
 - The experimental nature of many interventions should be more explicitly addressed
 - Long-term implications for fertility and sexual function warrant more detailed discussion
2. Clinical Responsibility and Documentation
 - Though MDT management is required, specific protocols for recording dissenting opinions would strengthen oversight
 - More detailed requirements needed for documenting treatment progression rationale
 - Enhanced protocols required for monitoring and responding to complications
 - Clearer criteria needed for treatment modification or discontinuation
3. Communication Protocols
 - More specific guidance needed for neurodivergent individuals
 - Extended reflection periods required between information provision and consent
 - Enhanced requirements for documenting patient understanding
 - Clearer protocols for ongoing communication throughout treatment

Recommendations for Enhancement

1. Consent and Information Protocols
 - Develop standardized information packages covering all treatment alternatives
 - Institute mandatory extended reflection periods
 - Create specialized consent protocols for complex cases
 - Establish clear documentation requirements for patient understanding
2. Clinical Oversight Mechanisms
 - Implement systematic adverse event reporting
 - Create detailed MDT decision documentation templates
 - Establish clear criteria for treatment modifications
 - Require regular independent clinical audits

3. Communication and Support Framework

- Develop specialized communication protocols for diverse patient needs
- Create comprehensive follow-up schedules
- Establish clear pathways for addressing complications
- Institute regular patient feedback mechanisms

Conclusion

The Danish Health Authority's guidelines represent a significant effort to establish comprehensive frameworks for gender-related healthcare. However, our analysis identifies three critical areas requiring enhancement:

1. **Evidence Foundation** The acknowledged limitations in evidence, particularly regarding long-term outcomes, necessitate more robust research protocols and systematic data collection across all services.
2. **Clinical Governance** Given the irreversible nature of many interventions, stronger safeguarding measures and clearer decision-making protocols are essential, particularly for complex cases and vulnerable populations.
3. **Patient Support** While the framework recognizes the importance of comprehensive care, more structured requirements for ongoing support and clear pathways for all treatment outcomes, including detransition, are needed.

While these documents attempt to create a framework for gender-related healthcare delivery, their approach remains concerning given the acknowledged evidence limitations and irreversible nature of interventions. The emphasis on medical pathways is particularly troubling given the increasing numbers of detransitioners and the emerging evidence from other countries that are now taking more cautious approaches. We strongly urge the Danish Health Authority to reconsider this medicalized approach and instead prioritize exploratory psychotherapy and support that addresses underlying distress without rushing to irreversible interventions. Genspect remains committed to advocating for evidence-based care that prioritizes long-term patient wellbeing and safety above all else.

**15312379, Landsforeningen for transmænd og
transkvinder høringssvar VS: Høringssvar faglig
ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 7

Brevdato: 03-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Høringssvar: Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens Landsforeningen for transmænd og transkvinder

Landsforeningen for transmænd og transkvinder har følgende bemærkninger til de faglige rammer for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens:

3.3.2. Sygehus tilbud til voksne:

Vi finder det positivt, at det er blevet anerkendt, at centrene for kønsidentitet skal tilbyde opdateret information om både medicinske og kirurgiske behandlingsmuligheder ved kønsinkongruens. Det er dog vigtigt, at disse opdateringer også afspejler de nyeste internationale standarder og praksisser, da udviklingen på området er hastig både i Europa og internationalt. Som autoriseret sundhedsperson er det afgørende at være ajourført med den internationale udvikling på området, idet dette også er et spørgsmål om faglig omhu og samvittighedsfuldhed.

4.1. Faglige kompetencer i behandlerteamet:

Der er en bekymring for, om de tilknyttede fagpersoner og speciallæger opretholder en kontinuerlig faglig viden og udvikling på området, især når det gælder nedre kønsmodificerende kirurgi. Det er nødvendigt, at kravene om faglig udvikling og forskning også afspejler internationale standarder. Det er bekymrende, hvis det betyder en forringelse af det samlede tilbud, som kan have negativ indvirkning på den enkelte persons værdighed og livskvalitet.

4.1.2. Faglige kompetencer i forhold til voksenområdet:

Vi bemærker, at der ikke er tilknyttet specialister indenfor urologi i behandlingsforløbene. Dette er bekymrende, da operative indgreb, der involverer urinrørskirurgi, kræver en særlig ekspertise, som bør være en del af behandlerteamet.

