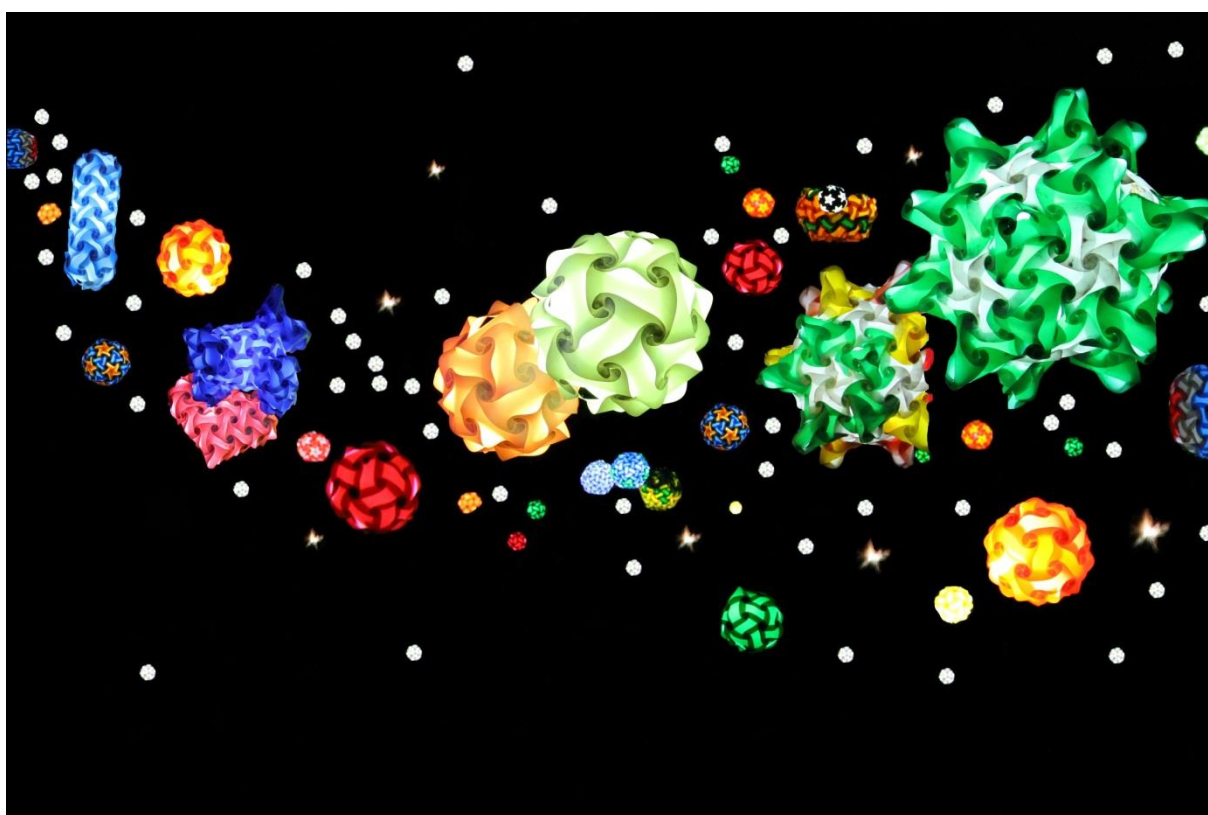


# Rett til rett kjønn

## - helse til alle kjønn

---



Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori

*Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori.*

Utgitt: Oslo, april 2015

IS-nummer: IS-0496 (Helsedirektoratet)

Forsidefoto: Reidar Michelet

## FORORD

For første gang er helsetilbudet til mennesker med kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori tema for et arbeid i regi av en offentlig nedsatt arbeidsgruppe i Norge.

*Kjønnsdysfori* brukes i rapporten som et samlebegrep for psykisk smerte, dypt ubehag eller plager som kan følge av manglende samsvar mellom kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk og det juridiske kjønn som er tildelt ved fødsel. De som opplever kjønnsdysfori er ingen ensartet gruppe og omfatter bl.a. personer som selv beskriver seg som transperson og transkjønnet, personer med diagnosen transseksualisme og personer som har forskjellige kjønnsuttrykk og veksler mellom disse. De omfatter personer som har en av diagnosene i F 64 kategorien i Verdens helseorganisasjon (WHO) sin diagnosemanual eller som mottar eller har mottatt helsehjelp på grunnlag av en slik diagnose. Ekspertgruppa har valgt å benytte begrepet *kjønnsinkongruens* som fellesbegrep for manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og det juridiske kjønn som er tildelt ved fødsel.

Ekspertgruppas mandat er todelt og omfatter både helsetjenestetilbud og praksis for endring av juridisk kjønn. Disse spørsmålene henger sammen ved at det i dag er et ulovfestet krav om kastrasjon for å få endret juridisk kjønn. Mange, herunder brukerorganisasjoner og Amnesty International har stilt krav om at denne praksisen må opphøre. Regjeringen besluttet i oktober 2014 å imøtekomme dette, og det ble satt ned en egen interdepartemental arbeidsgruppe som skulle utrede *hvordan* en endring av praksisen kan skje så raskt som mulig. I den forbindelse ba Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ekspertgruppa om en delrapport med ekspertgruppas vurderinger og anbefalinger. Delrapporten ble levert 15. desember 2014, og er samtidig en del av denne rapporten.

Ekspertgrupperapporten er todelt med en beskrivende del og en del med vurderinger og anbefalinger.

Hvordan mennesker med kjønnsinkongruens blir møtt i skolen, på arbeidsplassen, på boligmarkedet og ellers i samfunnet, har avgjørende betydning for livskvalitet og dermed også fysisk og psykisk helse. Denne rapporten omhandler helsetjenestenes tilbud og det har bare vært mulig å kort omtale andre samfunnsområder. Ekspertgruppa vil peke på at dette bør være tema for egne utredninger.

Det har vært nedlagt mye arbeid i å få fram tallmateriale og beskrivelser av pasientforløp. Dette har vist seg å by på problemer og tallene som presenteres er derfor ufullstendige.

Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) er i dag det eneste behandlingstilbudet som har pasienter som opplever kjønnsdysfori som hovedansvarsområde. NBTS tilbyr diagnostikk og behandling av diagnosen transseksualisme

– F 64.0. For å sikre at gruppene som i dag ikke får den helsehjelp de har behov for knyttet til kjønnsdysfori, anbefales det å bygge opp kapasitet og kompetanse i den øvrige helsetjenesten. I arbeidet har ekspertgruppa stått overfor spørsmål om hva slags helsehjelp som skal tilbys, hvilke grupper helsepersonell som skal yte tjenestene og hvor i helsetjenestene ansvaret for å yte ulike typer helsehjelp skal forankres. Ekspertgruppa har foreslått prinsipper for dette, men har ikke en sammensetning eller en tidsramme som gjør det mulig å gå detaljert inn i spørsmålene. Dette må etter ekspertgruppas vurdering løses gjennom utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer i regi av Helsedirektoratet. Ekspertgruppa vil presisere at nasjonale faglige retningslinjer og tjenestetilbud i den øvrige spesialisthelsetjenesten må være på plass før det kan gjøres endringer i dagens organisering.

Rapporten er den første på dette området og det er derfor lagt vekt på å bringe videre det materiale som er samlet. Enkelte kapitler inneholder av den grunn mye detaljer.

Både regler for endring av juridisk kjønn og utformingen av en helhetlig helsetjeneste må skje innenfor de rammer menneskerettighetene og eksisterende lovgiving setter. Forståelsen av kjønn og kjønnsidentitet er under endring både i Norge og internasjonalt. Mens ekspertgruppa har vært i arbeid, har det blitt innført ny lovgiving om retten til å endre juridisk kjønn i Danmark, og i Sverige er det utarbeidet faglige retningslinjer for innholdet i helsehjelpen. WHO arbeider med en ny diagnosemanual som vil endre begrepsbruk og kategori for mennesker som opplever kjønnsdysfori og har behov for helsehjelp. Felles for dette arbeidet er at retten til selvbestemmelse og den enkeltes individuelle behov for helsehjelp står i sentrum. Dette har også vært rettesnor for ekspertgruppas arbeid, vurderinger og anbefalinger.

## SAMMENDRAG

Ekspertgruppa ble oppnevnt av Helsedirektoratet i desember 2013 for å gjennomgå nåværende vilkår for å endre juridisk kjønnsstatus i Norge, samt vurdere behovene for og foreslå endringer i dagens pasient- og behandlingstilbud til personer som opplever kjønnsdysfori. Bakgrunnen for dette var oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2013.

Dagens vilkår for å få endret juridisk kjønnsstatus er at vedkommende først må gjennomgå kjønnsbekreftende medisinsk behandling som inkluderer kastrasjon. Offentlig behandlingstilbud av hormonell og/eller kirurgisk art, gis kun til personer som er gitt diagnosen F64.0 Transseksualisme ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS), Oslo universitetssykehus. Utover dette er det ikke i dag tilrettelagt for at det gis behandling i offentlig regi andre steder.

### Vilkår for endring av juridisk kjønn

Etter gjeldende forvaltningspraksis er det krav om kastrasjon for endring av juridisk kjønn i Norge. Ekspertgruppa anser at dagens praksis er i strid med sentrale menneskerettigheter.

Ekspertgruppa anbefaler at retten til å endre juridisk kjønn må gjelde uten at det stilles vilkår om bestemte former for helsehjelp. Ekspertgruppa anbefaler at en persons ønske om endring av juridisk kjønn skal skilles fra den medisinske behandling vedkommende eventuelt ønsker å gjennomgå.

Ekspertgruppa anbefaler at personer skal kunne endre juridisk kjønn i Norge uten at det stilles krav om kastrasjon eller annen form for sterilisering.

Ved drøftingen av hvilke vilkår som bør gjelde for endring av juridisk kjønn, har ekspertgruppa tatt utgangspunkt i tre ulike modeller: *diagnosemodellen* som forutsetter at personer som ønsker å endre juridisk kjønn er gitt en spesifikk diagnose, *vurderingsmodellen* som forutsetter at det foreligger en psykologisk-/medisinskfaglig vurdering av den enkeltes ønske og beslutning og til sist *erklæringsmodellen* som tar utgangspunkt i at personer som opplever manglende samsvar mellom egen kjønnsidentitet og sitt registrerte juridiske kjønn, selv kan begjære endring av juridisk kjønn.

Ekspertgruppa anbefaler at en egenerklæring til folkeregistermyndigheten skal være tilstrekkelig for endring av juridisk kjønn.

For å sikre at endringen av juridisk kjønn skjer ved en informert beslutning, anbefaler ekspertgruppa at den som begjærer endring av juridisk kjønn, ved første henvendelse til

folkeregistermyndighetene, skal motta et informasjonsskriv om konsekvensene av endringen. For å bekrefte at beslutningen står ved lag, skal søkeren returnere en svarslipp vedlagt informasjonsskrivet.

I Danmark må søkeren har fullført en *refleksjonsperiode* før juridisk kjønn endres. Ordningen innebærer at vedkommende som begjærer endring av juridisk kjønn, etter seks måneder må bekrefte sin begjæring før endringen foretas i folkeregisteret. I spørsmålet om hvorvidt det bør innføres en tilsvarende refleksjonsperiode i Norge har ekspertgruppa delt seg i et flertall og to mindretall.

Flertallet anbefaler at det ikke skal stilles krav om en pålagt refleksjonsperiode for endring av juridisk kjønn.

Mindretallet anbefaler at erklæringsmodellen kombineres med et krav om en tidsbestemt refleksjonsperiode. Det foreligger to alternative forslag til refleksjonsperiode, på henholdsvis en måned og seks måneders varighet.

Etter dagens praksis er det ingen uttrykkelig bestemmelse om aldersgrense for endring av juridisk kjønn. Dagens vilkår om kastrasjon, har imidlertid ført til at ingen under 18 år har endret juridisk kjønn.

Ekspertgruppa anbefaler at aldersgrensen for retten til å begjære endring av juridisk kjønn basert på egenerklæring skal være 18 år.

Videre anbefaler ekspertgruppa at verger gis rett til å fremsette erklæring om endring av juridisk kjønn for barn etter godkjenning av Fylkesmannen. Barnet skal høres. Dersom barnet har fylt 12 år er det et vilkår for godkjenning at barnet har samtykket.

Ungdom mellom 16 og 18 år skal selv kunne framsette erklæring om endring av juridisk kjønn. Barnets verger skal bli informert, med mindre særlige grunner taler mot det. Dersom en eller begge vergene motsetter seg endring av juridisk kjønn, eller ikke er informert, må det foreligge godkjenning av Fylkesmannen.

Ekspertgruppa anbefaler at alle som er registrert som bosatt her i riket og har til hensikt å bli boende her varig, skal ha rett til å søke om endring av juridisk kjønn. Det anbefales videre at Norge anerkjenner det juridiske kjønn en person har fått fastsatt av kompetent myndighet i utlandet, etter angjeldende lands lov.

Ekspertgruppa anbefaler at vilkårene for endring av juridisk kjønn skal reguleres i lov.

Ekspertgruppa anbefaler at spørsmålet om innføring av en tredje kjønnskategori utredes nærmere.

## **Helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori.**

Norges menneskerettslige forpliktelser, helselovgivingen og allmenne prinsipper for organisering av helsetjenestene danner rammene for ekspertgruppas forslag til utformingen av et fremtidig helsetjenestetilbud til personer som opplever kjønnsdysfori.

Gjennomgangen av dagens helsetilbud viser at mange får den helsehjelpen de ønsker. Samtidig har det for ekspertgruppa blitt tydelig at det er en rekke mangler og utfordringer ved dagens tjenestetilbud. Dette fører til at mange som har rett til helsehjelp tilknyttet kjønnsdysfori, ikke får den helsehjelpen de har behov for og ønsker.

Ekspertgruppa anbefaler at flere enn de som i dag har et tilbud i helsetjenesten, skal tilbys behandling og oppfølging i tilknytning til ubehag og plager ved kjønnsinkongruens.

### ***Økt kompetanse i alle deler av helsetjenestene***

Det er etter ekspertgruppas vurdering et stort behov for økt kompetanse i alle deler av helsetjenesten for å sikre at mennesker som opplever kjønnsdysfori får tilbud om faglig forsvarlig helsehjelp og møtes av helsepersonell med forståelse og respekt.

Ekspertgruppa mener det må iverksettes tiltak for å bygge opp nødvendig kompetanse for utredning, diagnostikk og behandling av pasienter med kjønnsdysfori i alle delene av helsetjenestene. De regionale helseforetakene må etter ekspertgruppas mening sette i verk tiltak for blant annet å identifisere områder hvor det i dag mangler kompetanse.

Ekspertgruppas anbefalinger om å gi tilbud om helsehjelp til flere grupper som opplever kjønnsdysfori enn det som er tilfelle i dag, samt målsettingen om at helsehjelpen skal gis på riktig nivå forutsetter at det utarbeides rutiner og retningslinjer for nødvendig diagnostikk og behandling i regionene.

Ekspertgruppa anbefaler at de regionale helseforetakene setter i verk nødvendige tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til å kunne gi forsvarlig helsehjelp ved kjønnsdysfori.

### ***Kommunehelsetjenestens tilbud***

Antallet personer som har behov for helsehjelp ved kjønnsdysfori er og vil etter alt å dømme forbli så lavt i Norge, at det ikke er realistisk at pasienter kan bli møtt med særskilt kompetanse i kommunehelsetjenesten. Helsepersonell må likevel ha tilstrekkelig kunnskap og informasjon tilgjengelig slik at pasienter kan bli møtt med forståelse og at riktige tiltak kan bli iverksatt. Mange pasienter kan få dekket sine behov i den kommunale helsetjenesten ved f.eks. fastlege, psykolog og helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Ekspertgruppa anbefaler at fastleger og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten får en tydeligere rolle i helsehjelpen til personer som opplever kjønnsdysfori.

Den primære oppfølgingen av barn før puberteten som skiller seg fra omverdenens forventninger til kjønn, bør etter ekspertgruppas vurdering forankres lokalt.

Ekspertgruppa anbefaler at kommunene skal ha tilbud om råd og veiledning til foreldre, barnehage, skole og andre når et barn skiller seg ut fra omverdenens forventninger til kjønn.

### ***Spesialisthelsetjenestens tilbud***

I anbefalingene som gjelder spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne, har ekspertgruppa delt seg i et flertall og to mindretall.

Ekspertgruppas flertall mener at det er behov for en betydelig desentralisering av helsetjenestetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori for å ivareta de gruppene som ikke har noe tilbud om helsehjelp i dag.

Flertallet anbefaler at hvert regionalt helseforetak skal sørge for å ha tilgjengelig endokrinologisk behandling, kirurgi (med unntak av genitalkirurgi) og annen nødvendig helsehjelp for voksne som opplever kjønnsdysfori. Dersom pasientens behov bare kan dekkes ved høyspesialisert kompetanse, skal pasienten henvises til den nasjonale behandlingstjenesten for transseksualisme ved Oslo universitetssykehus (NBTS, OUS).

Flertallet anbefaler at nasjonal behandlingstjeneste skal ha ansvar for å tilby høyspesialisert helsehjelp på tredjelinjenivå som kan omfatte diagnostikk og påfølgende hormonell og/eller kirurgisk behandling. I tillegg anbefaler ekspertgruppa at behandlingstjenesten skal tilby vurdering av kompliserte endokrinologiske tilfeller som det ikke er tilstrekkelig kompetanse til på regionalt og lokalt nivå.

Mindretallet mener at flertallets anbefaling kan få alvorlige konsekvenser for en videre drift av NBTS.

Mindretallet anbefaler at nåværende helsetjenestetilbud ved NBTS styrkes.

Et annet mindretall anbefaler at for å ivareta alle diagnoser innenfor kjønnsidentitetstematikk i ICD-10, bør dagens nasjonale behandlingstjeneste endres til en flerregional behandlingstjeneste som kun skal etableres ved to helseforetak, og som kan utrede og behandle alle diagnoser innenfor kjønnsidentitetstematikk i ICD-10. Det vil si i praksis at virksomheten ved OUS videreføres og at det etableres en behandlingstjeneste i ytterligere helseforetak. Med et svært lite pasientvolum vil behandlingstjeneste i to helseforetak være tilstrekkelig for å ivareta alle grupper som i dag utredes og får diagnosene



F.64.0, F.64.2, F.64.8 og F.64.9. Dette vil også muliggjøre fornyet medisinsk vurdering ved behov i Norge. NBTS, OUS vil beholde ansvar for behandlingstjeneste for F64.0.

I anbefalingene som gjelder spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og ungdom, har ekspertgruppa delt seg i et flertall og et mindretall.

Når det er behov for utredning og behandling av barn og unge på spesialisthelsetjenestenivå, bør dette etter flertallets syn som hovedregel skje i regi av de regionale helseforetakene. Bare i de tilfeller hvor det er behov for høyspesialisert kompetanse, skal barn og ungdom henvises til NBTS.

Mindretallet mener at flertallets anbefaling for behandling for barn med kjønnsdysfori vil medføre at nåværende nasjonale behandlingstjeneste for barn med kjønnsdysfori vil bli lagt ned. Mindretallet viser til at NBTS har siden 2005 bygget opp et behandlingstilbud med høykvalifisert helsepersonell med kompetanse på å ivareta barn med kjønnsdysfori og er det eneste stedet i Norge med en tverrfaglig spesialist kompetanse på behandling av barn.

Flertallet anbefaler at de regionale helseforetakene skal sørge for endokrinologisk behandling, og annen nødvendig helsehjelp til barn og unge ved ubehag og plager ved kjønnsinkongruens. Dersom pasientens behov bare kan dekkes ved høyspesialisert kompetanse, skal pasienten henvises til NBTS.

Mindretallet anbefaler at nåværende behandling for barn med kjønnsdysfori ved NBTS må styrkes. Mindretallet mener det er viktig å bygge opp kompetansen på ett eller maks to helseforetak, for å kunne kvalitetssikre at barn får en kontinuitet i behandlingen som er avgjørende for at de skal få faglig trygg og riktig behandling. Antall barn med kjønnsdysfori er etter mindretallets syn for lite til at det er faglig forsvarlig å etablere behandlingstilbud på flere helseforetak. Mindretallet anser det som viktig at barn blir fulgt tett opp lokalt, samtidig som barna har jevnlig oppfølging på NBTS og eventuelt ytterligere helseforetak.

### **Nasjonale faglige retningslinjer**

Beslutningen om hvilken helsehjelp som tilbys, skal tas av kvalifisert helsepersonell etter en faglig vurdering i samråd med pasienten. Mangel på tydelige, transparente og faglige begrunnelser for hvem som vurderes å ha helsegevinst av kjønnsbekreftende helsehjelp kan ha bidratt til at personer som opplever kjønnsdysfori ikke har søkt helsehjelp, eller at enkelte er gitt mer behandling enn de i utgangspunktet hadde behov for.

Ekspertgruppas arbeid har synliggjort et stort behov for å systematisere og tydeliggjøre innholdet i helsehjelpen til personer med kjønnsdysfori.

Ekspertgruppa anbefaler at det utarbeides en nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori.