6.5.1. Vurdering før kirurgisk behandling:

Vi foreslår, at betegnelsen "raske organer" revurderes. Som transkønnet person kan man have et komplekst forhold til sine organer, og det er ofte netop fjernelsen eller dannelsen af organer, der skaber en følelse af, at ens krop er i harmoni med ens kønsidentitet. Brug af udtrykket "raske organer" kan virke stigmatiserende og kan antyde, at organerne nødvendigvis skal være "rigtige" eller "forkerte" for den enkelte, hvilket ikke afspejler det personlige og individuelle forhold, som en transkønnet person kan have til sin krop.

6.5.2. Øvre kønsmodificerende kirurgi:

Ved fjernelse af bryster bør der være en individuel vurdering af, hvornår hormonbehandling skal opstartes i forhold til mastektomi. Det er afgørende, at behandlingen tilpasses den enkeltes behov, da størrelse på brysterne og fremkomsten af maskuline træk kan påvirke, hvordan personen oplever deres køn og krop. Derfor bør hormonbehandling og kirurgi ikke nødvendigvis ske på samme tidspunkt, men vurderes individuelt.

6.5.3. Nedre kønsmodificerende kirurgi:

Vi mener, at alder ikke bør være en kontraindikation for nedre kønsmodificerende kirurgi, så længe personen er myndig. Det er vigtigt, at vurderingen af, om kirurgi er relevant, er baseret på individuelle behov og ikke på alder.

Der er dokumenteret lavere komplikationsrate ved phalloplastikoperationer udført på UZ Gent i Belgien sammenlignet med Danmark. Ved at fjerne muligheden for phalloplastik med urinrørsforlængelse i udlandet, stiller man danske transmænd dårligere end europæiske transmænd. Der er ikke en tilstrækkelig faglig begrundelse for at tilbageholde denne mulighed. Derfor bør Sundhedsstyrelsen overveje at åbne op for, at danske transmænd kan få mulighed for at få udført denne kirurgi i udlandet, som tidligere var muligt frem til 2017.

Ikke at have adgang til passende behandling påvirker både den generelle trivsel og værdighed for den enkelte.

6.6.2. Fjernelse af hår:

Danske transmænd bør tilbydes samme muligheder for hårfjerning på donorsteder før nedre kønsmodificerende kirurgi som deres europæiske jævnaldrende. Dette er en vigtig del af behandlingen, der bør sikre lige muligheder for alle, uanset geografisk placering.

**15312295, Lucy [REDACTED] hørings svar VS: Høring af
'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 6

Brevdato: 03-02-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

Fra: Lucy [REDACTED]

Sendt: 1. februar 2025 17:00

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTYP@SST.DK>

Emne: Høring af 'Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens' og 'Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens'

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

V r opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Jeg er transkønnet patient af CKI Odense.

Med henvisning til vejledningen bemærker jeg, at vejledningen fastslår, at øvre og nedre kønsbekræftende kirurgi er undtaget fra reglerne om udvidet frit sygehusvalg:

>  vre og nedre kønsmodificerende kirurgi er undtaget fra reglerne om udvidet frit sygehusvalg. Derfor tilbydes der ikke øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi i privat regi for offentlige midler.

Jeg er bekymret for, at denne bestemmelse ikke er forenelig med loven, medmindre der foretages væsentlige forbedringer af det offentlige sundhedssystem.

I afgørelse 23SFP33 fastlagde Patientklagestyrelsen flere vigtige juridiske principper:

- 1.
2. Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMK) artikel 8 finder direkte anvendelse på dansk ret
- 3.
- 4.
5. En ventetid på 4 år på kønsbekræftende operation er i strid med EMRK artikel 8
- 6.
- 7.
8. Ved vurderingen af "rettidig behandling" skal myndighederne tage hensyn til:
- 9.
- 10.

- a.
- b. Ikke kun medicinsk tilstand
- c.
- d.
- e. Arten af patientens handicap
- f.
- g.
- h. V esentlige begrænsninger i dagligdagen
- i.
- j.
- k. Patientens evne til at leve et normalt liv i ventetiden
- l.

11.

Retningslinjernes generelle begrænsning af udvidet frit valg forekommer problematisk, fordi:

- 1.
- 2. Hvis offentlige hospitaler ikke kan yde behandling inden for en tidsramme, der overholder EMRK artikel 8 (mindre
- 3. end 4 år), skal patienter have adgang til alternative behandlingsmuligheder
- 4.
- 5.
- 6. Patientklagestyrelsens afgørelse bekræfter, at ressourcebegrænsninger ikke kan retfærdiggøre forsinkelser i
- 7. rettidig behandling
- 8.

Mens retningslinjerne forsøger at begrænse det udvidede frie valg, kan denne begrænsning derfor være ulovlig, n r den resulterer i ventetider, der krænker EMRK artikel 8-rettigheder. I sådanne tilfælde vil patienter sandsynligvis have en juridisk ret til at søge behandling andre steder, herunder på private faciliteter, med offentlig finansiering.

Denne fortolkning understøttes af Patientklagestyrelsens vægtning af, at danske regler skal fortolkes i overensstemmelse med EMRK, der går forud for administrative retningslinjer.

Jeg har vedhæftet afgørelse 23SFP33 til denne e-mail.

Med venlig hilsen
- Lucy [REDACTED]

TRANSKØNNET HAVDE RET TIL BEHANDLING I UDLANDET

Regionens tilbud om nedre kønsmodificerende kirurgi om senest 6 år var ikke et tilbud om rettidig behandling og i strid med EMRK art. 8. Regionen kunne dermed ikke give afslag på forhåndsgodkendelse til behandling i udlandet.

Sagsnummer:

23SFP33

Offentliggørelsesdato:

fredag den 31. marts 2023

Juridisk tema:

Tilskud til behandling i udlandet

Kategori:

Patientrettigheder

Vi ændrer afgørelsen fra Region

○ om forhåndsgodkendelse til behandling i udlandet.

Det betyder, at du havde ret til at få godkendt den ønskede behandling i udlandet på forhånd.

Du kan læse mere på de næste sider.

Klagen

Du har klaget over, at:

○ du fik afslag på forhåndsgodkendelse til behandling i Tyskland.

Sagsfremstilling

I januar 2021 blev du godkendt til nedre kønsmodificerende kirurgi. Du havde allerede i 2013 fået fjernet dine bryster for at opnå en mere maskulin fremtoning.

Den 1. marts 2021 søgte du regionen om forhåndsgodkendelse til fjernelse af de kvindelige kønsorganer og skede, lukning af skede og konstruktion af penis (metoidioplastik).

Den 15. marts 2021 gav regionen dig afslag på forhåndsgodkendelse. Du fik afslag, fordi regionen mente at kunne tilbyde dig den ønskede behandling rettidigt i Danmark. Regionen oplyste i den forbindelse, at Gynækologisk Afdeling, kunne tilbyde en operation til fjernelse af de kvindelige kønsorganer og lukning af skede om 1 år, mens afdelingen for Plastikkirurgi og Brandsårbehandling, kunne tilbyde en tid til konstruktion af penis (metodioplastik) 2-5 år efter første operation.

Gå til hovedindhold (Tryk Enter)

il grund, at regionen kunne tilbyde dig behandling senest den 15. marts 2027, hvilket er 6 år fra deres



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

Du har også oplyst, at en ventetid på 3-6 år fra tidspunktet for regionens afgørelse ikke kan anses for at være rettidig behandling. Du har i den forbindelse henvist til Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitet. Du har blandt andet fremhævet, at det fremgår af vejledningen, at kønsmodificerende kirurgi bør tilbydes indenfor rimelige tidsfrister, i betragtning af at kønsligt ubehag kan være forbundet med en betydelig påvirkning af den enkeltes livssituation, og at den enkelte kan have haft lange udrednings- og behandlingsforløb. Du har også henvist til nogle af vores offentliggjorte afgørelser.

Dok.nr.: 15312296 Titel: 23SFP33 Aktnr.: 0 Sagsnr.: 03-0802-328

Du har også oplyst, at du oplever enorme gener i dit dagligdagsliv. Du undgår blandt andet Du kan heller ikke på lige fod med dine jævnaldrende Du har oplyst, at du konstant skal overveje , hvilket nedsætter din livskvalitet betydeligt, da der er forskellige sociale aktiviteter, du ikke kan deltage i og ofte må afslå. Desuden påvirker dit kønslige ubehag din livskvalitet i så høj grad, at det har konsekvenser for dit mentale helbred og din sindstilstand.