### **Sterilisering og kastrasjon**

Den enkeltes opplevelse av å ha primære kjønnskarakteristika som ikke samsvarer med egen kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk, kan være en belastning som kan føre til et behov for å få gjennomført et kastrasjonsinngrep som et ledd i en kjønnsbekreftelsesprosess.

Ekspertgruppa anbefaler at de alminnelige reglene i Lov om pasient- og brukerrettigheter legges til grunn dersom en person ønsker å gjennomgå kastrasjon/sterilisering i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling. På grunn av tiltakets art bør det gjelde en 18 års aldersgrense.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>FORORD</b> .....	<b>I</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>III</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>IX</b>
<b>1. EKSPERTGRUPPAS ARBEID</b> .....	<b>1</b>
1.1 Ekspertgruppas mandat .....	1
1.2 Sammensetning av ekspertgruppa .....	1
1.3 Ekspertgruppas sekretariat .....	2
1.4 Arbeidsform og kunnskapsgrunnlag .....	3
1.5 Interdepartemental arbeidsgruppe og anmodning om delrapport .....	4
1.6 Sammenfatning av ekspertgruppas anbefalinger .....	5
1.6.1 Vilkår og prosedyrer for endring av juridisk kjønn .....	5
1.6.2 En helhetlig helsetjeneste for personer som opplever kjønnsdysfori .....	6
<b>2. DEFINISJONER, BEGREPER, FOREKOMST</b> .....	<b>8</b>
2.1 Personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori .....	8
2.1.1 Å ikke være kjønnsnormativ .....	9
2.2 Rapportens begreper .....	9
2.3 Diagnoser relatert til kjønnsinkongruens .....	11
2.3.1 ICD 10 .....	11
2.3.2 Arbeidet med ICD 11 .....	12
2.3.3 DSM V .....	13
2.4 Forekomst .....	14
2.4.1 Metoder og definisjoner .....	14
2.4.2 Barn og unge .....	15

2.4.3	Forekomst i Norge .....	15
<b>3.</b>	<b>HISTORISK TILBAKEBLIKK.....</b>	<b>16</b>
<b>4.</b>	<b>LEVEKÅR OG LIVSKVALITET FOR PERSONER MED KJØNNSINKONGRUENS.....</b>	<b>19</b>
4.1	Innledning.....	19
4.2	Sosiale forhold.....	20
4.2.1	Familie og venner .....	20
4.2.2	Skole og arbeid .....	20
4.2.3	Offentlig rom og offentlige institusjoner .....	21
4.2.4	Vold.....	22
4.2.5	Sexarbeid.....	23
4.3	Helseutfordringer .....	23
4.3.1	Tilgang på helsehjelp og kompetanse i helsetjenesten .....	23
4.3.2	Høy risiko for helsetap og selvmord.....	24
4.3.3	Helsefremmende faktorer.....	25
4.4	Seksuell og reproduktiv helse .....	26
4.4.1	Muligheter og begrensninger i reproduktive muligheter .....	26
4.4.2	Utsatthet og prevalens av seksuelt overførbare sykdommer.....	28
<b>5.</b>	<b>HELSEHJELP TIL PERSONER SOM OPPLEVER KJØNNSDYSFORI.....</b>	<b>29</b>
5.1	Internasjonale retningslinjer .....	29
5.1.1	WPATH Standards of Care .....	29
5.1.2	Endocrine Society - Clinical Practice Guidelines .....	30
5.2	Andre lands nasjonale retningslinjer og veiledere.....	30
5.2.1	Sverige .....	31
5.2.2	Storbritannia.....	32

5.2.3	Skottland .....	32
5.2.4	Nederland .....	32
5.3	Helsetilbud i Norge .....	33
5.3.1	Kommunehelsetjenestens tilbud .....	33
5.3.2	Spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud.....	34
5.3.3	Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS).....	39
5.3.4	Behandling i utlandet – oppfølging i Norge .....	55
5.3.5	Tilbud fra andre .....	56
<b>6.</b>	<b>AKTUELLE BRUKER- OG INTERESSEORGANISASJONER OG LAVTERSKELTILBUD .....</b>	<b>59</b>
6.1	Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS) .....	59
6.2	Forbundet for transpersoner (FTPN).....	59
6.3	Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) .....	60
6.4	Skeiv Ungdom.....	60
6.5	Skeiv Verden.....	61
6.6	Stensveen ressurscenter .....	61
<b>7.</b>	<b>FASTSETTELSE OG ENDRING AV JURIDISK KJØNN.....</b>	<b>63</b>
7.1	Lov om folkeregistrering .....	63
7.2	Dagens forvaltningspraksis.....	64
7.2.1	Kastrasjonskravets historiske bakgrunn.....	65
7.3	Lov om sterilisering .....	66
7.3.1	Om forarbeidene til Steriliseringsloven .....	67
7.4	Forslag om ukjønnnet personidentifikator i folkeregistret.....	67
<b>8.</b>	<b>JURIDISKE RAMMER.....</b>	<b>69</b>
8.1	Menneskerettslige forpliktelser .....	69

8.1.1	Innledning.....	69
8.1.2	Forbudet mot diskriminering .....	70
8.1.3	Retten til privatliv.....	71
8.1.4	Nærmere om krav om sterilisering/kastrering som vilkår for endring av juridisk kjønn .....	74
8.1.5	Retten til helsehjelp .....	77
8.1.6	Barns rettigheter.....	77
8.2	Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk og lov om likestilling mellom kjønn.....	78
8.2.1	Forarbeidene - reformering av diskrimineringsvernet.....	78
8.2.2	Nærmere om lovens innhold .....	80
8.2.3	Avgjørelser.....	81
8.3	Helselovgivingen.....	82
8.3.1	Retten til helsehjelp og plikten til å sørge for helsetjenester .....	82
8.3.2	Pasientens rett til selvbestemmelse .....	85
8.4	Retten til behandlingshjelpemidler og hjelpemidler for bedring av funksjonsevnen . .....	86
8.4.1	Spesialisthelsetjenesteloven .....	87
8.4.1	Folketrygdloven.....	88
8.5	Hårfjerning som behandling.....	89
8.6	Logopedbehandling .....	90
8.7	Lagring av kjønnsceller .....	90
<b>9.</b>	<b>INTERNASJONALE FORHOLD.....</b>	<b>92</b>
9.1	Sverige .....	92
9.2	Danmark.....	94

9.3	Storbritannia.....	95
9.4	Tyskland.....	96
9.5	Nederland.....	97
9.6	Malta .....	97
9.7	Australia.....	98
9.8	New Zealand.....	98
9.9	Argentina .....	99
9.10	India.....	99
9.11	Pakistan .....	100
9.12	Nepal .....	100
<b>DEL II Ekspertgruppas vurderinger og anbefalinger .....</b>		<b>102</b>
<b>10. VILKÅR OG PROSEDYRER FOR ENDRING AV JURIDISK KJØNN .....</b>		<b>102</b>
10.1	Gjeldende vilkår.....	102
10.2	Nye vilkår for endring av juridisk kjønn.....	104
10.3	Krav om en informert beslutning .....	107
10.3.1	Svarslippordning.....	107
10.3.2	Selvalgt eller pålagt refleksjonsperiode .....	108
10.4	Endring av juridisk kjønn for barn .....	111
10.4.1	Begjæring om endring av juridisk kjønn fra verge .....	114
10.4.2	Begjæring om endring av juridisk kjønn for barn over 16 år .....	115
10.5	Mulighet for å endre juridisk kjønn flere ganger .....	116
10.6	Adgang til rettslig overprøving av avslag på begjæring om endring av juridisk kjønn .....	116
10.7	Fremtidig hjemmel for regler om offentlig registrering av den enkeltes kjønn ....	117
10.8	Særlige spørsmål for personer som ikke har norsk statsborgerskap.....	118

10.8.1	Hvem reglene skal gjelde for .....	118
10.8.2	Utenlandske statsborgere som har endret juridisk kjønn utenfor Norge .....	119
10.9	En tredje kjønnskategori .....	119
<b>11.</b>	<b>EN HELHETLIG HELSETJENESTE FOR PERSONER SOM OPPLEVER KJØNNSDYSFORI.....</b>	<b>122</b>
11.1	Retten til helsehjelp .....	123
11.2	Økt kompetanse om kjønnsdysfori i alle deler av helsetjenestene .....	126
11.3	Kommunehelsetjenestens tilbud .....	129
11.3.1	Tilbudet til voksne .....	129
11.3.2	Tilbudet til barn før puberteten .....	131
11.4	Spesialisthelsetjenestens tilbud .....	132
11.5	Hva slags helsetjenester skal tilbys .....	140
11.6	Hjelpemidler og hårfjerning .....	141
11.7	Sterilisering og kastrasjon .....	142
<b>12.</b>	<b>ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER .....</b>	<b>144</b>
12.1	Selvbestemt juridisk kjønn .....	144
12.2	Flere har rett på helsehjelp .....	145
12.3	Rett helsehjelp på rett nivå .....	146
12.4	Nasjonale faglige retningslinjer .....	147
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>148</b>
	<b>Lover, forarbeider, utredninger m.m .....</b>	<b>154</b>
	<b>Vedlegg 1: Oversikt over pasienter med F 64-diagnoser i Norge 2008 – 2013 .....</b>	<b>156</b>
	<b>Vedlegg 2: Oversikt over forskningsaktivitet og publisert forskning ved NBTS .....</b>	<b>162</b>
	<b>Vedlegg 3: Tanners tabell for pubertetsinndeling .....</b>	<b>169</b>
	<b>Vedlegg 4: Skisse til infoskriv ved eventuell svarslipp/refleksjonsordning for endring av juridisk kjønn .....</b>	<b>170</b>
	<b>Vedlegg 5: Engelsk sammendrag – English summary .....</b>	<b>173</b>



# **1. EKSPERTGRUPPAS ARBEID**

## **1.1 Ekspertgruppas mandat**

I oppnevning fra Helsedirektoratet i desember 2014 ble ekspertgruppa gitt følgende mandat:

1. Gjennomgå nasjonale og internasjonale retningslinjer, veiledere, prosedyrer mv. som gjelder diagnostikk, behandling og oppfølging av personer med transseksualisme og transpersoner.
2. Gjennomgå eksisterende utrednings- og behandlingstilbud i Norge til personer med transseksualisme og transpersoner.
3. Gjennomgå gjeldende regelverk og forvaltningspraksis i saker som gjelder endring av juridisk kjønn, samt vurdere om disse er i tråd med Norges menneskerettslige forpliktelser.
4. Vurdere hvorvidt kravet om sterilisering bør bortfalle og konsekvenser av et eventuelt bortfall av kravet.
5. Vurdere hvilke kriterier som bør gjelde for endring av juridisk kjønn.
6. Vurdere behovene for og foreslå endringer i dagens pasient- og behandlingstilbud, samt eventuelle andre tiltak for å sikre personer med transseksualisme og transpersoner helhetlige og gode pasientforløp i alle deler av helsetjenestene. Herunder ligger også å vurdere behov for egne retningslinjer for fagområdene.
7. Vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av foreslåtte tiltak.

## **1.2 Sammensetning av ekspertgruppa**

Ekspertgruppa har hatt følgende sammensetning:

Kari Paulsrud, advokat og ekspertgruppas leder. Advokatkollegiet Kindem & co, Oslo.

Stefan Arver, endokrinolog. Seksjonssjef ved Senter for andrologi og seksualmedisin, Karolinska universitetssykehus, Stockholm.

Ira Haraldsen, psykiater. Leder ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst RHF.

Trond Aarre, psykiater. Avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter, Helse Vest RHF.

Line Merete Tangen Aanerød, spesialist i klinisk voksenpsykologi og sexolog. Psykosomatisk institutt, Skien.

Asle Offerdal, spesialist i klinisk voksenpsykologi. Egen praksis, Oslo

Thomas Mørk Tønseth, spesialist i allmenntidisin, spesialist sexologisk rådgivning NACS. Brynsenglegene, Oslo

Hege Raastad Basmo, spesialist i samfunnsmedisin. Leder for Samfunnsmedisinsk enhet for Hamar-regionen, kommuneoverlege i Hamar kommune.

Britt Ingjerd Nesheim, professor emerita, dr.med, spesialist i obstetrikk og gynekologi, Universitet i Oslo.

Esben Esther Pirelli Benestad, professor, lege, spesialist i klinisk sexologi NACS. Universitetet i Agder og Grimstad MPAT-Institutt/NB22.

Trine Fernsjø, jurist. Nestleder i Trygderetten, Oslo.

Thom Arne Hellerslia. Dommer, Kristiansand tingrett.

Ingun Wik, pediatrik sykepleier og helsesøster. Ledende helsesøster ved helsestasjon for LHBT- ungdom, Oslo.

Janneke van der Ros. Førsteamanuensis i statsvitenskap, Høgskolen i Lillehammer

Tone Maria Hansen. Daglig leder, Harry Benjamin ressurscenter.

Jan Elisabeth Lindvik. Nestleder og daglig leder i Forbundet for transpersoner i Norge.

Luca Dalen Espseth. Rådgiver for kjønns mangfold, Landsforeningen for lesbiske, homofile og transpersoner.

Line Halvorsrud. Leder, Skeiv Ungdom.

### **1.3 Ekspertgruppas sekretariat**

Helsedirektoratet har vært sekretariat for ekspertgruppa. Sekretariatet har bestått av:

Arild Johan Myrberg, prosjektleder.

Ingvil Thallaug Øverli, sekretær for ekspertgruppa.

Cecilie Aasen, seniorrådgiver.

## 1.4 Arbeidsform og kunnskapsgrunnlag

Ekspertgruppa har gjennomført åtte heldagsmøter fra januar 2014 til februar 2015, hvorav ett møte gikk over halvannen dag. De tre første møtene fra januar til august 2014 ble i sin helhet benyttet til å danne et felles kunnskapsgrunnlag i gruppa.

Ekspertgruppas samlede kunnskaper og erfaringer med rapportens tematikk danner grunnlaget for anbefalingene som gis om vilkår for endring av juridisk kjønn og for styrking av tilbud om helsehjelp, basert på kunnskapsbasert praksis i tjenesteapparatet. Med kunnskapsbasert praksis menes her kombinasjoner av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning.

Det foreligger lite evidensbasert kunnskap når det gjelder effekt av helsehjelp til personer som har plager og ubehag ved kjønnsdysfori. Det foreligger heller ikke norske veiledere eller faglige retningslinjer for hvilken helsehjelp som bør tilbys målgruppene. Relevante kunnskapsbaserte faglige retningslinjer og veiledere fra utlandet er blitt gjennomgått av ekspertgruppa og drøftet opp mot norske forhold.

Omfanget og innholdet i dagens tilbud og kliniske praksis har vært fragmentarisk og mangelfullt beskrevet. For å fremskaffe et faktagrunnlag som gir et godt bilde av hvilken helsehjelp som er tilgjengelig for målgruppene i dag (rapportens del I) har ekspertgruppa basert seg på rapporter, publiserte artikler, intervjuer med tjenesteytere og behandlings- og forskningsprotokoller. Også her har den akkumulerte kliniske, juridiske og samfunnsvitenskapelige erfaringen blant medlemmene og inviterte fagpersoner vært avgjørende. Det samme gjelder et stort tilfang av bruker- og pasienterfaringer.

Det har vært gjennomført flere bilaterale møter mellom ekspertgruppas leder/sekretariat og ulike faggrupper ved Oslo universitetssykehus for å innhente tilstrekkelig informasjon til å gi et fyllestgjørende bilde av dagens tilbud om helsehjelp til målgruppene.

Helsedirektoratets bibliotek har bistått med fremskaffelse av litteratur.

I forbindelse med fellesmøtene har følgende eksterne personer eller virksomheter vært invitert for presentasjoner og dialog med gruppa:

- Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, Oslo universitetssykehus (presentasjoner av det psykiatriske utredningsforløpet, endokrinologisk- og kirurgisk behandling).
- Stipendiat Anniken Sørлие, juridisk fakultet, Universitetet i Oslo (presentasjon av mastergradsoppgave om sterilisering som vilkår for endring av juridisk kjønn).

- Organisasjonen Skeiv Verden (presentasjoner av arbeidet med etniske minoriteter og kjønnsinkongruens).
- Sosialstyrelsen (presentasjon av bakgrunn, utarbeidelse og innhold i faglige veiledere for helsehjelp til personer med kjønnsdysfori i Sverige).
- Stensveen Ressurssenter (presentasjon av tilbud og erfaringer fra arbeid blant målgruppene).

Lederen for gruppa, enkeltmedlemmer og/eller sekretariatet har gjennomført møter med følgende eksterne personer eller virksomheter:

- World Professional Association for Transgender Health (WPATH) v/styreleder Jamison Green
- Foreldreforeningen i Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS)
- Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO)
- LHBT-senteret i Barne, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir)
- Stensveen Ressurssenter

Lederen for gruppa og/eller sekretariatet har deltatt og/eller holdt innlegg på følgende møter, seminarer mv.:

- Konferansen «Transgender Health from Global Perspectives», WPATH, Bangkok, 14.-18. februar 2014.
- Paneldebatten «Når staten bestemmer hvem du er», Amnesty International, Oslo, 26. juni 2014.
- Presentasjon og dialog om gruppas arbeid på HBRS' sommerleir, Tjøme, 4. august 2014.
- Utvekslingsmøte «Enhancing the capacity of relevant authorities to implement standards of CM/Rec(2010)5 regarding the legal gender recognition of transgender persons», Europarådet, Athen, 20. oktober 2014
- Konferansen "Sexual Freedom, Equality and the Right to Gender Identity as a Site of Legal and Political Struggles", Universitetet i Oslo, 11.-12. desember 2014.

### **1.5 Interdepartemental arbeidsgruppe og anmodning om delrapport.**

Regjeringens besluttet 20. oktober 2014 å styrke det pågående utredningsarbeidet i ekspertgruppa ved å nedsette en interdepartemental arbeidsgruppe bestående av Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justisdepartementet og Finansdepartementet for å utrede og foreslå endringer i dagens vilkår for endring av juridisk kjønn.

Helse- og omsorgsdepartementet anmodet i brev til Helsedirektoratet datert 13. november 2014 om en delrapport fra ekspertgruppa. Intensjonen med delrapporten var at den interdepartementale arbeidsgruppa skulle få et best mulig grunnlag for sitt arbeid og unngå forsinkelser. Delrapporten inneholder bakgrunn og anbefaling om fjerning av dagens steriliseringskrav, samt drøfting og tentative anbefalinger om alternative vilkår for fastsettelse og endring av juridisk kjønn. Delrapporten ble overlevert 15. desember 2014.

Ekspertgruppas anbefalinger i delrapporten om endring av juridisk kjønn er også inntatt i denne rapport. Som en følge av arbeidet med delrapporten godkjente Helse- og omsorgsdepartementet ny frist for levering ekspertgruppas hovedrapport til 27. februar 2015.

## **1.6 Sammenfatning av ekspertgruppas anbefalinger**

I det følgende oppsummeres ekspertgruppas anbefalinger for hvilke vilkår og prosedyrer som skal ligge til grunn for endring av juridisk kjønn, samt ekspertgruppas anbefalinger for organisering av en helhetlig helsetjeneste for personer som opplever kjønnsdysfori. For vurderinger til grunn for hver anbefaling, se rapportens kapittel 10 og 11.

### **1.6.1 Vilkår og prosedyrer for endring av juridisk kjønn**

- 1. Ekspertgruppa anbefaler at en egenerklæring til folkeregistermyndigheten skal være tilstrekkelig for endring av juridisk kjønn.*
- 2. Ekspertgruppa anbefaler at den som søker om å endre juridisk kjønn får tilsendt et informasjonsskriv om konsekvensene av juridisk kjønnsendring, for så å måtte bekrefte sin søknad.*
- 3. Flertallet i ekspertgruppa anbefaler at det ikke skal stilles krav om en pålagt refleksjonsperiode for endring av juridisk kjønn.*
- 4. Et mindretall i ekspertgruppa anbefaler at erklæringsmodellen kombineres med et krav om en tidsbestemt refleksjonsperiode.*
- 5. Ekspertgruppa anbefaler at aldersgrensen for retten til å begjære endring av juridisk kjønn kun basert på egenerklæring skal være 18 år.*
- 6. Ekspertgruppa anbefaler at verger gis rett til å fremsette egenerklæring om endring av juridisk kjønn for barn etter godkjenning av Fylkesmannen. Barnet skal høres og dersom barnet har fylt 12 år er det et vilkår for godkjenning at barnet har samtykket.*
- 7. Ekspertgruppa anbefaler at ungdom mellom 16 og 18 år selv skal kunne framsette egenerklæring om endring av juridisk kjønn. Barnets verger skal bli informert, med mindre særlige grunner taler mot det. Dersom en eller begge vergene motsetter seg endring av juridisk kjønn, eller ikke er informert, må det foreligge godkjenning av Fylkesmannen.*

8. Ekspertgruppa anbefaler at personer som tidligere har endret juridisk kjønn, gis mulighet til å endre juridisk kjønn på nytt dersom det foreligger særlige grunner.
9. Ekspertgruppa anbefaler at et avslag på begjæring om endring av kjønn skal kunne bringes inn for domstolene for rettslig overprøving.
10. Ekspertgruppa anbefaler at vilkår for endring av juridisk kjønn reguleres i lov.
11. Ekspertgruppa anbefaler at alle som i Det sentrale folkeregister er registrert som bosatt her i riket og har til hensikt å bli boende her varig, skal ha rett til å søke om endring av juridisk kjønn.
12. Ekspertgruppa anbefaler at det snarest skal innføres en praksis der Norge anerkjenner det juridiske kjønn en person har fått fastsatt av kompetent myndighet i utlandet, etter angjeldende lands lov.
13. Ekspertgruppa anbefaler at spørsmålet om innføring av en tredje kjønnskategori utredes nærmere.

#### **1.6.2 En helhetlig helsetjeneste for personer som opplever kjønnsdysfori**

14. Ekspertgruppa anbefaler at flere enn de som i dag har et tilbud i helsetjenesten, skal tilbys behandling og oppfølging i tilknytning til ubehag og plager ved kjønnsinkongruens.
15. Ekspertgruppa anbefaler at de regionale helseforetakene setter i verk nødvendige tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til å kunne gi forsvarlig helsehjelp ved kjønnsdysfori.
16. Ekspertgruppa anbefaler at fastleger og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten får en tydeligere rolle i helsehjelpen til personer som opplever kjønnsdysfori.
17. Ekspertgruppa anbefaler at kommunene skal ha tilbud om råd og veiledning til foreldre, barnehage, skole og andre når et barn skiller seg ut fra omverdenens forventninger til kjønn.
18. Ekspertgruppas flertall anbefaler at hvert regionalt helseforetak skal sørge for å ha tilgjengelig endokrinologisk behandling, kirurgi (med unntak av genitalkirurgi) og annen nødvendig helsehjelp for voksne som opplever kjønnsdysfori. Dersom pasientens behov bare kan dekkes ved høyspesialisert kompetanse, skal pasienten henvises til NBTS.
19. Ekspertgruppas flertall anbefaler at en nasjonal behandlingstjeneste skal ha ansvar for å tilby høyspesialisert helsehjelp på tredjelinjenivå som kan omfatte diagnostikk og påfølgende hormonell og/eller kirurgisk behandling. I tillegg anbefaler ekspertgruppa at behandlingstjenesten skal tilby vurdering av kompliserte endokrinologiske i tilfeller som det ikke er tilstrekkelig kompetanse til på regionalt og lokalt nivå.

20. Ekspertgruppas mindretall anbefaler at nåværende helsetjenestetilbud ved NBTS styrkes.
21. Et annet mindretall (medlemmet Hansen) anbefaler at for å ivareta alle diagnoser innenfor kjønnsidentitetstematikk i ICD-10, bør dagens nasjonale behandlingstjeneste endres til en flerregional behandlingstjeneste som kun skal etableres ved to helseforetak, og som kan utrede og behandle alle diagnoser innenfor kjønnsidentitetstematikk i ICD-10. Det vil si i praksis at virksomheten ved Oslo universitetssykehus HF videreføres og at det etableres en behandlingstjeneste i ytterligere helseforetak. Med et svært lite pasientvolum vil behandlingstjeneste i to helseforetak være tilstrekkelig for å ivareta alle grupper som i dag utredes og får diagnosene F.64.0, F.64.2, F.64.8 og F.64.9. Dette vil også muliggjøre en second opinion i Norge. OUS-Rikshospitalet vil beholde ansvar for behandlingstjeneste for F64.0.
22. Ekspertgruppas flertall anbefaler at de regionale helseforetakene skal sørge for endokrinologisk behandling, og annen nødvendig helsehjelp til barn og unge ved ubehag og plager ved kjønnsinkongruens. Dersom pasientens behov bare kan dekkes ved høyspesialisert kompetanse, skal pasienten henvises til NBTS.
23. Mindretallet anbefaler at nåværende behandling for barn med kjønnsdysfori på NBTS må styrkes. Mindretallet mener det er viktig å bygge opp kompetansen på ett eller maks to helseforetak, for å kunne kvalitetssikre at barn får en kontinuitet i behandlingen som er avgjørende for at de skal få faglig trygg og riktig behandling. Mindretallet anser det som viktig at barn blir fulgt tett opp lokalt, samtidig som barna har jevnlig oppfølging på NBTS og eventuelt ytterligere helseforetak.
24. Ekspertgruppa anbefaler at det utarbeides en nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori.
25. Ekspertgruppa anbefaler at det foretas en gjennomgang og tilpasning av gjeldende regelverk på dette området slik at ordningene framstår faglig konsistente, likeverdige og individuelt tilpassede.
26. Ekspertgruppa anbefaler at de alminnelige reglene i Lov om pasient- og brukerrettigheter legges til grunn dersom en person ønsker å gjennomgå kastrasjon/sterilisering i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling. På grunn av tiltakets art bør det gjelde en 18 års aldersgrense.

## 2. DEFINISJONER, BEGREPER, FOREKOMST

### 2.1 Personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori

Denne rapportens beskrivelser, vurderinger og anbefalinger gjelder personer som opplever eller har opplevd *kjønnsinkongruens* og *kjønnsdysfori*.

Kjønnsinkongruens viser til en tilstand hvor en person opplever at det ikke er samsvar mellom egen kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk og det kjønn vedkommende ble tillagt ved fødselen. Dette kan ofte lede til *kjønnsdysfori*; dvs. psykisk smerte, dypt ubehag eller plager ved det manglende samsvaret (inkongruensen) mellom kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk og det kjønn som ble tillagt ved fødselen.<sup>1</sup> Personer som opplever kjønnsdysfori har ofte behov for helsehjelp for å kunne oppnå mest mulig samsvar mellom kjønnsidentitet og egen kropp. All helsehjelp i denne sammenhengen må ta sikte på å redusere eller fjerne kjønnsdysforien og legge grunnlag for økt livskvalitet for den enkelte.

Med *kjønnsidentitet* menes det eller de kjønn den enkelte opplever og identifiserer seg med. Denne opplevelsen kan være i samsvar - eller bryte med, det kjønn en ble tillagt ved fødselen. Med *kjønnsuttrykk* menes hvordan kjønnsidentiteten bevisst eller ubevisst uttrykkes, for eksempel med stemme, klær, kroppsspråk, sminke eller frisyre.

Begrepet *transperson* brukes ofte som samlebetegnelse for ulike grupper av personer med kjønnsinkongruens.<sup>2</sup> Internasjonalt fungerer begrepet *transgender* (*transkjønnet*) som paraplybegrep for alle mennesker som opplever et manglende samsvar mellom det kjønn en ble tilskrevet ved fødsel, og den kjønnsidentitet eller det kjønnsuttrykk en har. Bakgrunnen for at ekspertgruppa i sin rapport ikke anvender det begrepet som samlebetegnelse, er at ikke alle personer som opplever kjønnsinkongruens ønsker å regnes som transpersoner, eller er fortrolig med begrepet transkjønnet.

Generelt i rapporten vil begrepsbruken gjenspeile en forståelse av at kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori er tilstander personer kan *oppleve*, men som ikke gir omverdenen rett til å bestemme hvordan de skal betegnes. Begrepene kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori beskriver et bredt mangfold av personer med ulike opplevelser: De kan omfatte personer som selv betegner seg som transperson, transseksuell eller transkjønnet og personer som har forskjellige kjønnsuttrykk og veksler mellom disse. De kan omfatte personer som har en

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen i Sverige har valgt å bruke begrepet «könsdysfori» gjennomgående i sin nasjonale faglige veileder.

<sup>2</sup> Se for eksempel NOU 2009:14 Et helhetlig diskrimineringsvern, s. 135 og Prop. 88 L (2012-2013). s. 110-111



identitet som gutt, jente, mann eller kvinne og betegner seg slik. De kan omfatte personer som har en av diagnosene F 64.0, F 64.2, F 64.8 og F. 64 9 (se beskrivelse under), og personer som er under utredning for disse diagnosene. De kan omfatte personer som gjennomgår, planlegger å gjennomgå, eller har gjennomgått psykologisk, hormonell og/eller kirurgisk behandling der den medisinske indikasjonen er knyttet til en av de nevnte betegnelsene eller diagnosene. Dette er ikke en uttømmende beskrivelse av de grupper som omfattes, da opplevelsen av kjønnsinkongruens er subjektiv og har ulik betydning og ulikt omfang hos hver enkelt person.

Kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori handler om oppfatning av eget kjønn, og må ikke forveksles med seksuell orientering, preferanse eller tiltrekning.

### **2.1.1 Å ikke være kjønnsnormativ**

Hvordan kjønn forstås og hva slags forventninger som knyttes til personers kjønn, varierer mellom kulturer og samfunn. I mange samfunn, som Norge, råder som regel en *tokjønnsmodell* der det både juridisk og sosialt i de fleste tilfeller kun er tilrettelagt for to kjønn; mann og kvinne. I et slikt samfunn kan man finne sterke normer for hva slags atferd som anses som "naturlig" for kjønnene, særlig assosiert med klesdrakt og fysisk fremtoning. Det å ikke være *kjønnsnormativ* refererer til at en persons kjønnsidentitet, kjønnsrolle, og/eller kjønnsuttrykk skiller seg fra de sosiale og kulturelle normene som gjelder i samfunnet for det kjønnnet vedkommende ble tillagt ved fødselen. Det at en person på denne måten skiller seg ut fra kulturelle normer behøver ikke å innebære at personen opplever kjønnsinkongruens og eventuelle plager tilknyttet dette, selv om det kan være tilfellet.

## **2.2 Rapportens begreper**

Som nevnt over, brukes brukes både begrepet kjønnsinkongruens og begrepet kjønnsdysfori i rapporten. I deler av rapporten som omhandler helsetilbud vil fortrinnsvis kjønnsdysfori anvendes, da dette viser til personer som opplever psykisk smerte, dypt ubehag eller plager på grunn av sin tilstand. Slik omfattes primært personer som har behov for helsehjelp og bistand fra helsepersonell.

Andre begreper enn kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori vil anvendes i noen tilfeller. Dette er i sammenhenger hvor det refereres spesifikt til andre lands bruk av begreper. Eksempelvis oversettes «transgender» med transperson, da begrepet «transkjønnet» i liten grad anvendes i norsk språk i dag. Der det spesifikt er tale om diagnosen transseksualisme vil det komme tydelig frem. I direkte sitater og gjengivelser av eksempelvis skriftlige arbeider som publisert forskning, utredninger, proposisjoner og offisielle uttalelser vil den originale begrepsbruken beholdes.

Rettslige og medisinske tiltak den enkelte kan ha behov for i tilknytning til kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori, omtales i rapporten som «kjønnsbekreftende» og «kjønnsbekreftelsesprosess». Dette for å understreke at den enkelte ikke nødvendigvis opplever å gjennomgå et «kjønnskifte» eller en «kjønnskorrigerende». De sistnevnte begrepene kan oppleves misvisende for dem det gjelder, da begrepene legger til grunn at *kjønnsidentiteten* endres, mens det i realiteten er juridiske formalia og/eller kjennetegn ved kroppen som endres til å stemme overens med kjønnsidentiteten.

Når helsehjelp tilknyttet kjønnsdysfori omtales, benyttes begrepet «kjønnsbekreftende helsehjelp». Dette begrepet viser til all helsehjelp som tar sikte på å redusere eller fjerne kjønnsdysfori hos den enkelte pasient, ved for eksempel å justere kjennetegn ved kroppen til å stemme overens med den enkeltes kjønnsidentitet. «Kjønnsbekreftende helsehjelp» står i motsetning til begreper som «kjønnskifteoperasjon» og «kjønnskorrigerende behandling», som, ved siden av å legge til grunn en forståelse av at det er kjønnsidentiteten som endres i denne prosessen, kan skape assosiasjoner til utelukkende de kirurgiske aspekter av kjønnsbekreftende helsehjelp.

Omtale av personers kjønn vil som hovedregel ta utgangspunkt i kvinnelig/mannlig kjønn *tillagt ved fødsel*. På denne måten viser kjønnsangivelsen til hvilket juridiske kjønn den enkelte da ble registrert med, og at angivelsen ikke nødvendigvis gjenspeiler kjønnsidentiteten. I og med at ekspertgruppa ønsker å legge til grunn at den enkeltes opplevelse av kjønnsidentitet per definisjon *er* vedkommende sitt rette kjønn, har det ikke vært mulig å enes om bruk av begreper som «foretrukket kjønn» eller «opplevd kjønn». På samme måte har ikke hele gruppa hatt ønske om å bruke begreper som «transmann/transkvinne» da dette ikke vil favne alle personer som opplever kjønnsinkongruens.

For at meningsinnholdet i deler av rapporten ikke skal bli uklart for leseren, vil begrepene KtM (Kvinne til mann) og MtK (Mann til kvinne) i enkelte sammenhenger benyttes. Likeledes vil begrepet «fødselskjønn» benyttes enkelte ganger, som en forkortet versjon av «kjønn tillagt ved fødsel».

## 2.3 Diagnoser relatert til kjønnsinkongruens

### 2.3.1 ICD 10

Følgende psykiatriske diagnoser relatert til kjønnsinkongruens er innlemmet i WHO<sup>3</sup> sin klassifiseringsmanual ICD 10<sup>4</sup>, under kapitlet «Gender Identity Disorders» (Kjønnsidentitetsforstyrrelser):

#### **Transseksualisme (F 64.0)**

«Sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn. Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen. Ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å gjøre kroppen i mest mulig samsvar med det foretrukne kjønn, er vanlig» (ICD 10).

#### **Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen (F 64.2)**

«Lidelse som debuterer i tidlig barndom (og alltid i god tid før puberteten), kjennetegnet ved et vedvarende og intenst ubehag ved eget kjønn, sammen med et ønske om (eller insistering på) å tilhøre det annet kjønn. Det foreligger vedvarende opptatthet av klærne og aktivitetene til det annet kjønn, samt avsky for individets eget kjønn. Diagnosen krever en dyptgående forstyrrelse av den normale kjønnsidentiteten. Denne koden skal ikke brukes ved bare «gutteaktig» atferd hos jenter og «jenteaktig» atferd hos gutter. Kjønnsidentitetsforstyrrelser hos individer som har nådd, eller som går inn i, puberteten, skal ikke klassifiseres her, men under F66» (ICD 10).

#### **Annen spesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse (F 64.8)**

#### **Annen uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse (F 64.9)**

F 64.8 og F 64.9 benyttes dersom en person ikke fullstendig oppfyller alle kriterier for transseksualisme. Ettersom kodene kun finnes for klassifikasjonstekniske grunner mangler disse underkategoriene i ICD-10 beskrivelser av tilstanden.

---

<sup>3</sup> World Health Organization

<sup>4</sup> Internasjonal statistisk klassifikasjon av sykdommer og relaterte helseproblemer. ICD 10 ble vedtatt av WHO (Verdens Helseorganisasjon) i 1990.

### 2.3.2 Arbeidet med ICD 11

WHO arbeider med en ellefte versjon av ICD, som er ventet ferdigstilt i 2017.

Da WHO i 1992 fjernet homofili fra ICDs klassifisering av psykiatriske diagnoser var dette resultatet av et systematisk arbeid fra grupper som mente at dette ikke kunne betraktes som en sykdom. På samme måte legges det nå økende press på WHO for å sikre at personer som ikke er kjønnsnormative ikke skal beskrives som syke. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) kom i mai 2010 med en sterk oppfordring om å slutte å sykeliggjøre personer som ikke er kjønnsnormative (WPATH Board of Directors, 2010). Det fremkom av erklæringen at "uttrykk for kjønnskarakteristikk, inkludert identiteter som ikke stereotypisk er forbundet med det kjønn en kropp har blitt tillagt ved fødselen, er et vanlig og mangfoldig kulturelt og menneskelig fenomen [som] ikke bør vurderes som iboende patologisk eller negativt" (ibid.). Organisasjoner som ILGA-Europe<sup>5</sup>, TGEU<sup>6</sup> og Amnesty International har kommet med klare oppfordringer til WHO om å fjerne kapitlet «Gender Identity Disorders» fra den psykiatriske klassifiseringen samt å introdusere en alternativ kategori i ICD 11.

Arbeidsgruppen som er nedsatt av WHO for å foreslå revisjoner av ICD-10, er pr i dag enig om at diagnosegruppen «Gender identity disorder» (kjønnsidentitetsforstyrrelser) bør få navnet «Gender incongruence» (kjønnsinkongruens) og flyttes ut av kapitlet om mentale lidelser. Begge disse endringene er ment å gjenspeile den vitenskapelige enigheten på feltet om at det å oppleve manglende samsvar mellom kjønn tildelt ved fødsel og egen kjønnsidentitet ikke er en mental lidelse (Drescher, Cohen-Kettenis og Winter 2012).

I en foreløpig versjon (betaversjon) av ICD 11 som første gang ble publisert i august 2014<sup>7</sup>, har diagnosegruppen «Gender Incongruence» fått en ny plassering under kapitlet «Conditions related to sexual health». Den foreløpige versjonen er ikke endelig godkjent av WHO, og kan kun leses som en indikasjon på hva arbeidsgruppene som reviderer ICD 10 konkluderer med på publiseringstidspunktet.

Den nye ordlyden i diagnosekriteriene for F 64.0 i den foreløpige versjonen viser med tydelighet at arbeidsgruppen ønsker store endringer i ICD 11:

---

<sup>5</sup> The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association – European region

<sup>6</sup> Transgender Europe

<sup>7</sup> Betaversjonen er å finne på: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f577470983>

«Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex, generally including dislike or discomfort with primary and secondary sex characteristics of the assigned sex and a strong desire to have the primary or secondary sex characteristics of the experienced gender. The diagnosis cannot be assigned prior to the onset of puberty. Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood often leads to a desire to 'transition', in order to live and be accepted as a person of the experienced gender. Establishing congruence may include hormonal treatment, surgery or other health care services to make the individual's body align, as much as desired and to the extent possible, with the experienced gender» (WHO 2014).

Diagnosene F 64. 8 og F 64.9, om «spesifisert» og «uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse», er i den foreløpige versjonen foreslått fjernet fra diagnosemanualen i sin helhet, da pasienter som tidligere ville bli gitt disse diagnosene etter de foreslåtte endringene vil bli omfattet av hoveddiagnosen «Kjønnsinkongruens».

Når det gjelder diagnosen F 64.2 Kjønnsidentitetsforstyrrelser i barndommen, er det uenighet i arbeidsgruppen og i fagmiljøene for øvrig om denne i det hele tatt skal videreføres som diagnose. På den ene siden hevdes det at barn med uvanlige kjønnsuttrykk ikke trenger å ha kontakt med helsetjenestene før de kommer i puberteten, og at WHO bør sende signal om at barns utprøving av kjønnsuttrykk er naturlig og ufarlig. På den andre siden påpekes det at en kategorisering i form av diagnose kan være nødvendig i tilfeller hvor omgivelsene ikke vet hvordan de skal forholde seg til et barn med uvanlig kjønnsuttrykk, og barnet og familien av den grunn har behov for støtte og assistanse fra helsetjenestene.

### **2.3.3 DSM V**

De diagnostiske kriteriene for kjønnsidentitetsforstyrrelser eller kjønnsinkongruens er også redegjort for i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM), utgitt av American Psychiatric Association, (APA). Det er nylig (2013) utgitt en femte versjon av manualen som innebærer relativt store endringer på blant annet kjønnsidentitetsfeltet. I DSM-V er betegnelsen «Gender Identity Disorder» fra fjerde versjon, skiftet ut med begrepet «Gender Dysphoria», «kjønnsdysfori» på norsk. Dette reflekterer en bevegelse bort fra at det er identiteten det er noe i veien med, og en forskyving av kjønnsforståelsen fra tokjønnsmodellen til en mangfoldiggjøring av kjønn:

«The experienced gender incongruence and resulting gender dysphoria can take many forms. Gender dysphoria thus is considered to be a multicategory concept rather than a dichotomy, and DSM-V acknowledges the wide variations of gender-incongruent conditions» (American Psychiatric Association 2013).

## 2.4 Forekomst

Å fastsette nøyaktige tall på antall personer som opplever kjønnsinkongruens i løpet av livet er ikke mulig, hverken på verdensbasis eller for Norge. De ulike studiene av forekomst kommer frem til svært ulike resultater. Dette har sammenheng med en rekke forhold, bl.a. ulike undersøkelsesmetoder og ulike definisjoner av gruppene.

### 2.4.1 Metoder og definisjoner

Studier av forekomst viser i de fleste tilfellene til antall personer som har gjennomgått utredning for eller fått en diagnose tilknyttet kjønnsinkongruens, og som eventuelt har gjennomgått hormonell eller kirurgisk behandling på klinikker med kompetanse på dette feltet. Tall på prevalens i denne typen studier spenner fra 1:11 900 til 1:45 000 for mann-til-kvinne (MtK) og 1:30 400 til 1:200 000 for kvinne-til-mann (KtM) (Van der Ros, 2013). Selv med en tilnærmet lik avgrensning av utvalget kommer altså studiene frem til svært ulike resultater.