Vi har i forbindelse med sagens behandling stillet spørgsmål til Retslægerådet.

Retslægerådet har oplyst, at en kønsskifteoperation i Danmark senest den 15. marts 2027 var rettidig behandling efter en sundhedsfaglig vurdering. Retslægerådet har dog også oplyst, at datoen er forbundet med meget stor usikkerhed.

I et uddybende svar har Retslægerådet oplyst, at det ikke er muligt, at besvare fyldestgørende, om der var tale om rettidig behandling. Det skyldes, at der ikke er tale om en konkret dato, men en forventet tidsangivelse, hvilket må anses som et servicemål i forhold til længden af en venteliste. Retslægerådet oplyser, at der ved kønsskifteoperation ikke er konkrete grænser for tidsinterval, fra indikationen for operation stilles, til operationen gennemføres, som der er ved visse akutte tilstande.

Du har hertil igen henvist til Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitet om, at kønsmodificerende kirurgi bør tilbydes indenfor rimelige tidsfrister.

Vi har derfor også stillet spørgsmål til Sundhedsstyrelsen. Styrelsen har dog svaret, at de ikke foretager detaljerede vurderinger af enkelte patientforløb.

Du har hertil indsendt et referat fra et statusmøde af 22. juni 2021 mellem Sundhedsstyrelsen og regionerne om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold. Sundhedsstyrelsen pointerede heri, at Region har en forsyningsforpligtelse, da de som de eneste i landet kan udføre nedre kønsmodificerende kirurgi, og at ventetiden og den manglende kapacitet ikke var acceptabel.

Begrundelse

Reglerne om forhåndsgodkendelse til behandling i et andet EU/EØS-land

Retten til forhåndsgodkendelse og efterfølgende refusion af udgifter til behandling i et andet EU/EØS-land kræver normalt, at patienten er henvist. Det skyldes, at en patient normalt skal være henvist til behandling på et sygehus i Danmark for at få behandling. Kravet om at være henvist gælder derfor også, når behandlingen sker på et sygehus i et andet EU/EØS-land.

Retten til forhåndsgodkendelse og efterfølgende refusion kræver også, at der er tale om samme eller lignende behandling. Regionen kan således kun give forhåndsgodkendelse for udgifter til samme eller lignende behandling, som patienten ville være blevet tilbudt i det offentlige sygehusvæsen i Danmark.

Regionen kan nogle gange kræve forhåndsgodkendelse, når behandlingen skal foregå i et andet EU/EØS-land. Det betyder, at regionen kan kræve at godkende behandlingen inden behandlingen sker. Det gælder, når behandlingen er en specialfunktion efter Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, eller når behandlingen kræver indlæggelse i mindst én nat.

Regionen kan dog give afslag på forhåndsgodkendelse, hvis regionen kan tilbyde patienten rettidig behandling. Det betyder, at regionen skal kunne tilbyde patienten behandling inden for en lægelig forsvarlig tid.

Det er en læge, der vurderer, om behandlingen er rettidig. Det sker ud fra en vurdering af sygdommen, baggrunden for sygdommen, den forventede udvikling og omfanget af fx smerter eller funktionsnedsættelse. De danske regler om behandlingsgaranti og andre regler om ventetider har ikke betydning ved vurderingen. Ressourcer har heller ikke betydning for, om behandling kan tilbydes inden for en lægelig forsvarlig tid.

Praksis

Dom fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol

Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har afsagt dom i en litauisk sag omkring nedre kønsmodificerende kirurgi fra kvinde til mand. Sagsøgeren havde fået fjernet brystet og havde søgt om nedre kønsmodificerende kirurgi. Litauen havde regler om anerkendelse af transseksuelles rettigheder, men på det pågældende tidspunkt var der ikke fastsat regler, der muliggjorde nedre kønsmodificerende kirurgi. Der blev dog arbejdet med det. På tidspunktet for dommen havde Litauen stadig ikke fastsat regler, der muliggjorde nedre kønsmodificerende kirurgi. Ifølge domstolen var det forhold, at der var gået 4 år fra sagsøgerens ansøgning om operation, i strid med artikel 8 i den europæiske menneskerettighedskonvention.