En annen tilnærming finnes i en nederlandsk befolkningsundersøkelse om seksuell helse. Her skilles det mellom inkongruent og ambivalent kjønnsidentitet, som angir grad av styrke i ubehag grunnet manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og kjønn tillagt ved fødsel. Rundt 5 prosent (1:20) av både kvinner og menn oppga å føle ambivalens eller usikkerhet rundt sin kjønnsidentitet. Omfanget av respondentene som ga uttrykk for kjønnsinkongruens og som ønsket hormonbehandling og/eller kirurgi i tilknytning til dette var betydelig mindre: 0,6 prosent (1:165) av de som hadde blitt tildelt gutt som kjønn ved fødsel ønsket hormonbehandling og/eller kirurgi, mens prosenttallet for dem som hadde blitt tildelt jente som kjønn ved fødsel var 0,2 (1:500) (Kuyper 2012, Van der Ros, Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. 2013).

Forskjellene i resultatene av prevalensberegninger har altså bakgrunn både i ulikheter i respondenters definering av seg selv og i forskjeller i hvem som inngår i tallene: de som har justert kropp og eventuelt identitetspapirer, de som oppsøker hjelp og oppgir behov for kjønnsbekreftende helsehjelp, eller alle som i en undersøkelse oppgir å ha et manglende samsvar mellom kjønn tillagt ved fødselen og selvopplevd kjønn, eller ambivalens til egen kropp.

Flere studier av forekomst påviser en større utbredelse av kjønnsinkongruens blant personer som hadde blitt tildelt gutt som kjønn ved fødsel enn blant personer som hadde blitt tildelt jente som kjønn ved fødsel (Van der Ros, Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. 2013).

Forskjeller i vurderinger av forekomst må også forstås i sammenheng med tilgang til behandling. Der tilbudet er tilgjengelig for flere, er også det kjente omfanget av personer med kjønnsinkongruens større. Den kjente forekomsten av kjønnsinkongruens er økende. Størst forekomst synes man å finne i samfunn med positive holdninger til kjønns mangfold, og god tilgang på helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. Tall viser også at insidensen varierer mellom by og land (Reed, et al. 2009).

#### **2.4.2 Barn og unge**

Prospektive studier av barn, tillagt gutt som kjønn ved fødsel, som viser atypisk kjønnsatferd og kjønnsuttrykk, viser at mellom 70 og 90 % av disse ikke fortsetter å oppleve kjønnsinkongruens som voksne (Wallien og Cohen-Kettenis 2008, Drummond, et al. 2008). Sammenliknet med ellers i befolkningen, vil en større andel av guttebarn med atypisk kjønnsatferd i løpet av ungdomstida finne ut at de er bi- eller homofile, og at de ikke nødvendigvis opplever manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og sitt registrerte kjønn. Tallene for dem med atypisk kjønnsatferd som ble tillagt jente som kjønn ved fødselen, er mindre klare, fordi disse i mindre grad presenteres for helsearbeidere (Wallien og Cohen-Kettenis 2008, Drummond, et al. 2008).

#### **2.4.3 Forekomst i Norge**

Det foreligger ingen publiserte omfangsundersøkelser av forekomst i Norge, hverken når det gjelder personer som opplever noen grad av kjønnsinkongruens, eller personer som søker helsehjelp i forbindelse med kjønnsdysfori.

Tallmateriale fra Norsk pasientregister viser at 148 personer ble registrert for første gang med en F 64-diagnose i 2013. Totalantallet pasienter som i 2013 mottok helsehjelp for en F 64-diagnose kan ikke fastslås nøyaktig. Ved institusjoner innen psykisk helsevern for voksne ble 321 pasienter i 2013 registrert med en F 64-diagnose. Ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) var det per september 2014 registrert rundt 500 pasienter som mottok helsehjelp, herunder diagnostikk og utredning, hormonell og kirurgisk behandling, samt oppfølging under utredning og etter behandling. Av disse var 110 personer under 18 år. Mer om dette tallmaterialet, samt pasienttall på hormonell og kirurgisk behandling i pkt. 5.3.2.1.

### 3. HISTORISK TILBAKEBLIKK

Fenomenet kjønnsinkongruens og personer som på ulike måter bryter med forventningene til kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, har ofte blitt beskrevet i relasjon til utvikling i medisin og psykiatri. Dette kan ha sin bakgrunn i at transseksualisme har vært definert som en psykiatrisk diagnose, og at det blant personer med kjønnsdysfori ofte er behov for medisinsk assistanse. Hvilke psykiatriske forståelser og medisinske behandlingsmuligheter som til en hver tid har vært rådende og tilgjengelige har hatt stor innvirkning på liv og levekår for personer med kjønnsinkongruens. Holdninger i samfunnet til personer som ikke passer inn i en av de to kjønnskategoriene har vært i stadig forandring.

I det følgende presenteres et lite utvalg årstall og hendelser som har påvirket denne utviklingen<sup>8</sup>:

1931: Den tyske sexologen Magnus Hirschfeldt utførte den første vellykkede kjønnsbekreftende behandling. Hirschfeldt var den som introduserte begrepene *transseksualisme* og *transvestisme*. Det tyske sexologi-miljøet og deres utprøving og forskning på hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling ble sterkt svekket på 30- og 40-tallet som en følge av nazistenes jødeforfølgelse.

1953: Den tysk-amerikanske legen og endokrinologen Harry Benjamin gjorde begrepet transseksualisme kjent i etterkrigstiden. Han behandlet mer enn 1500 personer, og hans materiale og forskning har hatt stor betydning for forskning og utvikling av behandlingstilbud på feltet.

1950- og 60-tall: Det var stor debatt blant norske spesialister om hvilken behandling som burde tilbys personer som ble kalt transseksuelle. Uenighetene gikk på effekten av operative inngrep, om det fantes belegg for at behandlingen som ble tilbudt hadde en terapeutisk virkning, eller om det i realiteten var til mer skade enn hjelp (Sørli 2013).

1961: Eddie Espelid blir sannsynligvis den første personen i Norge som får testosteronbehandling for transseksualisme.

1962: Første kvinne til mann kjønnsoperasjon i Norge blir utført på Aker sykehus. J. H. Vogt ved Aker sykehus hadde da ansvaret for KtM-operasjoner.

---

<sup>8</sup> Eksemplene er hentet fra ulike kilder: (Arntzen og Kahrs 2011, Sørli 2013, Anchersen, et al. 1956, Eggen 1979, Ros 2013, Bakkeli og Grønningsæter 2013, Grønningsæter og Haualand 2012), samt HBRS.no



1963: Første mann til kvinne kjønnsoperasjon i Norge blir utført ved Rikshospitalet. Per Anchersen hadde ansvaret for MtK-operasjoner. Etter fjerning av gonader (indre kjønnsorganer) fikk pasientene endret juridisk kjønn og personnummer. Rikshospitalet har siden denne gang utført samtlige kjønnsbekreftende operasjoner i Norge.

1966: Den første organisasjonen for transvestitter i Norge, FTP-NE (Full Personal Expression Northern Europe), blir stiftet. Foreningen har i dag navnet Forbundet for transpersoner.

1974: En fast arbeidsgruppe ved Rikshospitalet bestående av psykiater, plastisk kirurg og endokrinolog etableres.

2000: Behandlingstilbudet ved Rikshospitalet avvikles, og gjenetableres i 2001 som GID-klinikken<sup>9</sup> – senere Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS).

2000: Landsforeningen for transseksuelle (LFTS) blir etablert. Etter en tid skifter denne navn til Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS).

2001: Et rundskriv til navneloven fastslår at personer med kjønnsinkongruens enkelt kan velge et navn i tråd med sin kjønnsidentitet.

2002: Filmen «Alt om min far» om sexologen og transpersonen Esben Esther Benestad Pirelli går på norske kinoer.

2003: NRK sender programmet «Absolutt Tone Maria» om leder i HBRS, Tone Maria Hansen.

2004: Ungdomsorganisasjonen Skeiv Ungdom og den flerkulturelle organisasjonen Skeiv Verden blir stiftet.

2008: Transpersoner blir en del av navnet til LLH - Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner.

2010: Tv-serien «Jentene på Toten» sendes på NRK.

2010: Transvestisme gjøres ugyldig for bruk i den norske versjonen av ICD 10.

2013: Første norske levekårsundersøkelse av personer med kjønnsidentitetstematikk, «Alskens folk» publiseres.

---

<sup>9</sup> GID = Gender Identity Disorder

2013: Dokumentaren «Mann uten penis» om transmannen Luca Dalen Espseth vises på NRK.

2013: Sverige endrer *Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall* av 1972, og det er ikke lenger et kriterium at en person må ha gjennomgått irreversibel sterilisering for å endre juridisk kjønn.

2014: Ny diskrimineringslov som bl. a forbyr diskriminering og trakassering på bakgrunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, trer i kraft.

2014: Danmark endrer Lov om Det Centrale Personregister slik at endring av juridisk kjønn baseres på en egenerklæring uten krav om medisinsk behandling eller kastrasjon.

2014: Tv-serien «Født i feil kropp», om personer som søker, gjennomgår og har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling, vises på TV2.

## 4. LEVEKÅR OG LIVSKVALITET FOR PERSONER MED KJØNNSINKONGRUENS

### 4.1 Innledning

Å ha en kjønnsidentitet eller et kjønnsuttrykk som skiller seg fra hva omverdenen forventer, medfører for mange både fysiske, psykiske og sosiale utfordringer og belastninger. I levekårsstudier fortelles det om utfordringer knyttet til selverkjennelse, prosessen med å «komme ut» til familie, venner og verden rundt seg, møter med fordommer og hets, irettesettelser i barnehage, diskriminering på skole og arbeidsplass, samt fysisk og emosjonell vold. Personer med kjønnsinkongruens er ikke en ensartet gruppe, og utfordringer på dette området varierer i tråd med en rekke faktorer: graden av plager og ubehag, alder, mestringsstrategier, sosial og kulturell bakgrunn, fysisk funksjonsnivå, omgivelsens reaksjoner og tilgang til helsehjelp. I det følgende redegjøres det kort for norsk og internasjonal kunnskap på dette området.

Det er gjort svært lite levekårsforskning i Norge om personer med kjønnsinkongruens, og på dette området er det behov for mer kunnskap – både av kvalitativ og kvantitativ art. Det er gjennomført én levekårsundersøkelse i Norge; Alskens folk (Van der Ros 2013), basert på kvalitative fokusgruppesamtaler med totalt nitten personer med ulike former og grader av kjønnsinkongruens. FAFO-studien «Åpne rom, lukkede rom: LHBT i etniske minoritetsgrupper» (Elgvin, Bue og Grønningsæter 2013), har gjennomgående fokus på personer med etnisk minoritetsbakgrunn som opplever kjønnsinkongruens, basert på fem informanter med denne bakgrunnen. I tillegg har FAFO gjennomført en studie av lesbiske, homofile, bifile og personer som opplever kjønnsinkongruens med nedsatt funksjonsevne (Grønningsæter og Haualand 2012), hvor en informant identifiserte seg som transperson.

Mye av internasjonal forskning på levekår for personer med kjønnsinkongruens er gjort som del i studier av levekår for både lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT-personer).

Personer med kjønnsinkongruens rapporterer høyere grad av trakassering, diskriminering og vold enn de som i studien oppgir å være lesbisk, homofil eller bifil. Samtidig risikerer man med denne typen studier å formidle et skjevt bilde da det ofte er færrest respondenter som er rekruttert på bakgrunn av sin kjønnsinkongruens enn de øvrige kategoriene til sammen. Dermed er det mindre sikkert å bruke studiene til å sammenlikne personer med kjønnsinkongruens med lesbiske, homofile og bifile, da tallene er små og erfaringene til de som deltar blir overrepresentert i forhold til de andre kategoriene. Videre innebærer det en feilslutning å anta at en uten videre kan sammenlikne LHB-befolkningen med T-befolkningen, da personer med kjønnsinkongruens kan være både lesbiske, homofile, bifile og heterofile.

Når det i den følgende redegjørelsen for levekår og livskvalitet for personer med kjønnsinkongruens likevel innlemmes kunnskap fra LHBT-studier skyldes dette at de er en viktig kilde til kunnskap på et felt hvor det ennå gjenstår mye forskningsarbeid.

## **4.2 Sosiale forhold**

Personer med kjønnsinkongruens møter ofte negative reaksjoner fra omgivelsene. Hvordan dette kommer til uttrykk og oppleves varierer i stor grad. Transfobi<sup>10</sup> og fordommer mot mennesker med ikke-normative kjønnsuttrykk er utbredt, selv om dette i dag kan synes å være i ferd med å endres noe som en følge av økning i synlighet, kunnskap om og dermed aksept av kjønns mangfold. Personer med kjønnsinkongruens blir i likhet med folk flest påvirket av omverdenens reaksjoner og holdninger, og det å internalisere samfunnets negative holdninger til en selv er en vanlig psykologisk mekanisme. Dette medfører en stor belastning for dem det gjelder, og kan føre til psykiske og sosiale problemer.

### **4.2.1 Familie og venner**

For noen er det å fortelle om sin kjønnsidentitet til familie og venner ganske uproblematisk, og omverdenen anerkjenner dem raskt som det kjønn de opplever å være. Andre opplever negative reaksjoner i sine næreste relasjoner.

I en svensk levekårsundersøkelse blant LHBT-personer, kom det frem at rundt 80 % av transpersoner født på 60- 70- og 80- tallet var åpne om sin kjønnsidentitet og/eller kjønnsuttrykk blant venner, familie og i skole og arbeidsliv. For personer født på 50- og 60- tallet var andelen åpne langt lavere, mellom 54 og 60 % (Statens folkehelseinstitutt, 2005).

I en undersøkelse med tenåringer i USA fra 2007, oppga 41 % av MtK og 16 % av KtM å ha møtt negative reaksjoner fra sin familie, i den grad at en stor andel hadde blitt utstøtt og avskrevet fullstendig av sin familie (Whittle, Turner og Al-Alami 2007, The Commissioner for human rights 2009).

### **4.2.2 Skole og arbeid**

I levekårsstudien Alskens folk, (Van der Ros, 2013) finner forfatteren at erfaringene med og «komme ut» på arbeidsplassen spenner fra å bli møtt med full forståelse og anerkjennelse, til trakassering, utstøting og oppsigelse. Forskning fra andre land viser at arbeidslivet er et av

---

<sup>10</sup>“Transphobia is an emotional disgust toward individuals who do not conform to society’s gender expectations” (Hill and Willoughby 2005 in Whittle et al 2007).

de mest problematiske områdene for personer som ikke er kjønnsnormative og/eller opplever kjønnsinkongruens, og viser at mange mister jobben mens de går gjennom en kjønnsbekreftelsesprosess (Whittle, Turner, & Al-Alami, 2007; Motmans, Biolley, & Deburne, 2010).

Studier av LHBT-personer i arbeidslivet viser at mange holder sin seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller ønsket kjønnsuttrykk skjult i frykt for å møte negative reaksjoner. Europeiske studier viser større andel arbeidsledighet blant transpersoner enn i LHB-befolkningen. Samtidig viser studier at en stor andel personer med kjønnsinkongruens velger å bli selvstendig næringsdrivende (Bakkeli og Grønningsæter 2013, Motmans, Biolley og Deburne 2010, Whittle, Turner og Combes, et al. 2008). Dette er et valg som mange tar på bakgrunn av at det å være sin egen sjef kan frita dem fra mobbing for sitt kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet på arbeidsplassen (Van der Ros, 2013).

LO (Landsorganisasjonen i Norge) har utgitt «Arbeidstakere som skifter kjønnsuttrykk. En praktisk veileder om kjønnsbekreftelse for tillitsvalgte» (2012, revidert i 2014). Denne gir informasjon, råd og anbefalinger til arbeidsgivere, tillitsvalgte, medarbeidere og personen det gjelder selv. Fokuset i veilederen ligger særlig på å støtte og verne om rettighetene for personer som skal gå gjennom en kjønnsbekreftelsesprosess hvor de endrer sitt kjønnsuttrykk til å samsvare med sin kjønnsidentitet.

#### **4.2.3 Offentlig rom og offentlige institusjoner**

En vanlig erfaring for personer som opplever kjønnsinkongruens er at en i møte med offentlige myndigheter, helsevesenet, utdanningsinstitusjoner, i reisesammenheng mm., ofte ikke blir anerkjent med den kjønnsidentiteten eller det kjønnsuttrykket man har. Dette problemet forsterkes dersom juridisk kjønn (personnummer og id-papirer) og kjønnsuttrykk ikke samsvarer (Van der Ros, Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. 2013).

I en undersøkelse blant alle EU-landene i 2013 om LGBT-personers utsatthet for diskriminering, trakassering og vold, oppgir 38 % av personer som identifiserer seg som transgender å ha opplevd diskriminering utenfor arbeidslivet (European Union Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender survey 2013).

Mange personer med kjønnsinkongruens opplever forskjellsbehandling, uønsket oppmerksomhet og trakassering. I en nasjonal studie i USA oppga 70 % av dem som definerte seg som transgender å ha opplevd verbal vold og trakassering, mens 38 % oppga diskriminering på arbeidsmarkedet (Bocking, The Impact of Stigma on Transgender identity Development and Mental Health. 2014). I en nederlandsk studie (Keuzenkamp 2012), rapporterte 42 % å ha mottatt negative reaksjoner for sin kjønnsidentitet, 38 % av disse i det

offentlige rom (på gaten, offentlig transport, restauranter, offentlige toaletter osv.) og 21 % på arbeid eller skole (ibid.).

#### 4.2.4 Vold

Det er ikke gjennomført noen norsk undersøkelse om utsatthet for vold hos personer med kjønnsinkongruens. Dette kan ha sammenheng med at Norge ikke registrerer voldskriminalitet med spesifikt transfobisk motiv, kun på bakgrunn av seksuell orientering. I en svensk litteraturgjennomgang oppgis det å ha blitt anmeldt 40 tilfeller av fysisk vold med transfobisk motiv i 2012 (Aspling og Djärv 2013).

Det har heller ikke blitt gjennomført noen studie om vold i nære relasjoner hos personer med kjønnsinkongruens i Norge. En skotsk undersøkelse viste at transpersoner hadde stor risiko for å bli utsatt for emosjonell, seksuell og fysisk vold fra sin nåværende eller tidligere partner. Anmeldelsesraten var her veldig lav, kun 6 % av de som hadde blitt utsatt for vold oppga at de hadde vært i kontakt med politiet i forbindelse med voldsepisoder (Morton, Ritchie og Roch 2010). Frykt for transfobi og erfaringer med lite respektfull behandling hos politiet nevnes som en av årsakene til lav anmeldelsesgrad.

I en EU-rapport fra 2014, basert på en omfattende spørreundersøkelse blant transpersoner i EU-landene, fremkommer det at en av tre (34 %) har blitt utsatt for vold de siste fem år (Motmans, Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data 2014). Unge mennesker, personer uten betalt arbeid eller i lavtlønnede yrker, viste seg å være spesielt utsatt for vold og overgrep. Kun en av fire voldstilfeller ble rapportert til politiet. Den vanligste grunnen til at den voldsutsatte valgte å ikke gå til politiet, var manglende tillit til politiet, og frykt for å bli møtt med fordommer og diskriminering, og at politiet ikke ville tro dem (ibid.).

I følge en OSCE<sup>11</sup>-rapport (2007) er transpersoner på verdensbasis særlig utsatt for trans- og homofobisk hatkriminalitet. I følge rapporten er hatkriminalitet mot personer med LHBT-bakgrunn ofte seksualisert, særlig brutal og har stor sannsynlighet for å ende med drap. Hvert år minnes personer som i løpet av året er blitt drept på grunn av sin ikke-normative kjønnsidentitet eller sitt kjønnsuttrykk, på *Transgender Remembrance Day* den 20. november (OSCE/ODIHR 2007).

---

<sup>11</sup> Organization for Security and Cooperation in Europe.

#### **4.2.5 Sexarbeid**

Selv om hjelpeapparatet på prostitusjonsfeltet har kunnskap om at det er en andel personer med kjønnsinkongruens som jevnlig selger seksuelle tjenester i Norge, er det ikke gjennomført noen studier som kan dokumentere dette.

Det fremheves i flere studier at samfunnsmessig stigmatisering og diskriminering av personer med kjønnsinkongruens fører til at potensielt risikofylte yrker som sexarbeid for mange oppleves som en av få mulige måter å tjene til livets opphold (Nadal 2014). Videre er sårbarheten for HIV og andre seksuelt overførbare infeksjoner sterkere for personer med kjønnsinkongruens som selger seksuelle tjenester, enn sexarbeidere generelt (Wilson, et al. 2009).

### **4.3 Helseutfordringer**

#### **4.3.1 Tilgang på helsehjelp og kompetanse i helsetjenesten**

Mennesker som opplever kjønnsinkongruens har ofte behov for helsehjelp relatert til dette. Omfang og kvalitet på tilbud om helsehjelp har stor betydning for disse personenes levekår og livskvalitet.

En undersøkelse fra 16 europeiske land, gjennomført i regi av ILGA Europe, viser store likheter i hvilke problemer personer med kjønnsinkongruens opplever i møte med helsetjenestene (Whittle, Turner, Combes, & Rhodes, 2008). I likhet med annen forskning, forteller rapporten om dårlig tilgang og kvalitet på helsetjenester, lavt kunnskapsnivå hos helsepersonell, og generelt dårlig kjennskap til og forståelse for problemene personer som opplever kjønnsinkongruens har (ibid.). Dette bekreftes for norske forhold i levekårsundersøkelsen Alskens folk (Van der Ros, Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. 2013).

Studier har satt søkelys på den negative helseeffekten det kan ha å stadig møte mistro og mistenksomhet i helsetjenestene. Det å leve med at din tilstand som kjønnsinkongruent i mange sammenhenger feilaktig blir ansett som en psykisk lidelse, kan også gi negative helseeffekter. Begrepet «Gentle Violence» knyttes til blant annet psykopatologisering av tilstander som ikke nødvendigvis er mentale lidelser (Moon 2011).

Under arbeidet med en nasjonal faglig veileder for Storbritannia, foretok det britiske helsedepartementet en undersøkelse av hvordan personer med kjønnsinkongruens ble møtt i helsevesenet når det gjaldt helsehjelp som ikke var relatert til eventuell kjønnsbekreftende behandling (Department of Health 2007). De fant at personer tillagt kvinnekjønn ved fødsel sjelden ble inkludert i mammografiprogrammet og at personer tillagt mannlig ved fødsel

sjelden ble tilbudt prostataundersøkelse. I tillegg fant forskerne at personer med kjønnsinkongruens opplevde å bli nektet helsehjelp for andre forhold, at helsepersonell brøt taushetsplikten, samt en praksis hvor personer med mannlig kjønnsidentitet ble plassert på rom sammen med kvinner, og omvendt, personer med kvinnelig kjønnsidentitet ble plassert på en mannsavdeling (ibid.).

#### **4.3.2 Høy risiko for helsetap og selvmord**

Internasjonale levekårsundersøkelser viser nedslående tall om psykisk helse hos personer som opplever kjønnsinkongruens og tilhørende ubehag og plager. Den utsatte situasjonen fører for mange til det som kalles *minoritetsstress*. Det er en tilleggsbelastning individer fra stigmatiserte grupper utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon. Mange er i en kronisk stressituasjon, med så vel eksterne som interne stressfaktorer; som internaliserte fordommer, negativt selvbilde og lav selvfølelse. Hvordan den enkelte mestrer slikt stress har betydning for deres helse og identitet (Benum 1997, Bockting, *The Impact of Stigma on Transgender identity Development and Mental Health*. 2014, Van der Ros, *Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. 2013).

Møter med fordommer, avvisning og avsky kan føre til en overbevisning om at det er en selv det er noe galt med, dette kalles for internalisert transfobi (Bockting 2008). For mange har minoritetsstress og/eller internalisert transfobi ført til taushet og hemmelighold rundt egen kjønnsidentitet. Slike erfaringer kan medføre tilbakeholdstraumer som kan ha innvirkning på den utsatte gjennom hele livet (Van der Ros, *Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. 2013, Kennedy og Hellen 2010, 7 (2), Almås og Benestad 2004).

En omfattende svensk undersøkelse av LHBT-befolkningens helse fant at homofile, bifile og lesbiske generelt skårer dårligere enn befolkningen for øvrig når det gjelder helsetilstand. Undersøkelsen stadfester videre at transpersoner er ytterligere verre stilt enn LHB-befolkningen når det gjelder faktorer som blant annet fysisk og psykisk helse, og selvmordsforsøk (Statens folkehälsinstitut 2005). Andelen respondenter med angst, uro, og søvnbesvær var opp til dobbelt så stor blant transpersoner som blant homofile, lesbiske og bifile. 59 % oppga at de var redde for å utsettes for vold og trakassering, og 29 % oppga at de noen ganger unnlot å gå ut alene i frykt for overfall. I undersøkelsen oppga så mange som halvparten at de hadde overveid selvmord, mens en femtedel oppga at de hadde gjort ett eller flere forsøk på å ta sitt eget liv. Til sammenlikning oppgir 4-6 % av den generelle befolkningen i levekårsundersøkelser å ha forsøkt å begå selvmord (Statens folkehälsinstitut 2005).

I nyere nord-amerikanske studier fremkommer sterk sammenheng mellom samfunnets påføring av stigma og dårlig psykisk helse blant personer med kjønnsinkongruens. Andel av



personer i denne gruppen med depresjon varierte i studiene mellom 37 % og 66 %. Videre oppga en tredel i en studie å ha symptomer på angst. I en av studiene fant forskerne en direkte sammenheng mellom diskriminering på bakgrunn av kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk - og utsatthet for å begå selvmord (Clementz-Nolle, Marx og Katz 2006, Bockting 2014).

### 4.3.3 Helsefremmende faktorer

Mental helse og livskvalitet for personer med kjønnsinkongruens avhenger av mange faktorer. Tilpasning og mestring som annerledes i samfunnet, har av forskere blitt beskrevet å arte seg forskjellig særlig avhengig av om man er åpen om sin bakgrunn eller ikke. Walter Bockting (2014) peker på studier som viser at barn som fra tidlig alder er åpne, er mer utsatt for det medfølgende stigma og risiko for ulike problemer som en følge av dette. På den annen side, hevder Bockting, skaper tidlig åpenhet også en mulighet for å raskt utvikle motstandsdyktighet og en sterk selvfølelse rundt den kjønnsidentiteten og kjønnsuttrykket som personen er komfortabel med (Bockting, *The Impact of Stigma on Transgender identity Development and Mental Health*. 2014, 324).

Tilgang på individuell tilpasset helsehjelp er av flere fagpersoner blitt pekt på som avgjørende for økt livskvalitet og deltakelse i samfunnet blant personer med kjønnsdysfori (Ceglie 2014, Delemarre-van de Waal 2014).

Tidlig innsats for prepubertal ungdom med kjønnsdysfori har i en nylig utgitt studie vist seg å ha en klar positiv effekt når det gjelder livskvalitet og psykisk helse. En omfattende oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomgått pubertetsutsettende behandling, samt etterfølgende hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling, ble i 2014 publisert i samarbeid mellom nederlandske og amerikanske forskere (De Vries, et al. 2014). Totalt 55 personer med kjønnsdysfori ble tre ganger i løpet av sin kjønnsbekreftende behandling vurdert i forhold til en rekke indikatorer på livskvalitet og psykisk velbefinnende. Resultatene viste at tidlig innsats for pasienter med kjønnsdysfori, med behandling som stoppet pubertetsutviklingen for så å igangsette en pubertet i tråd med pasientens kjønnsidentitet, samt eventuelle kirurgiske kjønnsbekreftende inngrep, ga markant forbedring i psykologisk fungering og livskvalitet (ibid.). Pasientenes velbefinnende (well-being) var etter kjønnsbekreftelsesprosessen lik eller høyere enn den øvrige befolkningen på samme alder. Forskerne fremhevet i sin konklusjon et omfattende tverrfaglig samarbeid som avgjørende for det positive utfallet av behandlingen (ibid.).

I en undersøkelse blant transpersoner (*transgender people*) i USA, var sterk selvfølelse og stolthet over å være transperson, samt støtte fra familien, viktige faktorer for å motvirke angst og depresjon. Samtidig fant forskerne at støtte fra andre transpersoner var den viktigste beskyttelsen mot de negative psykiske konsekvensene av stigmatiseringen

respondentene opplevde (Bockting, The Impact of Stigma on Transgender identity Development and Mental Health. 2014). I undersøkelsen det svenske folkehelseinstituttet gjennomførte i 2005, oppga 37 % av personene med trans-bakgrunn (*transpersoner*) at de manglet tillit til de fleste andre personer (Statens folkehälsinstitut 2005).

I en intervjustudie av ungdom med trans-bakgrunn i Sverige kommer det frem at minoritetsstresset ofte minskes betraktelig når en «trer ut i verden som den man er»<sup>12</sup> (Darj og Nathoorst-Böös 2008, Van der Ros 2013, Van der Ros 2014).

## 4.4 Seksuell og reproduktiv helse

### 4.4.1 Muligheter og begrensninger i reproduktive muligheter

Det å gjennomgå en kjønnsbekreftelsesprosess kan redusere muligheten for senere å få egne biologiske barn. Hormonbehandling med antiandrogen og østrogen for personer som ble tillagt mannlig kjønn ved fødselen fører til opphør i produksjon av sædceller, mens hormonbehandling med testosteron stanser produksjonen av eggceller for personer tillagt kvinnelig kjønn ved fødselen. Videre vil eventuell fjerning av reproduktive organer medføre sterilitet. For mange, som ikke fjerner reproduktive organer, vil de igjen kunne bli fertile og i stand til å bli gravid eller gjøre partner gravid dersom de avslutter hormonbehandlingen (Light, et al. 2014).

I en spørreundersøkelse blant personer som identifiserer seg som transmenn, foretatt i Belgia i 2012, kommer det frem at 54 % ønsket barn, samt at transmenn med egne barn oppga å ha en signifikant bedre mental helse og livsglede enn informantene som ikke hadde barn (Wierckx, et al. 2012). Forskerne viste videre at 37 % av respondentene hadde ønsket å lagre sine kjønnsceller før hormonbehandling om denne teknologien hadde vært tilgjengelig tidligere. I annen belgisk spørreundersøkelse, fra 2002, blant personer som identifiserer seg som transkvinner fant forskerne liknende ønsker (De Sutter, et al. 2002). Denne forskningen styrker oppfatningen om at ivaretagelse av fremtidige reproduktive muligheter kan medføre en økning i livskvalitet hos en gruppe som ellers er i høyrisiko for å slite med psykiske helseproblemer.

Tidligere forelå det kun såkalt anekdotiske kilder om personer med livmor og eggstokker som etter å ha sluttet med testosteronbehandling i en periode har blitt gravide og født

---

<sup>12</sup> Uttrykket "Att vara som den en är" er hentet fra Ulrika Engdahls bok: «Att vara som den en är: En etisk diskussion om begrepen rättvisa, erkännanda och identitet i en trans\*kontext (Engdahl 2010)

barn.<sup>13</sup> En nordamerikansk spørreundersøkelse (Light, et al. 2014) kartlegger en rekke forhold hos 41 transmenn som har gjennomgått graviditet og fødsel etter en kjønnsbekreftelsesprosess, hvorav 25 av 41 hadde gått på testosteron før graviditeten. Foruten å redegjøre for en rekke forhold tilknyttet sosial bakgrunn, helseforhold, graviditeten og barnets helse, utgjør dette en viktig pilotstudie av gravide menns opplevelse og erfaringer med helsevesenet. Forfatterne fremhever at det er behov for økt kunnskap og kompetanse hos helsepersonell for å kunne tilby denne gruppen tilfredsstillende helsetjenester på linje med resten av befolkningen.

#### **4.4.1.1 Lagring av kjønnsceller og assistert befruktning**

Det foreligger metoder for lagring av kjønnsceller og assistert befruktning som kan gi personer, som ikke kan bli gravide på vanlig vis, mulighet for å bli biologisk forelder. Teknologisk sett har både personer med mannlig og kvinnelig fødselskjønn mulighet for dette. Det er Bioteknologiloven<sup>14</sup> som regulerer spørsmål om lagring av kjønnsceller.

Bioteknologinemda (nå Bioteknologirådet) uttalte i 2012 at personer under behandling for kjønnsdysfori<sup>15</sup> bør ha et tilbud om å lagre egne kjønnsceller før eventuell kjønnsbekreftende behandling som kan redusere forplantningsevnen, igangsettes.<sup>16</sup>

Bioteknologiloven er vurdert ikke å være til hinder for lagring av sædceller fra personer som fikk tillagt hankjønn ved fødselen og som skal gjennomgå kjønnsbekreftende behandling. Det er imidlertid ikke aktuelt med lagring av ubefruktede eggceller da bioteknologiloven § 2-15 sier at befruktete egg ikke tillates innsatt i livmoren til en annen kvinne enn den kvinnen eggcellen stammer fra.

Om det forutsettes at testosteronbehandling og/eller kirurgi hos en person med livmor og eggstokker innebærer varig infertilitet, medfører således bioteknologilovens bestemmelser at personer med kvinnelig fødselskjønn ikke får adgang til å lagre kjønnsceller før en kjønnsbekreftende behandlingsprosess.

---

<sup>13</sup> USA, 2008: <http://www.theguardian.com/world/2008/jul/04/usa.gender>

USA, 1999: <http://www.villagevoice.com/2000-06-20/news/family-values/>

Tyskland, 2013: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2416088/Transgender-German-man-Europe-baby-boy-following-home-birth.html>

<sup>14</sup> LOV-2003-12-05-100: Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven).

<sup>15</sup> Nemnda benytter begrepet «kjønnskorreksjonspasienter» i sitt vedtak

<sup>16</sup> Mer utfyllende om bioteknologiloven og lagring av kjønnsceller i pkt. 8.7.

I en nyere studie om lagring av kjønnsceller fra en «transgender» pasient (Wallace, Blough og Kondapalli 2014), påpeker forfatterne at mens tilbud om lagring av kjønnsceller hos kreftpasienter er etablert som en faglig standard, er ikke dette tilfelle for personer med kjønnsinkongruens:

«Unfortunately, many transgender patients either do not have the opportunity for fertility preservation, or simply do not know that such an option exists. It is critical to counsel such patients regarding options for future fertility prior to initiating any form of hormonal or surgical treatment” (Wallace, Blough, & Kondapalli, 2014).

Flere studier belyser et gjennomgående sterkt ønske hos personer som mottar helsehjelp for kjønnsdysfori, om å bevare muligheten for å kunne få egne biologiske barn (De Sutter, et al. 2002, Wierckx, et al. 2012).

#### **4.4.2 Utsatthet og prevalens av seksuelt overførbare sykdommer**

En systematisk gjennomgang av forskning om utsatthet for HIV blant personer med kjønnsinkongruens og mannlig kjønn tillagt ved fødselen, viser en påfallende likhet i resultater mellom studier foretatt i flere ulike verdensdeler. Funnene tilsier at personer med kjønnsinkongruens har en langt høyere sårbarhet for HIV enn øvrig befolkning, og at det er et stort behov for forebyggende arbeid, medisinsk behandling og helsehjelp generelt (Stefan D Baral 2013 13(3)). Det er et gjennomgående funn at personer som ble tillagt mannlig kjønn ved fødsel har en langt høyere sårbarhet for HIV enn det personer tillagt kvinnelig kjønn ved fødsel har (Herbst, Jacobs og Finlayson 2007).

## 5. HELSEHJELP TIL PERSONER SOM OPPLEVER KJØNNSDYSFORI

### 5.1 Internasjonale retningslinjer

#### 5.1.1 WPATH Standards of Care

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) er en internasjonal, tverrfaglig organisasjon med formål om å fremme forskningsbasert helsehjelp, utdanning, opplysningsarbeid, retningslinjer, og respekt for personer som opplever kjønnsdysfori og deres helse. En av hovedfunksjonene til WPATH er arbeidet med utforming og revidering av dokumentet *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (SOC)*.

Standards of Care (SOC) er basert på tilgjengelig forskning, klinisk erfaring og konsensus blant faglige eksperter.<sup>17</sup> Den første versjonen av SOC ble publisert i 1979, og har blitt oppdatert jevnlig siden det. I 2011 kom den syvende versjonen av SOC. SOC 7 utvider virkeområdet for standarden ved, i tillegg til transseksuelle, også inkludere transpersoner og ikke-kjønnsnormative personer (transgendered and gender non-conforming people). Videre stadfester WPATH i SOC 7 et eksplisitt mål om at personer innen deres målgrupper ikke lenger skal ses på som syke eller avvikende på noen måte:

«Å være transseksuell, transperson eller ikke kjønnskonform er et spørsmål om mangfold, ikke om patologi» (WPATH 2011).

Det overordnede mål for SOC 7 er å tilby veiledning for helsepersonell, slik at de kan gi trygg og effektiv assistanse til transseksuelle, transpersoner og ikke-kjønnsnormative på en slik måte at pasienten oppnår varig personlig trygghet i sin kjønnsidentitet/er, bedre fysisk og mental helse og realisering av personlige mål. Nødvendig assistanse kan i følge Standards of Care inkludere:

- Primærhelsetjeneste
- Gynekologisk og urologisk behandling
- Muligheter for hjelp til reproduksjon
- Stemmeterapi
- Hjelp til sosial kommunikasjon
- Tjenester innen psykisk helse

---

<sup>17</sup> En norsk oversettelse av Standards of Care, versjon 7, ble godkjent av WPATH i 2014 og kan lastes ned fra [www.bufetat.no/LHBT/](http://www.bufetat.no/LHBT/)

- Hormonell og kirurgisk behandling

Standards of Care legger stor vekt på individuell tilpasning av helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori, og at denne helsehjelpens siktemål er å redusere eller fjerne dysforien. Respekt og åpenhet er viktige forutsetninger for å kunne sikre et tilfredsstillende helsetilbud. Den tar også høyde for at forskjellige land har forskjellige helsesystemer med tanke på kultur, finansiering og tilgjengelig helsehjelp.

### **5.1.2 Endocrine Society - Clinical Practice Guidelines**

The Endocrine Society er en internasjonal faglig sammenslutning som utarbeider retningslinjer, *Clinical Practice Guidelines*, for hormonbehandling på forskjellige områder. En arbeidsgruppe nedsatt av The Endocrine Society har utarbeidet «Endocrine Treatment of Transsexual Persons» (2009) og denne er implementert i behandlingstilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori i en rekke land verden over. Den norske behandlingstjenesten oppgir også å følge denne.

Hensikten med retningslinjen er å kvalitetssikre og lansere et trygt og effektivt hormonbehandlingsregime for personer som opplever kjønnsdysfori. Behandlingen tar sikte på å undertrykke pasientens egen kjønnshormonproduksjon, og opprettholde et hormonnivå innen normalvarianten av det kjønnnet personen trenger å få bekreftet (The Endocrine Society 2009). I retningslinjen legges det til grunn at psykisk helsepersonell utreder pasienten for endokrinologisk behandling, før endokrinologen gjør sin vurdering.

Ved siden av anbefalinger tilknyttet behandling og oppfølging av maskuliniserende og feminiserende hormonbehandling fra fylte 16 år,<sup>18</sup> anbefales behandling med pubertetsutsettende hormoner til barn/ungdom ved Tanner 2 (ibid.).<sup>19</sup>

### **5.2 Andre lands nasjonale retningslinjer og veiledere**

I det følgende redegjøres det for kunnskapsbaserte retningslinjer og veiledere som er utgitt i Europa i de senere år.

---

<sup>18</sup> Utdypende om maskuliniserende/feminiserende hormonbehandling i kapittel 5.3.3.8.1

<sup>19</sup> Utdypende om pubertetsutsettende behandling i kapittel 5.3.3.9.2 og 5.3.3.9.3.

### 5.2.1 Sverige

Svenske helsemyndigheter har i lang tid arbeidet med utredninger av helsetilbudene til personer som opplever kjønnsdysfori. I 2010 overleverte Socialstyrelsen regjeringen rapporten «Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar» (Socialstyrelsen 2010). Rapporten viste at det fantes mangler innen helsetjenestetilbudet til pasientgruppen, og at det var store regionale forskjeller når det gjaldt utredning og behandling av diagnosen transseksualisme. I tillegg konstaterte arbeidsgruppen at det ikke eksisterte en nasjonal kunnskapsoversikt eller et felles program for helsetjenestene («vårdprogram»).

På bakgrunn av denne utredningen fikk Socialstyrelsen i oppdrag å utarbeide en nasjonal veileder med anbefalinger om innholdet i utredning, helsehjelp, behandling og oppfølging av pasienter med transseksualisme og andre kjønnsidentitetsforstyrrelser, og utarbeide informasjon rettet mot både pasienter og helsepersonell. Videre fikk Socialstyrelsen i oppdrag å samordne et myndighetsovergrepene samarbeid med det formål å minske den administrative byrden for en person i sammenheng med endring av juridisk kjønnsstatus.

I 2014 ble «Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori» (Socialstyrelsen 2014) gitt ut. Det er en foreløpig versjon, den endelige er planlagt utgitt i april 2015. Veilederen gir anbefalinger til helsepersonell i alle ledd av helsetjenestene for denne pasientgruppen. Veilederen er basert på internasjonale retningslinjer og anbefalinger, samt erfaringsbasert kunnskap. Det ble utarbeidet en omfattende kunnskapsoppsummering av tilgjengelig forskning som angav styrke og lå til grunn for anbefalingene.