Artikel 8 handler om, at alle har ret til respekt for sit privatliv og familieliv.

Vores praksis

Ved vurderingen af, om en patient kan tilbydes rettidig behandling i Danmark skal der ikke kun tages hensyn til den objektive medicinske helbredstilstand, men også arten af patientens handicap og en eventuel, væsentlig indskrænkelse af dagligdagen og patientens mulighed for at føre et normalt liv i venteperioden.

Dok.nr.: 15312296 Titel: 23SFP33 Aktnr.: 0 Sagsnr.: 03-0802-328

Regionen kan ikke afslå en ansøgning om forhåndsgodkendelse med den begrundelse, at patienten kan tilbydes rettidig behandling i Danmark, hvis regionen ikke samtidigt giver et konkret tilbud om behandling. Ellers vil det være i strid med den frie bevægelighed af sundhedsydelser, der gælder efter EU-retten. Behandlingstilbuddet skal være konkret både i forhold til indholdet af behandlingen og tidspunktet for behandlingen.

Det anses for et tidsmæssigt tilstrækkeligt tilbud om behandling, når regionen oplyser patienten om en periode for, hvornår behandling kan tilbydes i Danmark. Det skyldes, at patienten bliver bekendt med, hvornår behandling senest kan tilbydes i Danmark. Patienten kan dermed forholde sig til, om man ønsker at vente på behandlingen i Danmark eller ønsker at tage imod tilbuddet om behandling i udlandet uden forhåndsgodkendelse.

Vores resultat

Vi vurderer, at du havde ret til forhåndsgodkendelse til behandling i Tyskland.

Vi har lagt vægt på, at:

- du var henvist og indstillet til fjernelse af de kvindelige kønsorganer, lukning af skede og konstruktion af penis (metoidioplastik) på et dansk sygehus.
- der er tale om lignende behandling, som den behandling, du ville være blevet tilbudt i Danmark, da operationerne i Danmark og Tyskland er sammenlignelige.
- regionen kunne kræve forhåndsgodkendelse, da der er tale om højt specialiseret behandling, som i Danmark kun udføres på . Der var dermed tale om en specialfunktion.
- der ikke er en lægelig retningslinje for, hvor hurtigt efter indstilling til nedre kønsmodificerende kirurgi operationen skal/bør foretages.
- ressourcer ikke har betydning ved vurderingen af, om regionen kunne tilbyde dig rettidig behandling i Danmark.
- påvirkningen af din livskvalitet bør inddrages ved vurderingen af, om en ventetid på op til 6 år var rettidig behandling.
- en ventetid på 4 år ifølge Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol er i strid med artikel 8 i den europæiske menneskerettighedskonvention.
- den europæiske menneskerettighedskonvention er implementeret i dansk ret. Det betyder, at konventionen finder direkte anvendelse i Danmark. De danske regler skal derfor fortolkes i overensstemmelse med konventionen.
- en ventetid på op til 6 år derfor ikke er et tilbud om rettidig behandling.
- regionen dermed ikke kunne give dig afslag på forhåndsgodkendelse med den begrundelse, at du kunne tilbydes rettidig behandling i Danmark.

Vi ændrer derfor regionens afgørelse af 15. marts 2021 om forhåndsgodkendelse til behandling i udlandet.

Regionen skal derfor give dig forhåndsgodkendelse.

Regler

Vi har afgjort sagen efter:

Love og bekendtgørelser

Bekendtgørelse nr. 9 af 4. januar 2023 af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (klage- og erstatningsloven):

- 6, stk. 1, nr. 15, om klager over regionens afgørelser om refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land

Bekendtgørelse nr. 210 af 27. januar 2022 af sundhedsloven:

- 89 a, stk. 1, om refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land

Bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019 om ret til sygehusbehandling m.v. (sygehusbekendtgørelsen):

- 31 om betingelserne for refusion af udgifter til sygehusbehandling i andre EU/EØS-lande
- 31, stk. 2, om samme eller lignende behandling
- 31, stk. 3, om henvisning
- 34, stk. 2, nr. 1, om krav om forhåndsgodkendelse
- 35, nr. 1, om rettidig behandling