Til grunn for anbefalingene la Socialstyrelsen følgende prinsipper:

- WPATH sin forståelse av kjønnsidentitet og helsehjelp tilknyttet kjønnsdysfori i *Standards of Care*
- Helse- og omsorgstjenester etter pasientens behov, ikke utelukkende knyttet til diagnosen transseksualisme
- Individuelt planlagt og tilpasset helsehjelp

Det legges stor vekt på individuell tilpasning av alle deler av tjenestenes tilbud til pasientgruppen, og at det er den enkelte pasientens situasjon og behov som skal avgjøre hvilken behandling som skal tilbys. Pasienten skal få kontinuerlig informasjon og mulighet for å påvirke utredning, behandling og oppfølging. Psykoterapi og psykososial rådgivning og støtte skal tilbys pasienten, og pasienters pårørende skal få tilbud om psykososial rådgivning og støtte. Psykiatrisk utredning skal utføres av helsepersonell med kompetanse i diagnosene tilknyttet kjønnsdysfori i DSM-5 og ICD-10 diagnosene, F 64. 0, F. 64. 8 og F 64. 9. Det presiseres av utredningstiden vil kunne variere avhengig av pasientens situasjon og at det i

visse tilfeller vil kunne innledes «kroppsmodifiserande behandling» relativt tidlig. Dette gjelder tilfeller hvor pasienten har en sterk grad av kjønnsdysfori, ikke har noen øvrige problemer som kan hindre behandlingen og ellers fyller forutsetningene for å gjennomgå kjønnsbekreftende behandling. I veilederen anbefales at følgende typer helsehjelp tilbys personer som opplever kjønnsdysfori: cross-sex hormonbehandling, brystkirurgi, underlivskirurgi, hårfjerning, reduksjon av adamseple, samt unntaksvis å tilby feminiserende ansiktskirurgi og fettsuging av hofter.

Socialstyrelsen har i tillegg utarbeidet utkast til «Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av barn och ungdomar med könsdysfori» (Socialstyrelsen 2014 b). En endelig utgave er planlagt ferdigstilt i april 2015.

### **5.2.2 Storbritannia**

The Royal College of Psychiatrists tok i 2003 initiativ til å etablere en tverrfaglig arbeidsgruppe for å utarbeide en veileder for «good practice» for helsehjelp til pasienter som opplever kjønnsdysfori (Royal College of Psychiatrists 2013). Denne fungerer i dag som en nasjonal veileder på området i overensstemmelse med krav fra National Health Service (NHS) i England og WPATHs Standards of Care 7. Veilederen markerte i følge arbeidsgruppens medlemmer overgangen til en ny tilnærming til helsehjelp på dette området, fra en lineær og enhetlig progresjon i utredning, behandling og oppfølging av pasienter, til større individuell tilpasning av helsetjenestene (Royal College of Psychiatrists 2013).

### **5.2.3 Skottland**

I 2010 mottok den skotske regjeringen kritikk fra Storbritannias *Equality and Human Rights Commission* (EHRC) for at helsetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori i Skottland var av varierende og mangelfull kvalitet. Dette førte til at National Health Service Scotland (NHS) fikk i oppdrag å gjennomføre en tverrfaglig gjennomgang av helsetilbudet og utarbeide et nasjonalt program for utredning og behandling av pasienter med kjønnsdysfori. Formålet var å sikre likeverdig og rask tilgang til gode og individuelt tilpassede helsetjenester på alle nivåer. Programmet følger anbefalingene gitt i WPATHs Standards of Care 7 (2011) og ble implementert nasjonalt og regionalt (National Health Service Scotland 2012).

### **5.2.4 Nederland**

I Nederland har et fagmiljø innen psykologi og endokrinologi utviklet den såkalte *Dutch Protocol*; en oppsummering av erfarings- og forskningsbasert kunnskap om utredning og behandling av barn som opplever kjønnsdysfori (Delemarre-Van de Waal og Cohen-Kettenis 2006, Delemarre-van de Waal 2014). Denne ble i 2009 inkludert i de offisielle retningslinjene



til The Endocrine Society (se punkt 5.1.1.2) og The European Society of Pediatric Endocrinology; Endocrine Treatment of Transsexual Persons (The Endocrine Society 2009).

### 5.3 Helsetilbud i Norge

#### 5.3.1 Kommunehelsetjenestens tilbud

Helse- og omsorgstjenesteloven har som særlig formål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse eller nedsatt funksjonsevne. Videre formål er blant annet å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Loven skal sikre at tjenestetilbudet i kommunene blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.<sup>20</sup>

Fastlegeordningen skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.<sup>21</sup>

Helsestasjons- og skolehelsetjenestene har jf. forskrift som formål å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader.<sup>22</sup>

Primærhelsetjenesten benytter ICPC-2<sup>23</sup> til dokumentasjon av kontaktårsaker, helseproblemer og diagnoser. ICPC-2 benyttes av primærhelsetjenesten ved legekonsultasjoner, henvisninger fra primærhelsetjenesten og ved forskrivning av medikamenter som dekkes av folketrygden.

Personer som oppsøker fastlegen med symptomer eller plager ved kjønnsdysfori vil i tråd med dette kodeverket eventuelt kunne gis diagnosene:

- P09 Kjønnssidentitetsforstyrrelse barndom
- P09 Transseksualisme

---

20 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), § 1-1

21 Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 29. august 2012 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 tredje ledd og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 14.

22 FOR-2003-04-03-450 Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

23 Kodeverket ICPC-2 eies av World Organization of Family Doctors (Wonca). Helsedirektoratet har den norske lisensen, og vedlikeholder nettsiden hvor den gjeldende versjon av kodeverket finnes, på vegne av Wonca International Classification Committee (WICC)

- A98 Rådgivning seksuelt problem

### **5.3.1.1 Psykologiske lavterskeltilbud i kommunene**

I løpet av det siste tiåret har det vært økt vektlegging av behovet for psykologer som en del av den kommunale helsetjenesten. Det har vært en rekke tiltak for å øke rekrutteringen til kommunenes psykiske helsearbeid. Kommunepsykologtjenesten kan, i samarbeid med andre tjenester som fastleger og helsestasjoner, komme tidlig inn og bidra til å forebygge utvikling av psykisk uhelse. Mange kommuner har etablert psykologiske lavterskeltilbud som har som kjennetegn at de kan gi direkte hjelp uten henvisning og ventetid, tilby tidlige og adekvate tiltak, samt ha høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukernes ønsker og behov.

### **5.3.1.2 Helsestasjon for LHBT-ungdom**

I Oslo finnes en helsestasjon for LHBT-ungdom mellom 13 – 30 år. Tilbudet er byomfattende, og finansieres av Oslo kommune. Helsestasjonen ledes av en helsesøster i 70 % stilling, med fast legetilbud 3 timer i uka. Legen har spesialisering innenfor barne- og ungdomspsykiatri. Helsestasjonen er et kommunalt lavterskeltilbud. Tilbudet har eksistert i 13 år, og oppgir stor pågang fra ungdom med kjønnsidentitetstematikk. Helsestasjonen hadde 132 konsultasjoner knyttet til dette i 2013.<sup>24</sup>

Ungdom oppsøker LHBT-helsestasjonen på bakgrunn av spørsmål/ utfordringer relatert til seksuell identitet og kjønnsidentitet. Ungdom som henvender seg til helsestasjonen, kommer som oftest på eget initiativ eller etter henvisning fra skolehelsetjenesten. Noen blir også henvist fra BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) og DPS (Distriktpsikiatrisk senter) når terapeuter opplever manglende erfaring og kunnskap rundt kjønnsidentitetstematikk.

### **5.3.2 Spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud**

Personer som ønsker helsehjelp i forbindelse med kjønnsdysfori utover det kommunehelsetjenesten kan gi, blir i dag henvist fra fastlege eller andre deler av kommunehelsetjenesten til DPS (Distriktpsikiatrisk senter), BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), andre institusjoner innen psykisk helsevern, samt privatpraktiserende psykiatere eller psykologspesialister. Her foretas vurdering av

---

<sup>24</sup> Jf. redegjørelse fra ledende helsesøster Ingun Wik ved Helsestasjon for lesbisk, homofil, bifil og transungdom Bydel Grünerløkka, Oslo Kommune

henvisningen, og det foretas eventuelle utredninger før pasienten vurderes henvist videre til Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme, OUS (NBTS).

Det er variasjoner i hvor lang tid utredningen i andrelinjetjenesten tar, og hva man legger vekt på i denne utredningen. Noen nøyer seg med å gjennomføre en diagnostisk vurdering for å avklare om det foreligger noen alvorlig psykopatologi før de sender en henvisning til NBTS med anbefaling om utredning av transseksualisme. Andre gjennomfører mange av de samme testene og undersøkelsene som er del av det testbatteriet pasienter gjennomgår ved de første konsultasjonene ved NBTS.

Pasienter som har vært til utredning ved NBTS og som vurderes å ikke falle inn under NBTS sine kriterier for videre utredning og behandling der, blir henvist tilbake til de øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Det er ikke etablert et organisert tilbud til de dette gjelder i de enkelte helseforetakene.<sup>25</sup> Det gjelder også for pasienter som etter utredning ved NBTS får diagnosen F 64.8 (Annen spesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse) eller F 64.9 (Annen uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse).

### **5.3.2.1 Antall pasienter med F 64-diagnoser i spesialisthelsetjenesten**

I det følgende presenteres antall pasienter i spesialisthelsetjenesten med en av tilstandskodene F64.0, F64.2, F64.8, F64.9 og F64.1<sup>26</sup> fordelt på behandlingsnivå, bostedsregion, alder og kjønn.<sup>27</sup> Totalutvalget omfatter alle pasienter med en F 64-diagnose (ICD-10) som hovedtilstand innrapportert fra somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern for voksne, institusjoner innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og avtalespesialister innen psykisk helsevern<sup>28</sup> i perioden 1.1.2008-31.12.2013.<sup>29 30 31</sup>

---

<sup>25</sup> Rapport fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet 1. des. 2012 «Gjennomgang av behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner». Sak 10/5482

<sup>26</sup> Diagnosen F 64.1 *Transvestisme* ble gjort ugyldig for bruk i Norge i 2010.

<sup>27</sup> Dette tallmaterialet er levert av Norsk pasientregister (NPR), basert på innrapportering fra spesialisthelsetjenesten.

<sup>28</sup> Komplettheten på innrapporteringen fra avtalespesialistene innen psykisk helsevern var 76,3 % i 2008 og 94,4 % i 2013 (82,2 % i 2009, 88,3 % i 2011, 93,8 % i 2012). Et skjerpet innrapporteringskrav ovenfor avtalespesialistene i 2010 førte til tekniske problemer hos systemleverandørene som igjen medførte at innrapporteringen til NPR ble mangelfull. NPR er dessverre usikker på hvor omfattende manglene er, og det ble ikke publisert en rapport over aktiviteten hos avtalespesialistene for dette året. Detaljerte rapporter om datakvaliteten for øvrige årganger og sektorer kan lastes ned fra nett ([følg link](#))

<sup>29</sup> Se vedlegg 1 for tabeller med mer detaljert gjennomgang av leveransen fra NPR.

<sup>30</sup> Datasettet består av totalt 11 355 episoder fordelt på 980 pasienter. Alder er gruppert i 0-5 år, 6-15 år, 16-18 år, 19-29 år, 30-39 år, 40-49 år og 50 år eller eldre for alle alderstabeller. De utleverte tabellene vurderes å være anonyme. Totalt 181 pasienter er innrapportert uten gyldig fødselsnummer, og for 12 pasienter var det ulikheter mellom innrapportert kjønn og kjønn registrert hos Det sentrale folkeregister. I et fåtall tilfeller er

I tillegg redegjøres det for antall pasienter som er henvist til NBTS, samt antall pasienter som har mottatt ulike former for helsehjelp ved NBTS.

#### **5.3.2.1.1 Generell utvikling**

Totalt ble 148 personer for første gang registrert i spesialisthelsetjenesten med en F 64-diagnose i 2013.

Det har skjedd en svært stor økning i antall pasienter med en F 64-diagnose de siste årene. Spesielt i institusjoner innen psykisk helsevern for voksne ser man en markant økning, med hhv.:

- 35 pasienter registrert i 2010
- 40 pasienter i 2011
- 291 pasienter i 2012
- 321 pasienter i 2013

Dette omfatter både pasienter før eventuell henvisning til NBTS, og pasienter som mottar oppfølging parallelt med og etter kontakt med NBTS. Om denne økningen i sin helhet skyldes faktisk økning i antall pasienter, eller om endringer i innrapporteringsrutiner kan ha hatt en innvirkning, er uvisst.

Også ved NBTS har økningen i antall pasienter vært stor. I 2009 var totalt 309 voksne og barn under utredning og behandling ved NBTS. Det oppgis i et svar helse- og omsorgsministeren ga til Stortinget i september 2014, at 500 pasienter på det tidspunktet var under utredning og behandling ved NBTS, hvorav 110 var barn under 18 år.<sup>32</sup>

I følge pasienttall fra NBTS mottatt i mars 2014, var antallet henviste pasienter i hhv.:

---

samme pasient registrert med to ulike kjønn i løpet av sitt pasientforløp. I de tabellene der det er oppgitt kjønn er dette registrert på bakgrunn av det kjønn patienten ble registrert med ved første kontakt i helsetjenesten vedrørende en F 64-diagnose. To pasienter ble innrapportert med uspesifisert kjønn. Disse pasientopplysningene presenteres som de foreligger, med uspesifisert kjønn i den aktuelle tabellen (tabell 5c).<sup>31</sup> Det er unike pasienter som redegjøres for i tallmaterialet. Likevel er det ikke her tatt høyde for hvor mange pasienter som i løpet av et år registreres innenfor flere behandlingsnivåer. En kan dermed ikke legge sammen samtlige pasienttall og finne et totalanslag over forekomst per år. Det er heller ikke mulig å finne et anslag over pasientantall ved å legge sammen pasienttall for flere år, da det er vanlig at pasienter registreres innen samme eller flere behandlingsnivåer flere år på rad.

<sup>32</sup> Svar på skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren, Dokument nr. 15:1229 (2013-2014)

- 2011: 115 henviste pasienter, hvorav 30 fikk avslag på henvisning pga. mangelfull henvisning eller annet.
- 2012: 152 henviste pasienter, hvorav 60 fikk avslag på henvisning
- 2013: 179 pasienter, hvorav 43 fikk avslag på henvisning

#### **5.3.2.1.2 Barn**

76 personer, 18 år eller yngre, fikk i 2013 helsehjelp for en F 64-diagnose ved institusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Av disse var 28 personer 15 år eller yngre. 49 personer under 18 år fikk under samme år helsehjelp for en F 64-diagnose ved BUP-institusjoner, av disse var 19 pasienter 15 år eller yngre. Et antall av pasientene har sannsynligvis gått til både BUP og institusjoner innen psykisk helsevern for voksne innenfor et år, så disse tallene kan ikke automatisk legges sammen.

I følge svaret helse- og omsorgsministeren ga til Stortinget i september 2014, har antall henvisninger av personer under 18 år til NBTS økt de siste fem årene fra 12 til 35 personer per år. 110 barn under 18 år var pasienter ved NBTS i 2014.

I følge pasienttall fra NBTS mottatt i mars 2014, ble 55 pasienter under 18 år henvist til NBTS i løpet av 2013. Dette antallet henviste pasienter er ulikt tallet på henvisninger som oppgitt i avsnittet over og det er uvisst hvilket antall som er korrekt.

For pasienter yngre enn fylte 16 år omfatter behandlingstilbudet ved NBTS pubertetsutsettende hormonell behandling (se pkt. 5.3.3.9.3). Dette gis i et svært begrenset omfang ved NBTS; de siste fire årene har det blitt igangsatt pubertetsutsettende behandling hos mellom null og tre pasienter årlig ved NBTS.

For pasienter mellom fylte 16 år og 18 år omfatter behandlingstilbudet ved NBTS henholdsvis feminiserende eller maskuliniserende hormonell behandling. Det foreligger ikke tall på hvor mange pasienter i denne aldersgruppen som får igangsatt hormonell behandling. (se pkt. 5.3.3.8.1 for antall pasienter totalt som har fått igangsatt hormonbehandling ved NBTS).

#### **5.3.2.1.3 Voksne**

Når det gjelder voksne, fikk 245 personer over 18 år i 2013 helsehjelp ved institusjoner innen psykisk helsevern for en F 64-diagnose, mens 37 fikk helsehjelp hos avtalespesialist.

I følge pasienttall fra NBTS mottatt i mars 2014, ble totalt 126 pasienter over 18 år henvist til NBTS i 2013. Som tidligere nevnt gikk i følge helse- og omsorgsministerens svar til Stortinget

i 2014 totalt 500 pasienter til utredning og behandling hos NBTS i 2014, mot 309 pasienter i 2009.

I følge pasienttall fra NBTS mottatt i januar 2015 fikk 23 pasienter igangsatt maskuliniserende eller feminiserende hormonbehandling ved NBTS i 2014.

21 pasienter fikk i 2014 fjernet testikler eller livmor og/eller eggstokker, mens det ble igangsatt konstruksjon av nye ytre kjønnsorganer hos 12 pasienter.

Det er lang ventetid for kirurgiske inngrep. Av 12 pasienter henvist til kirurgi i 2013, ventet 9 av disse fortsatt på konstruksjon av nye ytre kjønnsorganer i januar 2015.

#### **5.3.2.1.4 Kjønnsfordeling**

Det er en klar tendens i alle deler av spesialisthelsetjenesten at flere voksne personer med kvinnelig kjønn tillagt ved fødsel mottar helsehjelp tilknyttet en F 64-diagnose enn personer tillagt mannlig kjønn ved fødselen.<sup>33</sup> Også når det gjelder de under 18 år er kjønnsfordelingen blant personer som får en F 64-diagnose relativt skjev i samme retning i de fleste deler av helsetjenestene.

I 2013 fikk 31 MtK-pasienter en F 64-diagnose ved institusjoner innen psykisk helsevern for voksne, mens antallet KtM-pasienter var 45. Spesielt i aldersgruppen 16-18 år var fordelingen skjev, med 16 MtK mot 31 KtM. Også i BUP-institusjoner var kjønnsfordelingen i denne aldersgruppen skjev, med 8 MtK mot 22 KtM.

Hos avtalespesialister er kjønnsfordelingen 18 MtK mot 28 KtM.

Innen somatiske sykehus ser man en tilsvarende skjevhet, med 59 registrerte MtK mot 73 KtM i 2013. Spesielt i aldersgruppen 19-29 år er forskjellen stor, med 18 MtK mot 46 KtM.

Når det gjelder hormonell og kirurgisk behandling ved NBTS er fordelingen mellom KtM/MtK-pasienter skjev, med langt flere KtM som mottar helsehjelp enn MtK. De tre siste årene har 7 MtK-pasienter fått igangsatt feminiserende hormonbehandling ved NBTS, mens 53 KtM pasienter har fått igangsatt maskuliniserende hormonbehandling.

Når det gjelder genital kirurgi, fikk 27 KtM-pasienter fjernet livmor og/eller eggstokker de to siste årene. Tilsvarende fikk 12 MtK-pasienter fjernet testikler.

---

<sup>33</sup> Videre i dette punktet vil også begrepene KtM (kvinne til mann) og MtK (mann til kvinne) anvendes for kjønnsangivelse.

Kjønnsfordelingen når det gjelder pasienter som har fått konstruert nye ytre kjønnsorganer fremstår som jevn. Dette kan skyldes at det generelt er vanligere for KtM-pasienter å ikke ønske konstruksjon av nye ytre kjønnsorganer (fallopplastikk/metaplastikk) enn hva er tilfelle for MtK-pasienter (vulvovaginal plastikk) (Hage og De Graaf 1993, WPATH 2011).

Den skjeve kjønnsfordelingen fra andre deler av spesialisthelsetjenesten gjenfinnes i oversikten over antall pasienter som henvises til kirurgi, der det fra 2011 til 2013 ble henvist 32 KtM-pasienter og 14 MtK-pasienter.

Internasjonalt innen helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori, gjenfinnes ikke den samme kjønnsfordelingen som i de norske helsetjenestene. Det er et veldokumentert faktum innen forskning på området at langt flere personer som fikk tillagt mannlig kjønn ved fødselen, opplever kjønnsdysfori og mottar helsehjelp for dette, enn hva tilfellet er for personer som fikk tillagt kvinnelig kjønn ved fødselen. Mer om dette i pkt. 2.4.

Det europeiske forsknings samarbeidet ENIGI (European Network for the Investigation of Gender Incongruence) har blant annet sammenliknet forholdet mellom antall henviste pasienter og antall pasienter som i 2009 fikk diagnosen F 64.0 i Norge, Nederland, Belgia og Tyskland. Resultatene her viser at det i Norge er en større andel KtM som får diagnosen enn MtK, mens det i de øvrige landene er en likere fordeling blant kjønnene, med et større antall MtK-pasienter totalt (Kreukels, et al. 2012).

### **5.3.3 Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS)**

#### **5.3.3.1 Innledning**

Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Oslo Universitetssykehus (OUS) Rikshospitalet har nasjonalt ansvar for høyspesialisert behandling av pasienter med diagnosen F 64.0 Transseksualisme. Det er det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst som er ansvarlig for tjenesten som i dag dekker indikasjonene i ICD-10 Transseksualisme (F 64.0) og kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen (F 64.2).<sup>34</sup> Det er ikke klart på hvilket tidspunkt behandlingstjenesten formelt fikk ansvaret for ivaretagelse av diagnosen F 64.2.