Bekendtgørelse nr. 20 af 11. juni 1953 angående Danmarks ratifikation af konvention til beskyttelse af Menneskerettigheder og grundlæggende Frihedsrettigheder (den europæiske menneskerettighedskonvention):

- Artikel 8 om retten til respekt for privatliv og familieliv

Domme

Vi har brugt følgende dom fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol ved vurderingen af din sag:

- Sagen om L. mod Litauen (ansøgningsnr. 27527/03), afsagt den 31. marts 2008

Vejledninger

Dok.nr.: 15312296 Titel: 23SFP33 Aktnr.: 0 Sagsnr.: 03-0802-328

Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Plastikkirurgi af 4. juni 2018

Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold fra 2018

- Punkt 3 om generelt
- Punkt 11 om rettigheder

Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning nr. 9733 af 5. juli 2016 om grænseoverskridende sundhedsydelser i EU/EØS-lande (regler i medfør af patientmobilitetsdirektivet):

- Punkt 6.1.4.3 om rettidig behandling
- Punkt 6.1.4.5 om konkret tidspunkt for behandling

Offentliggjorte afgørelser

Vi har også brugt en eller flere af vores offentliggjorte afgørelser som vejledning ved vurderingen af din sag. Du kan finde vores offentliggjorte afgørelser på vores hjemmeside stpk.dk:

- 17SPS52, offentliggjort den 21. september 2017
- 17SPS48, offentliggjort den 4. september 2017

- Telefon
72 33 05 00
Mandag, tirsdag, onsdag og fredag: kl. 8.00 - 14.00
Torsdag: kl. 8.00-16.00

- E-mail: stpk@stpk.dk

- Adresse
Olof Palmes Allé 18 H
8200 Aarhus N

- CVR: 39850885
- EAN: 5798000363670

Følg os på LinkedIn

Nyttige Links

[BORGER.DK](#)

[SUNDHED.DK](#)

[PATIENTERSTATNINGEN](#)

[SUNDHEDSMINISTERIET](#)

[STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED](#)

[TILGÆNGELIGHEDSERKLÆRING](#)

**15276715, Dansk Urologisk Selskab høringssvar
VS: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp
ved kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 5

Brevdato: 30-01-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Lene Tilgreen Nielsen <ltn@DADL.DK>
Sent: 30-01-2025 11:10:07 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Sygehusplanlægning <SSTSYN@SST.DK>
Cc: Bodil Marie Thuesen Sch nwndt <bmsc@sst.dk>; Michael Borre
<borre@clin.au.dk>
Subject: VS: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig
ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Kære Sundhedsstyrelse

Vedr. Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens.

Tilbage meldingen fra Dansk Urologisk Selskab (DUS) er, at vi i urologien har en meget begrænset
snitflade med området, og området er ikke beskrevet i den urologiske specialeplan. Jf.
Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje fra 2023 om øvre og nedre kønsmodificerende
kirurgi, inddrages relevante urologiske kompetencer hvor det er nødvendigt. DUS har ingen
kommentarer til vejledningen.

På vegne af Dansk Urologisk Selskab
Michael Borre, formand

Lene Tilgreen Nielsen
Administrativ konsulent
Tlf: +45 3544 8132 (Direkte)
Tlf: +45 2679 3155 (Mobil)



Dansk Urologisk Selskab
Kristianiagade 12
2100 København  
Email: dus@urologi.dk
Web.: www.urologi.dk

**15219134, Center for Kønsidentitet OUH
høringssvar vedr. høring om Vejledning for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens Til
orientering: Høring af Vejledning for
sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og
Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruens**

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument: X

Aktnummer: 2

Brevdato: 21-01-2025

Sagsnummer: 03-0802-328

Sagstitel:

Dokumentparter

From: Torben Bæk Klein <Torben.Baek.Klein2@rsyd.dk>
Sent: 21-01-2025 08:46:39 (UTC +01)
To: Bodil Marie Thuesen Schönwandt <bmsc@sst.dk>
Cc: Jan Frystyk <Jan.Frystyk@rsyd.dk>; Dorte Glintborg <Dorte.Glintborg@rsyd.dk>;
Tine Taulbjerg Kristensen <Tine.Taulbjerg.Kristensen@rsyd.dk>
Subject: VS: Til orientering: Høring af Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens og Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Kære Bodil

Vi i Center for Kønsidentitet under OUH har orienteret os i dokumenterne og har ikke umiddelbart nogen indsigelser.

Med venlig hilsen

Torben Bæk Klein, Psykolog og Klinisk Sexolog
Leder af Center for Kønsidentitet Odense (CKIO)
Endokrinologisk Afdeling M, Odense Universitetshospital
Kløvervænget 6, indgang 93, 4. sal
DK-5000 Odense C
Danmark.
E-mail: torben.baek.klein2@rsyd.dk
Mobil: 20231088

CKI Odense CKI København
bekymringshenvendelse vedr. høring om
Vejledning for sundhedsfaglig hjælp ved
kønsinkongruns

Tilstand:

Dokumenttype:

Hoveddokument:

Aktnummer:

Brevdato:

Sagsnummer:

Sagstitel:

Dokumentparter

Til

Februar 2025

Sundhedsstyrelsen

Andelen af personer med udviklingsforstyrrelser blandt nyhenviste til landets centre for kønsidentitet er stigende. Et forsigtigt estimat er, at omkring 1/3 af alle nyhenviste i dag er diagnosticeret med en autisme spektrum forstyrrelse (ASF), mens en endnu større andel har autistiske træk. Denne sammenhæng har været beskrevet gennem de sidste ca. 15 år i litteraturen, men det er først de senere år vi for alvor har set en stigning i antallet af henvisninger af især unge personer med ASF.

Udredning og vurdering af denne patientgruppe er vanskeliggjort af deres psykiske komorbiditet, og vi ønsker med denne henvendelse at gøre opmærksom på et stigende problem, som vanskeligt håndteres indenfor de somatisk forankrede centre for kønsidentitet. Herudover vil vi gerne dele vores bekymring om hvorvidt gruppen, som vi ser i dag, skal tilbydes kønsmodificerende behandling og i så fald hvilken.

Ved vurdering og behandling af personer med ovennævnte udviklingsforstyrrelser kan der dels være i tvivl om indikationen for behandlingen, dels om hvorvidt patienten til fulde forstår konsekvensen af behandlingen og endelig tvivl om, hvordan vi egentlig bedst hjælper dem videre med eller uden tilbud om kønsmodificerende behandling.

De tre centre har desuden forskellige tilgange til personer i autismspektret, hvilket kan ses som et udtryk for usikkerhed i forhold til opgaven med disse patienter

Samlet set giver ko-morbid ASF en række udfordringer i udredningen og behandlingen af kønsidentitetsforhold:

Patienter med ASF kan have svært ved at beskrive indre tilstande og kommunikere det verbalt til os, så vi forstår det. De har ofte vanskeligheder ved at reflektere over deres kønsdysfori pga. deres udtalte mentaliseringsvanskeligheder. Ved patienter med ASF mangler vi en fælles platform at kommunikere ud fra og risikerer måske at overse, at en patient med ASF er meget forpint og reelt har kønsubehag, men ikke kan formulere det - eller omvendt, at vi kommer til at behandle patienter med irreversibel medicin og kirurgi, hvor der slet ikke er tale om et blivende og invaliderende kønsubehag.

Patienter med ASF kan have svært ved at sætte sig ind i, hvordan andre tænker. Derfor former de en egen privat logik og forståelse af, hvad det vil sige at have kønsubehag. Derved kan de komme til at tolke en række andre sociale udfordringer som tilhørende kønsubehag. Patienter med ASF kan være urealistiske i forventningerne til hvordan, og med hvilken forståelse, omgivelserne vil møde patienten efter en evt. behandling.

Patienter med ASF kan have svært ved fremtidstænkning og ved at forestille sig, hvordan livet kan blive, og hvad det vil betyde at træffe disse valg. Typisk oplever vi, at der kommer korte, overordnede svar.

Patienter med ASF er på nogle områder umodne i forhold til kronologisk alder og vil, med yderligere kognitiv modning og psykoedukation om krop, følelser, seksualitet mm., potentielt kunne nå frem til, at hormonbehandling og kirurgi ikke er løsningen. Deres refleksion over kønsubehaget vanskeliggøres af, at

patienter med ASF kan have tendens til at låse sig fast på en bestemt måde at tænke på, og derfor mangler fleksibilitet overfor andre perspektiver.