I 2001 fikk Rikshospitalet (nå OUS) oppdrag fra daværende Sosial- og helsedepartementet (SHD) om å ivareta landsfunksjon for behandling av transseksualisme (F64.0). Landsfunksjonen skulle ivareta den psykiatriske, endokrinologiske og kirurgiske delen av behandlingen.

---

<sup>34</sup> Utredning, diagnose og behandling av barn og ungdom ved NBTS redegjøres for i kapittel 5.3.3.9.

Funksjonen er senere omgjort til nasjonal behandlingstjeneste i 2010 for samme diagnosegruppe.

Henviste pasienter som ikke får en av disse diagnosene har ikke behandlingstilbud ved NBTS. Likevel gis det i enkelte tilfeller hormonbehandling til pasienter med diagnosene *Annen spesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse (F 64.8)* og *Annen uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse (F 64.9)*. Det oppgis at det i disse unntakstilfellene gis behandling i forbindelse med gjennomføring av Real Life Experience (RLE) eller «virkelighetserfaring».

### **5.3.3.2 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten**

Organiseringen av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten er regulert i egen forskrift gitt med hjemmel i Spesialisthelsetjenesteloven.<sup>35</sup>

Formålet med en sentralisering av behandlingen gjennom nasjonale tjenester er å bidra til helsemessige tilleggsgevinster i form av bedre prognose eller livskvalitet for pasienten og bedre kvalitet på pasienttilbudet. Gjennom nasjonal oppbygging og samling av faglig spisskompetanse på områder med relativt få pasienter gis mer likeverdig tilgang til pasientbehandling av høy kvalitet, og bedre kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng, enn dersom behandlingen var desentralisert.

Hovedoppgaven for en nasjonal behandlingstjeneste er høyspesialisert pasientbehandling. Behandlingstjenesten skal bare dekke den delen av behandlingen som omfatter diagnostikk og behandling som krever den spisskompetansen som er etablert ved den nasjonale behandlingstjenesten. Annen oppfølging av pasienten skal foregå i de øvrige delene av helsetjenesten. Samtidig forutsettes det at nasjonale behandlingstjenester har et helhetlig perspektiv som omfatter hele sykdomsforløpet (for eksempel gjennom nasjonale retningslinjer/behandlingslinjer) – ofte i et livsløpsperspektiv.

Nasjonale behandlingstjenester driver i tillegg veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten og andre tjenesteytere og brukere. Videre drives det overvåking og formidling av behandlingsresultater i form av undervisning, forskning og publisering.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som avgjør om nasjonale behandlings- og kompetansetjenester skal etableres eller avvikles.

---

<sup>35</sup> Jf. FOR-2010-12-17-1706 Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten



### **5.3.3.2.1 Faglig referansegruppe**

Nasjonale behandlingstjenester skal ha en faglig referansegruppe. Faglige referansegrupper er et viktig virkemiddel for å sikre mer likeverdig tilgjengelighet til nasjonale - og flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester for å bidra til å sikre nasjonal kompetansespredning. Det skal utarbeides mandat for faglige referansegrupper. Referansegruppene skal ivareta følgende oppgaver:

- Sikre forankring og lik tilgang til tjenesten
- Sikre at det etableres behandlingsskjeder som dekker hele sykdomsforløpet
- Bidra til at tjenesten drives i tråd med vedtatte målsetninger, resultatmål og krav stilt i forskriften.
- Godkjenne årlig rapportering

Alle referansegrupper skal ha representasjon fra alle regionale helseforetakene og fra brukerorganisasjoner. Deltakelse fra andre aktører herunder den kommunale helse- og omsorgstjenesten og eventuelt andre relevante sektorer skal vurderes.

NBTS har faglig referansegruppe med representasjon fra en brukerorganisasjon (HBRS), kommunal helse- og omsorgstjeneste og fra enkelte helseregioner.

### **5.3.3.3 Organisatoriske forhold og fagkompetanse ved NBTS**

Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme er organisatorisk forankret ved Klinikk for kirurgi- og nevrofag, Psykosomatisk avdeling ved OUS Rikshospitalet. NBTS har fem årsverk (en pediater, en psykiater, en barn- og voksenpsykiater, en psykolog og en spesialsykepleier). I tillegg har NBTS tilgang til en forsknings- og undervisningskoordinator. Videre har NBTS tilknyttet seg nødvendig fagkompetanse i deltid fra andre avdelinger som barnemedisin, plastikk og rekonstruktiv kirurgi samt spesialisert endokrinologi. Disse fordeler seg slik: endokrinologi 30 %, plastikkirurgi 20 %, barneendokrinologi 10 %.

Hele det tverrfaglige teamet møtes en gang i måneden. Her diskuteres pasientene som gjennomgår utredning. Det tas beslutninger om indikasjon for pubertetsutsettende hormonbehandling, cross-sex hormonbehandling og de ulike typene kirurgisk behandling.

### **5.3.3.4 Pasientgruppen ved NBTS**

Et vilkår for å kunne bli tatt inn til utredning og eventuell behandling ved NBTS er at det foreligger en henvisning fra andrelinjetjenesten etter at det er gjort en utredning og oftest en diagnostisering på dette nivået, som så vurderes av NBTS. Henvisningen kan være fra psykologspesialist/psykiater ved offentlig barne- og ungdomspsykiatrik eller

voksenpsykiatrisk institusjon eller privatpraktiserende psykologspesialist/psykiater. NBTS jobber for tiden (feb. 2015) med å utforme standardiserte henvisningsrutiner.

Det er praksis ved NBTS at henvisende helsepersonell innkalles sammen med pasienten ved første konsultasjon. Reisekostnader for pasient og eventuell ledsager dekkes gjennom Pasientreiser. Videre kommunikasjon med henvisende helsepersonell skjer gjerne gjennom telefon eller annen digital kommunikasjon.

#### **5.3.3.4.1 Henviste og avviste pasienter ved NBTS**

Under følger en oversikt over antall pasienter som er blitt henvist til NBTS 2011-2013, samt antall pasienter som har fått sin henvisning avvist før inntak til utredning på grunn av ulike årsaker. Dette kan for eksempel være grunnet manglende gjennomført utredning i andrelinjetjenesten eller andre årsaker.

#### **Pasienter henvist til, og avvist ved NBTS 2011 - 2013**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Henviste pasienter	115	152	179
Henvisning avvist	30	60	43

Kilde: Tall fra NBTS, januar 2015

Når det gjelder aldersfordeling av henvisninger til NBTS, er det en overvekt av pasienter under 23 år som henvises fra de øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Som vist i tabellen nedenfor ble 113 pasienter under 23 år henvist til NBTS i 2013, mens det samme år ble henvist 66 pasienter over 23 år.<sup>36</sup> Antall avviste henvisninger, fordelt på alder, er ikke redegjort for.

#### **Pasienter henvist til NBTS 2011 – 2013, fordelt på alder**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Opp til 16 år	23	21	22
16 - 18 år	13	21	31
18 - 23 år	22	56	60
Over 23 år	55	54	66

Kilde: Tall fra NBTS, januar 2015

---

<sup>36</sup> For mer informasjon om pasienttall ved NBTS og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, se pkt. 5.3.2.1.

### **5.3.3.5 Utredning og diagnostikk av voksne ved NBTS**

#### **5.3.3.5.1 Utredning**

Tjenesten omfatter utredning og vurdering av egnethet for spesialisert behandling av personer som har fått diagnosen transseksualisme F 64. 0.

I det følgende vil det redegjøres for utredningsprosessen av voksne pasienter over 18 år ved NBTS. Utredning av barn og ungdom omtales nærmere i avsnitt 5.5.

Utredningen av pasienter hos NBTS utføres i løpet av 7 til 12 konsultasjoner. Det er et mål at det skal være en måned mellom konsultasjonene, men ofte går det seks til åtte uker mellom hver konsultasjon. Ved samtidige fysiske eller psykiske lidelser hos pasienten vil i noen tilfeller utredningen/observasjonen vare lengre.

Pasientene gjennomgår en psykiatrisk utredning bestående av kliniske samtaler, spørreskjema og strukturerte intervjuer. I tillegg utføres kliniske diagnostiske samtaler.

Sammen med innkallingen til første konsultasjon ved NBTS sendes et sett med spørreskjemaer som pasienten skal fylle ut.<sup>37</sup> Formålet med disse er å få en umiddelbar beskrivelse av pasienten i forkant av møtet med NBTS.

Første konsultasjon innledes med informasjon om NBTS, utredningen og dagens plan. Videre har pasient og helsepersonellet ved NBTS en samtale om pasientens tilstand og hva vedkommende tenker om kjønnsidentitetstematikk og transseksualisme. Pasienten og helsepersonellet ved NBTS går gjennom pasientens tidslinje tilknyttet kjønnsidentitetsproblemerne – hvordan det var før, nå og hvordan pasienten ser seg selv i fremtiden. Pasienten avgjør om de ønsker at ledsager skal følge med på denne konsultasjonen.

Helsepersonellet ved NBTS foretar en vurdering av psykologisk status presens og eventuell psykisk tilleggstematikk. Henvisende helsepersonell blir under samtalen konsultert om sin vurdering av pasientens tilstand. NBTS gjør så en vurdering i forhold til pasientens plan videre.

Før dette første møtet avsluttes, får pasienten forespørsel om deltakelse i forskning og informasjon om denne.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Spørreskjemaer og strukturerte intervjuer redegjøres for under.

Andre konsultasjon handler hovedsakelig om pasientens bakgrunn og sykehistorie. I tillegg blir pasienten bedt om å samle opp spørsmål vedkommende ønsker svar på. Målet med denne konsultasjonen er å få klarhet i pasientens relasjoner, familie, generelle utvikling og spesifikk utvikling i forhold til kjønnsidentitetstematikken.

Konsultasjonene i utredningen varierer i innhold basert på pasientens forventninger til fremtiden, og hva som kan være aktuelt å tilby av helsehjelp i form av eventuell psykoterapi hormonbehandling og/eller kirurgi. Etter noen konsultasjoner i denne formen, går man over til intervjuer med en mer fastlagt struktur.

#### **5.3.3.5.1 Spørreskjemaer og strukturerte intervjuer**

Et utvalg spørreskjemaer og strukturerte intervjuer er del av utredningen ved NBTS. Resultatene av disse benyttes i tillegg til forskning, dersom pasienten samtykker til dette. Hvilke skjemaer den enkelte pasient skal besvare avgjøres etter en individuell vurdering av pasientens alder og modenhet.

De ni spørreskjemaene skal kartlegge følgende:

- Biografiske data (The Biographic Data questionnaire)
- Intensitet av kjønnsdysfori (The Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS) questionnaire)
- Kjønnstypisk sosial atferd (The Gender Identity Questionnaire (GIQ))
- Kognitiv identifikasjon og affektiv identifikasjon med det andre kjønn (The Gender Identity Interview (GII))
- Kroppsbilde (The Body Image Scale (BIS) questionnaire)
- Tilfredshet med kroppens utseende, visuelt skjema (The Hamburg Body (HBDS) questionnaire)
- Symptomer på annen psykisk lidelse (The Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) questionnaire)
- Generell fysisk helse (The Short Form (SF-36) Health Survey questionnaire)
- Livskvalitet, sosial fungering og sosial stabilitet (Quality of Life (QoL) questionnaire)

Videre er strukturerte intervjuer en del av utredningen. Psykiater eller psykolog fyller ut syv skjemaer under/etter konsultasjoner med pasienten. De strukturerte intervjuene skal kartlegge følgende:

---

<sup>38</sup> Se vedlegg 2 for oversikt over forskningsaktivitet og publisert forskning ved NBTS

- Generell vurdering av sosial, ervervsmessig og psykologisk fungering hos pasienten (General Assessment of Functioning (GAF) questionnaire)
- Nevro-psykiatrisk lidelse (The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus) questionnaire)
- Personlighetsforstyrrelse (The Structured clinical Interview for the DSM-IV-TR axis-I (SCID-II) questionnaire)
- Avhengighet av alkohol og narkotika (The DRAKE questionnaire)
- Hvor høyt pasienten oppfyller inkluderingkriteriene og diagnostiske beregninger for transseksualisme (The Diagnostic Assessment (DIA) questionnaire)
- Feminin eller maskulin fysisk fremtoning (The Physical Appearance Scale)
- Hvilken eventuell videre behandling pasienten skal få ved NBTS (The BIG Evaluation Criteria)

I tillegg vil det brukes andre spørreskjema ved behov etter en individuell vurdering.

#### **5.3.3.5.2 Beslutningen om diagnose**

Diagnose settes vanligvis 6 måneder inn i utredningsforløpet. Når utredningen kan vare lenger er det på bakgrunn av samtidige fysiske eller psykiske lidelser hos pasienten.

#### **5.3.3.5.3 Virkelighetserfaring (Real Life Experience)**

Gjennomføring av såkalt «virkelighetserfaring» eller *Real Life Experience* (RLE) er ett av kriteriene for å igangsette hormonell og kirurgisk behandling ved NBTS. Virkelighetserfaring innebærer å leve i det kjønnsuttrykket som stemmer overens med egen kjønnsidentitet.

Minimumstiden for RLE er tolv måneder. Det foreligger ikke eksakte tall på hvor lenge pasientene gjennomsnittlig gjennomgår RLE. I mange tilfeller lever pasienten allerede i det ønskede kjønnsuttrykket når vedkommende henvises til NBTS.

#### **5.3.3.6 Behandlingstilbud til voksne ved NBTS**

##### **5.3.3.6.1 Hormonbehandling**

Hormonbehandling innebærer at det tilføres østrogen (og antiandrogen) til mann til kvinnepasienter (MtK) og testosteron til kvinne til mann-pasienter (KtM), noe som fører til en undertrykkelse av egen kjønnshormonproduksjon. Målet med behandlingen er å bringe pasienten i en klinisk og biokjemisk status som i størst grad samsvarer med det kjønnsuttrykk pasienten ønsker å ha, uten at pasienten opplever ugunstige biokjemiske eller kliniske bivirkninger av behandlingen.

Under følger oversikt over antall pasienter som fikk igangsatt hormonbehandling 2011 – 2014, fordelt på KtM/MtK:

### **Antall pasienter<sup>39</sup> igangsatt maskuliniserende/feminiserende hormonbehandling, 2011-2014**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
KtM	27	16	19	18
MtK	8	1	1	5

Kilde: Tall fra NBTS, januar 2015

#### **5.3.3.6.1.1 *Feminiserende hormonbehandling***

MtK-pasienter behandles med et peroralt eller transdermalt østrogenpreparat, eventuelt kombinert med et antiandrogen. Dette fører til at huden blir tynnere og fettet omfordes til hoftene og brystene. I tillegg reduseres kroppshårvekst, testiklene blir mindre, og spermieproduksjonen avtar og vil forsvinne helt etter hvert.

I enkelte tilfeller der MtK-pasienter ikke ønsker å gjennomføre virkelighetserfaring (RLE) grunnet for eksempel sterk skjeggvekst, kan hormonell behandling med antiandrogen være aktuelt før endelig diagnose er stilt.

#### **5.3.3.6.1.2 *Maskuliniserende hormonbehandling***

KtM-pasienter behandles med testosteron. Resultatet er blant annet at huden blir grovere, fettet omfordes, muskelmasse og skjeggvekst øker, klitoris forstørres, menstruasjonen opphører og stemmeleiet senkes.

#### **5.3.3.6.2 *Kirurgisk behandling***

Vurdering av pasienter med tanke på kjønnsbekreftende kirurgi skjer etter 1-3 års hormonell behandling. Hos MtK-pasienter er det vanlig med to års hormonbehandling før pasienten eventuelt henvises til brystkirurgi. Dette skyldes at brystutviklingen, som følge av hormonbehandlingen for mange oppleves som tilstrekkelig.

---

<sup>39</sup> Det er ikke oppgitt aldersfordeling, så tallene beskriver totalantallet pasienter igangsatt feminiserende/maskuliniserende hormonbehandling.

Det kirurgiske tilbudet ved plastikkirurgisk avdeling, OUS, omfatter kun bryst- og genitalkirurgi. Fjerning av eggstokker og livmor gjøres ved gynekologisk avdeling i samarbeid med NBTS. Ved plastikkirurgisk avdeling utføres fjerning av testikler og konstruksjon av neo-vagina. Her utføres også konstruksjon av neo-penis.

Korreksjon av hofteparti, hals og nese er ikke en del av tilbudet ved NBTS.

Noen få pasienter kan ikke behandles kirurgisk av somatiske årsaker, som for eksempel adipositas (sykelig overvekt).

Noen pasienter velger å ikke ta i mot all den tilgjengelige kirurgiske behandlingen de blir tilbudt, og noen velger å avstå helt fra kirurgisk behandling.

Under følger oversikt over antall pasienter som har gjennomgått de ulike formene for genitalkirurgi ved NBTS, fordelt på MtK/KtM. Antall pasienter som har gjennomgått brystkirurgi foreligger ikke:

#### **Antall pasienter fjernet testikler eller livmor og/eller eggstokker 2011-2014**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
KtM	7	6	13	14
MtK	4	6	5	7

#### **Antall pasienter igangsatt falloplastikk/metaplastikk eller vulvovaginal plastikk 2011-2014**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
KtM	4	4	4	6
MtK	4	5	4	6

Kilde: Tall fra NBTS, januar 2015

#### **5.3.3.6.3 Logoped**

Pasienter ved NBTS får tilbud om stemmetrening hos logoped ved Statped (tidligere Bredvet kompetansesenter og Eikelund kompetansesenter). Tilbudet omfatter bevisstgjøring av egen stemmebruk og stemmeatferd, samt stemmeøvelser for å trene opp stemmen så det passer til pasientenes ønskede kjønnsuttrykk, der kvinnestemmen feminiseres ved å legge stemmen lysere, og mannsstemmen støttes i å øve opp et dypere stemmeleie. Det tilbys også trening i pust og avspenning og noe kommunikasjonstrening, slik som gester, kroppsspråk, osv. Hver pasient tilbys vanligvis mellom 5 og 10 timer behandling.

Det nåværende samarbeidet mellom OUS og Statped om disse pasientene har eksistert siden 2002, men det har også tidligere foreligget liknende avtaler. Siden 2008 har mellom 2 og 5 pasienter årlig blitt henvist til behandling. Av 19 pasienter totalt har det kun vært én KtM pasient. Denne fordelingen kommer sannsynligvis av at stemmen endrer seg mye som følge av maskuliniserende hormonbehandling, mens feminiserende hormonbehandling ikke har like stor effekt på stemmen. MtK pasienter kan ofte oppleve plager og slitasjeskader forbundet med å legge stemmen i et høyere toneleie, og kan profitere på stemmetrening hos logoped for å forebygge dette.<sup>40</sup>

Alder på pasienter henvist fra NBTS til Statped for stemmetrening har de siste år sunket betraktelig. Gjennomsnittsalder i 2008 var 42 år, mens den i 2013 var 17 år. Dette kan ha sammenheng med at alderen hos pasientene på NBTS de siste år generelt har vært lavere enn før.

#### **5.3.3.6.4 Hårfjerning**

Pasienter ved NBTS får tilbud om hårfjerning som del av behandlingen for F 64.0 *Transseksualisme*. Mer om hårfjerning i pkt. 8.5.

#### **5.3.3.6.5 Lagring av kjønnseller**

Kun MtK pasienter ved NBTS får tilbud om lagring av kjønnseller i løpet av behandlingen for F 64.0 *Transseksualisme*. Mer om lagring av kjønnseller i pkt. 4.4.1.1 og 8.7.

#### **5.3.3.6.6 Oppfølging av pasienter etter behandling ved NBTS**

Alle pasienter som har fått behandling ved NBTS får tilbud om regelmessige kontroller av psykiater, endokrinolog og plastikkirurg. Psykologiske oppfølgingsamtaler tilbys hvert halvår frem til siste operasjon, mens tre strukturerte oppfølgingsamtaler i året er tilgjengelig opp til fem år etter behandlingen er avsluttet.

##### **5.3.3.6.6.1 Oppfølging etter kirurgiske inngrep.**

Kontroller blir avtalt nærmere med kirurg avhengig av operasjonen.

---

<sup>40</sup> E-post fra avdelingsleder for språk/tale ved Statped sørøst, 28. aug. 2014.



### **5.3.3.6.2 Oppfølging av hormonbehandling.**

*Clinical Practice Guidelines* utgitt av Endocrine Society, «Endocrine Treatment of Transsexual Persons» (2009) legges til grunn for endokrinologisk behandling ved NBTS.

Det første året etter oppstart av hormonell behandling kommer pasienten til kontroll hver tredje måned. Endokrinolog vurderer effekt av behandlingen, eventuelt bivirkninger og tilpasser medikamentdoser ut fra hormonmålinger og kliniske reaksjon. Etter ett år går pasienten normalt over til halvårlige, og etter to år over til årlige kontroller. Tidspunkt for tilbakeføring til primærhelsetjenesten varierer, avhengig av pasientens behov og de tjenester som kan tilbys lokalt.