Et eksempel på ovenstående udfordringer:

Vi møder en patient med ASF, som ikke tidligere har reflekteret over sin kønsidentitet, og hvor puberteten ikke var særligt problematisk. Imidlertid falder patienten på nettet over en beskrivelse af transkønnethed og bliver på meget kort tid helt sikker på selv at være i denne situation. Patienten angiver at være nonbinær, udlever i ringe grad sin kønsidentitet socialt, giver vage eller stereotype beskrivelser af sit ubehag, siger ikke ret meget spontant – måske er det endda en kontaktperson eller forælder, der fører ordet. Vedkommende er overbevist om, at hormoner og evt. kirurgi er absolut nødvendigt for at gøre livet betydeligt bedre. Patienten kan evt. tilføje, at det at få hormoner vil være at få teamets blåstempling af, at vedkommende er transkønnet, og at dette vil gøre det nemmere at springe ud. Patienter med ASF fremfører også ofte, at vedkommende ikke kan komme videre med uddannelse eller arbejde, før vedkommende kommer i behandling - de har dermed sat livet på pause. Således kan deres beskrivelser af udviklingen af deres kønsidentitet have karakter af særinteresse.

I forhold til informeret samtykke og det at forstå konsekvenserne af en behandling, kan patienter med autisme måske godt recitere bivirkninger til hormoner, og vil ofte sige, at det ikke vil være noget problem, men fremstår umodne og ureflekterede i disse overvejelser.

Personer med ASF har måske svært ved at passe uddannelse, kan kun gøre sig overordnede tanker om, hvordan fremtiden bliver, og er påfaldende ubekymrede over udsigten til livslang behandling. Ofte udtaler de vedr. fertilitet, at de forestiller sig "bare at ville adoptere", hvis der opstår ønske om børn. Der er ofte for de unge med ASF begrænset eller ingen erfaring med at udleve seksualitet, men mange forventer at det vil løse sig, når kroppen ændres. Ofte angiver de også at være asekuelle.

Vi har også en bekymring om, at det særligt er personer med ASF, der senere stopper eller decideret fortryder deres behandling pga. skuffede forventninger om at blive, og blive opfattet som, en ciskønnet person af det modsatte køn, eller en skuffelse over, at kønsmodificerende behandling ikke afhjælper den sociale isolation og andet, der er hjemmehørende i ASF. Her spiller den nedsatte mentaliseringssevne særligt ind. Disse overvejelser afstedkommes af vores kliniske erfaring, da der endnu mangler evidens på området.

I WPATH Standards of Care version 8, 2023, står der følgende om transkønnet identitet og ASF:

Autistic traits may need to be differentiated from being TGD. SOC8 specifically mentions the risk of conflating autistic traits with being TGD, in the context of adolescence: "[I]t is critical to differentiate gender incongruence from specific mental health presentations, such as obsessions and compulsions, special interests in autism, rigid thinking, broader identity problems, parent/child interaction difficulties, severe developmental anxieties (e.g., fear of growing up and pubertal changes unrelated to gender identity), trauma, or psychotic thoughts." (p. S63)

I lyset af disse problematikker, samt det store volumen af denne patientgruppe, ønsker vi, at man fra central side forholder sig til dette faktum i den kommende vejledning på området.

Vi ønsker, at det fortsat bør fremgå af vejledningen, at der skal udvises særlig forsigtighed ved ASF eller ved mistanke om dette i forhold til at opstarte en behandling.

Vi ønsker, at man overvejer, hvorvidt personer med ASF indledningsvist bør udredes/tilbydes samtaler om køn, krop og identitet i andet regi for ikke at være medvirkende til en fejlagtig kurs ved at tilbyde forløb

inden for et center for kønsidentitet. Endvidere kan der være behov for at se på, om de faglige kompetencer i de somatisk forankrede centre i tilstrækkelig grad er tilstede til at varetage udredning og behandling af personer med kompleks/svær ASF.

Med venlig hilsen

Center for Kønsidentitet Odense

Center for Kønsidentitet København