Etter en eventuell kirurgisk fjerning av kjønnskjertler vil KtM pasienter fortsette med testosteron, mens MtK personer ikke lenger vil ha behov for antiandrogen, som derfor avsluttes. Østrogenilskudd fortsettes. Når pasientene overføres tilbake til primærhelsetjenesten, skal MtK-pasientene følges som andre kvinner som får østrogenbehandling. KtM-pasientene følges opp som menn som har testosteronmangel.

### **5.3.3.7 Utredning, behandling og oppfølging av barn ved NBTS**

Personer under 18 år skal henvises til lokal barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) av sin fastlege når det er mistanke om diagnosen F 64.2 *Kjønnsidentitetsforstyrrelser i barndommen*.<sup>41</sup> Hos BUP gjennomgår barnet en generell barne- og ungdomspsykiatrisk vurdering. Om det er mistanke om en kjønnsidentitetsforstyrrelse, henvises pasienten til NBTS. Henvisningsansvarlig lege ved NBTS mottar henvisningen og gjør en vurdering av hvorvidt pasienten skal tas inn til utredning.

Det er ingen nedre aldersgrense for henvisning av et barn fra BUP til NBTS. For barn under skolealder vil foresatte kunne bli tilbudt en samtale på NBTS uten barnet tilstede der barnets utviklingshistorie kartlegges, samtidig som foresatte kan få informasjon og støtte knyttet til barnets kjønnsuttrykk. Der vil være en individuell vurdering hvor tidlig barnet selv har samtale med barne- og ungdomspsykiater på NBTS.

#### **5.3.3.7.1 Utredning av F 64.2 Kjønnsidentitetsforstyrrelser i barndommen**

Ved NBTS møter pasienten en barne- og ungdomspsykiater. Pasientens foresatte og henvisende helsepersonell er med på konsultasjonen. Etter innledende fellessamtale med

---

<sup>41</sup> Diagnosen F 64.2 settes kun for barn før puberteten. Diagnosen redegjøres for i kapittel 2.3.1.

generell presentasjon og informasjon, foretas det en vurdering av om pasienten skal tas inn. De foresatte har samtidig samtale med en annen psykiater/psykolog. På forhånd har pasienten fylt ut et sett med spørreskjemaer som avleveres ved konsultasjonen. Det vises til nærmere omtale av disse under pkt. 5.3.3.5.1.3.

Inntakssamtalen består av en generell barnepsykiatrisk vurdering hvor familiær og psykososial bakgrunn og barnets utviklingshistorie i forhold til kjønnsidentitets- og kjønnsrolleadferd og seksuell orientering kartlegges. Målet for denne inntakssamtalen er å begynne kartleggingen av hvorvidt barnets symptomer er forenlig med diagnosen F 64.2; Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndom.

Gjennom inntakssamtalen gjøres også en vurdering av eventuelle psykologiske tilstander eller traumer. Om barne- og ungdomspsykiateren finner at psykiatriske eller nevropsykiatriske tilstander, tidligere traumer eller større familieproblematikk bør utredes nærmere, henvises pasienten tilbake til henvisende helsepersonell for utredning og ivaretagelse av dette. Henvisende helsepersonell ved BUP sender så resultatene av sin vurdering tilbake til NBTS.

På bakgrunn av inntakssamtalen drøftes pasienten i teamet av psykiatere og psykologer. Her tas beslutning om eventuelt behov for videre utredning av denne pasienten og hva som er den mest hensiktsmessige oppfølging.

#### **5.3.3.7.1.1 Spørreskjemaer til barn før pubertet**

Pasienter som utredes for diagnosen *Kjønnsidentitetsforstyrrelser i barndommen* (F 64. 2) skal besvare noen færre spørreskjemaer enn de voksne, fem i stedet for ni. Barna besvarer The Gender Identity Interview (GII), The Body Image Scale (BIS) questionnaire og The Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS) questionnaire, beskrevet i listen over.

I tillegg besvarer barn, foreldre og barnets lærer spørreskjemaer om:

- Kjønnsidentitet og kjønnsrolle i barndommen (The recalled Childhood Gender Identity/Gender role (RCGI) Questionnaire)
- Foreldrenes redegjørelse for barnets atferdsmessige og emosjonelle problemer (The Child behaviour Checklist (CBCL) questionnaire)
- Lærers redegjørelse for barnets atferdsmessige og emosjonelle problemer (The teacher Report Form (TRF) questionnaire)
- Barnets redegjørelse om sine atferdsmessige og emosjonelle problemer (The Youth Self-Report (YSR) Questionnaire)

I tillegg vil det brukes andre spørreskjema ved behov etter en individuell vurdering.

Psykiater eller psykolog fyller ut følgende fire skjemaer i forbindelse med de strukturerte intervjuene med barnet: The Biographic Data questionnaire, The Diagnostic Assessment (DIA) questionnaire, The BIG Evaluation Criteria. I tillegg fyller psykiater eller psykolog ut The Childrens' Global Assessment Scale (CGAS), som skal gi en vurdering av sosial, ervervsmessig og psykologisk fungering hos pasienten.

#### **5.3.3.7.1.2      *Oppfølging hos NBTS***

I alderen før puberteten starter, varierer kontrollenes hyppighet alt etter behov; hver 3., 6. eller 12. mnd. Når pubertet nærmer seg vil barne- og ungdomspsykiater i samtaler med pasienten også få belyst hvordan barnet ser på det å gå gjennom puberteten.

#### **5.3.3.7.1.3      *Oppfølging hos BUP***

Henvise helsepersonell ved BUP har ansvar for eventuell oppfølging av pasient og familie mellom kontrollene hos NBTS, dersom det er ønskelig. NBTS bistår med veiledning dersom det er nødvendig.

#### **5.3.3.7.2      *Utredning i forbindelse med pubertet***

##### **5.3.3.7.2.1      *Endokrinologisk utredning***

Pasienten henvises til barneendokrinolog for vurdering i begynnende pubertet eller senest ved 12 års alder. De som starter utredning ved NBTS etter 12 års alder vil automatisk bli henvist til endokrinologisk vurdering.

Den barneendokrinologiske undersøkelsen innledes med opptak av familieanamnese og vanlig sykehistorie inklusive eventuelt bruk av medikamenter. Høyde- og vektregistrering føres i vekstkurver for det aktuelle kjønn tillagt ved fødselen. Videre gjøres full kroppundersøkelse med stadieinndeling av pubertetstegn ad modum Tanner.<sup>42</sup>

Oppgitt gjennomsnittlig alder for Tanner 2 hos gutter er 12 år og hos jenter knapt 11 år (Tanner 2 bryst).

Pasientens foresatte får muligheten til å være med på konsultasjonen med pasientens samtykke. Ved konsultasjonen gjennomgås forløpet av en fysiologisk pubertetsutvikling.

---

<sup>42</sup> Se illustrasjon i Vedlegg 3

Det gjøres vurdering av behovet for videre utredning. Hvis barnet har sekundære kjønnskarakteristika som samsvarer med kjønn tillagt ved fødselen og en aldersadekvat, symmetrisk pubertetsutvikling er det ikke behov for ytterligere utredning. Hvis det avdekkes funn som gir mistanke om hormonelle forstyrrelse vil det bli gjort videre undersøkelser med blodprøver og eventuell billeddiagnostikk.

Barneendokrinolog refererer pubertetsstadium til det tverrfaglige teamet. Intervallet for neste vurdering av pubertetsutviklingen avhenger av hvilket Tanner stadium barnet er i og hva som besluttes av oppfølging fra NBTS.

#### **5.3.3.7.2.2      *Psykiatrisk utredning***

Etter vurdering hos barneendokrinolog følges pasienten videre hos barne- og ungdomspsykiater ved NBTS; fortsatt i et tett samarbeid med henvisende helsepersonell. Selve indikasjonen for om pubertetsutsettende behandling bør igangsettes er basert på en fortløpende, evt. fornyet barne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og diagnostikk. Dette er i henhold til retningslinjene i Clinical Practice Guidelines utgitt av Endocrine Society, «Endocrine Treatment of Transsexual Persons» (2009).

Når utredningen er fullført, melder barne- og ungdomspsykiater fra til det tverrfaglige teamet om sin vurdering om pubertetsutsettende hormonbehandling kan anbefales.

#### **5.3.3.7.2.3      *Beslutning om pubertetsutsettende behandling***

Etter at barneendokrinolog og barne- og ungdomspsykiater har hatt utrednings- og oppfølgingsamtaler med pasienten, møtes det tverrfaglige teamet og vurderer om pubertetsutsettende behandling kan anbefales.

Om beslutningen er at behandlingen kan anbefales, får pasienten og foreldrene informasjon om beslutningen, utfyllende informasjon om behandlingen, og god tid til å vurdere om dette er noe pasienten ønsker. Oppstart av behandling tilbys tidligst ved Tanner stadium 2-3. Før oppstart av behandlingen vil pasienten få en ny konsultasjon med barneendokrinolog for gjennomgang av prinsipper for behandlingen og praktisk planlegging. Man belyser antatte fordeler og mulige sideeffekter ved behandlingen. Det informeres om at behandlingen er reversibel. Det betyr at pubertetsutviklingen vil fortsette igjen hvis behandlingen stoppes. I noen tilfeller, hvis ungdommen er i langtkommen pubertet, vil ikke behandlingen kunne stoppe puberteten effektivt. Dette vil i så fall bli avdekket under oppfølging av behandlingen og man må da vurdere andre behandlingsalternativer på individuelt grunnlag.

Undersøkelser som gjøres før oppstart av behandling er en aktuell statuskartlegging mht. pubertetsstadium, kjønnshormoner i blodet, røntgen håndskjelett for skjelettmodningsbestemmelse samt benmineralmåling.

### **5.3.3.7.3 Pubertetsutsettende behandling**

Den pubertetsutsettende behandlingen gis i form av depotinjeksjoner som settes i underhuden hver 3.-4. uke. Hvis det er praktisk og hensiktsmessig for pasienten kan sprøyten settes ved legekantor eller helsestasjon på hjemstedet. Blodprøver som skal tas som monitorering av behandlingen kan også tas ved lokalt legekantor og sendes barneendokrinolog ved OUS for vurdering.

### **Pasienter igangsatt pubertetsutsettende behandling ved NBTS 2011-2014**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
KtM	0	0	0	1
MtK	0	2	1	2

Kilde: Tall fra NBTS, januar 2015

Pasienten har kontroll hos barneendokrinolog ved OUS en gang i halvåret eller oftere ved behov. Ved kontrollene vurderes om behandlingen har ønsket effekt. Hvis det er behov for kontroller utover dette, kan man i enkelttilfeller avtale med lokal helsetjeneste om å gjøre en klinisk vurdering av pasienten og melde resultatet til barneendokrinolog ved OUS som har ansvaret for behandlingen.

### **5.3.3.7.4 Cross-sex hormonbehandling**

#### **5.3.3.7.4.1 Utredning**

Vanlig alder for oppstart av cross-sex hormonbehandling er etter fylte 16 år. En viktig forskjell fra pubertetsutsettende behandling er at cross-sex hormon vil ha irreversible effekter. Retningslinjene Clinical Practice Guidelines utgitt av Endocrine Society, «Endocrine Treatment of Transsexual Persons» (2009) anbefaler oppstart ved om lag 16 års alder. En senere publisering peker på mulige negative følger av å ikke ha en normal hormonbalanse over lang tid (Hembree 2011), slik situasjonen vil være for de som starter relativt tidlig i pubertet og dermed får pubertetsutsettende behandling i mange år. I sjeldne tilfeller kan det etter en psykiatrisk vurdering av pasientens behov for cross-sex hormonbehandling være aktuelt å starte med en fysiologisk dose cross-sex hormon noe tidligere.

#### **5.3.3.7.4.2      Behandling og oppfølging**

Pasienter som går på pubertetsutsettende behandling vil som hovedregel fortsette denne behandlingen mens cross-sex hormon legges til i fysiologiske doser. Hormonbehandlingen igangsettes, kontrolleres og monitoreres av endokrinolog ved OUS. Eventuelle injeksjoner kan utføres på legekontor eller helsestasjon på hjemstedet.

Hormonbehandlingen følges opp av barneendokrinolog fram til 18 års alder. Behandlingen drøftes i det tverrfaglige teamet der også voksenendokrinolog deltar. Nyhenviste pasienter over 16 år vil som hovedregel utredes og behandles av voksenendokrinolog. Barne- og ungdomspsykiater og BUP følger pasienten opp til 18 år og i noen tilfeller fram til 25 år.

#### **5.3.3.7.5 Kirurgi**

Det har ikke vært praksis å igangsette kirurgisk behandling før fylte 18 år. Dette har sammenheng med at kirurgisk behandling gjøres som angitt først etter at man har vurdert effekten av hormonbehandling, og da er i de fleste tilfellene pasienten passert 18 år.

#### **5.3.3.7.6 Nevropsykiatrisk undersøkelse**

Det utføres nevropsykiatrisk undersøkelse av barn og ungdom under 20 år som har fått diagnosen F 64.0 eller F 64.2 ved NBTS. Undersøkelsen utføres i forbindelse med oppstart av hormonbehandling. Undersøkelsen består i nevropsykologisk kartlegging og MRI-testing. Dette gjøres som et ledd i datainnsamling til et forskningsprosjekt ved NBTS.<sup>43</sup> Formålet med studien er å få kunnskap om pubertetsutsettende hormoner og cross-sex-hormoners påvirkning på hjernens utvikling. Majoriteten av pasienter under 20 år går gjennom dette undersøkelsesopplegget for forskning. Den nevropsykiatriske utredningen av pasienter diagnostisert med transseksualisme inneholder følgende:

- Endokrinologiske undersøkelser
- MR-undersøkelse
- Nevropsykologisk undersøkelse<sup>44</sup>
- Konsultasjon hos logoped

---

<sup>43</sup> Se mer om forskningsprosjektene ved NBTS i vedlegg 2.

<sup>44</sup> Nevropsykologiske undersøkelser består av samtale og utføring av ulike tester og oppgaver. De funksjoner man utreder er innlæring og hukommelse, oppmerksomhet og konsentrasjon, evne til å forstå og bruke språk, abstrakt tenkning og problemløsning, samt rom-/retningsbaserte oppgaver. I noen tilfeller inkluderes også grov- og finmotoriske funksjoner og oppfattelse av sanseinntrykk.

### **5.3.4 Behandling i utlandet – oppfølging i Norge**

#### **5.3.4.1 Personer som gjennomgår behandling i utlandet**

Enkelte norske statsborgere som opplever kjønnsdysfori søker seg til behandling i utlandet. Det foreligger ikke tall på hvor mange personer som mottar kjønnsbekreftende helsehjelp i utlandet, men det er grunn til å tro at man kan dele etterspørselen etter dette inn i følgende hovedgrupper:

- Personer som ikke får tilbud om hormonell og/eller kirurgisk behandling ved NBTS.
- Personer som av ulike grunner ikke ønsker å benytte seg av tilbudene ved NBTS.
- Personer som har fått tilsagn til kirurgisk behandling ved NBTS, men som ønsker andre kirurgisk inngrep enn det som tilbys i Norge.
- Personer som flytter til Norge som flyktninger, arbeidssøkende, studenter eller av andre grunner, og som har gjennomgått hormonell og/eller kirurgisk behandling for kjønnsdysfori i et annet land.

#### **5.3.4.2 Hormonbehandling igangsatt i utlandet**

Det foreligger i dag ikke noen rutiner for helsemessig oppfølging av personer med kjønnsdysfori som har gjennomgått kirurgisk behandling og/eller har igangsatt hormonbehandling i utlandet. Det er dermed grunn til å tro at dette er en pasientgruppe som får mangelfull oppfølging.

NBTS har som praksis at en diagnose og eventuell behandlingsindikasjon skal utredes på nytt før behandling kan videreføres i Norge. Dette kan føre til at kjønnsbekreftende helsehjelp ikke blir videreført. Det kan også være en risiko for at behandling som er igangsatt heller ikke følges med hensyn til potensielle bivirkninger.

Det er kjent at flere personer som opplever kjønnsdysfori kjøper cross-sexhormoner via internett. Noen av de som går til anskaffelse av hormoner via nettet, får medisinsk oppfølging av fastlege eller en annen behandler i forbindelse med dette.

#### **5.3.4.3 Kirurgi gjennomført i utlandet**

Enkelte som har fått avslag på behandling ved NBTS, eller av ulike grunner ikke ønsker å gjennomgå utredning her, oppsøker kirurgisk og hormonell behandling i utlandet.

Det er ingen tilgjengelig statistikk over omfanget av mennesker som søker ut av landet for kirurgisk behandling. Men som vist i punkt 7.2 har til sammen 11 personer bedt Helsedirektoratet om bekreftelse på ny juridisk kjønnsstatus etter gjennomført kirurgisk

behandling i utlandet i perioden juni 2013 til desember 2014. I tillegg har enkelte gjennomgått kjønnsbekreftende behandling i utlandet, uten å ha gjennomgått/dokumentert kirurgisk kastrasjon. Disse personene har derfor ikke fått endre juridisk kjønn i Norge.

Noen ønsker andre typer inngrep enn de som tilbys ved NBTS. Dette gjelder bl.a. KtM-pasienter som ønsker utført en spesifikk type penisplastikk.

Det foreligger ingen rutiner for at personer som har gjennomgått kjønnsbekreftende kirurgisk behandling i utlandet mottar videre oppfølging i Norge, og det er grunn til å tro at det er stor variasjon når det gjelder innhold og omfang i oppfølgingen.

### **5.3.5 Tilbud fra andre**

Andre tilbud enn de som er nevnt over kan finnes i både spesialist- og primærhelsetjeneten eller privat. Det arbeider i dag en rekke fagpersoner som har spesialutdanning i for eksempel klinisk sexologi og rådgivning ved blant annet habiliteringstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlegekontor og i private medisinske og/eller psykologiske sentra.

Enkelte fagpersoner som har kompetanse i og erfaring med utredning av kjønnsdysfori har dannet et fagnettverk for helsepersonell. Dette uformelle fagnettverket består av faggruppene lege, psykiater, sexolog og psykolog. Noen av disse er offentlig ansatte eller driver privat praksis med eller uten driftsavtale med de regionale helseforetakene. Andre har ingen offentlig tilknytning og pasientene må derfor betale fullt ut det tjenesten koster uten bidrag fra det offentlige.

Nettverket konsulterer hverandre når en eller flere av helsepersonellet i gruppen trenger drøfting av, eller støtte til, å iverksette hormonbehandling og/eller henviser til større eller mindre kirurgiske inngrep. Nettverket diskuterer også problemstillinger knyttet til enkeltpersoner, familier eller nettverk. Nettverket støtter seg til WPATH sine behandlingsstandarder (SOC), syvende versjon. Ved konsensus foreskriver lege kjønns hormoner og pasientene følges opp med regelmessige kontroller. Ved enkelte tilfeller henviser nettverket til brystfjerning ved private klinikker for pasientens egen regning. Det skrives anbefalingsbrev for dem som ønsker kirurgi i utlandet.

Internasjonalt og i Norge er det særlig de sexologiske fagmiljøene som har vært aktive når det gjelder tilbud om helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori. Formelt er denne kompetansen i liten grad implementert i de offentlige helsetjenestene.



I Norge var det per 31. desember 2014 godkjent 17 spesialister i klinisk sexologi og 97 spesialister i sexologisk rådgivning i regi av Nordic Association for Clinical Sexology (NACS).<sup>45</sup> Dette gjelder blant annet leger, psykologer og annet helsepersonell. Universitetet i Agder har i løpet av en tiårs periode utdannet over 200 sexologiske rådgivere. Både Høgskolen i Oslo og Akershus og Universitetet i Oslo har studietilbud innenfor det sexologiske fagfeltet.

#### **5.3.5.1 Grimstad MPAT-institutt/NB22**

Grimstad MPAT-institutt er en virksomhet med tre faste ansatte: Professor i sexologi, spesialist i klinisk psykologi og familieterapeut IAP Elsa Almås, professor i sexologi, allmennlege og familieterapeut IAP Esben Esther Pirelli Benestad, foruten en legesekretær. Periodevis har instituttet en psykologpraktikant.

NB22 er et Oslo-kontor for Grimstad MPAT-Institutt, i tillegg til at det jobber en selvstendig sexologisk rådgiver der og at kontoret er tilholdssted for Forbundet for transpersoner (FTP).

Grimstad MPAT-Institutt/NB22 mottar personlige henvendelser fra den enkelte klient og henvisninger fra alle deler av helsetjenesten, samt interesseorganisasjoner og lavterskeltilbud. Det tilbys og gjennomføres også veiledning med andre terapeuter med mindre erfaring fra feltet. I tillegg tilbys veiledning av barn, ungdom og voksne sosiale nettverk, når disse har behov for informasjon, råd og støtte.

Pasientomfanget fra august 2014 til januar 2015: 83 pasienter med kjønnsinkongruens gikk til jevnlig konsultasjoner, hvorav 34 var KtM og 49 var MtK. 14 av pasientene var under 18 år, og pasientene var fra 8 til 78 år.

Alle samspill med klienter tilstreber avpatologisering og avstigmatisering. Det anvendes positive ord og begreper som "transtalent" og "transbegavet" for å motvirke sykdoms- og feil-tenkningen. All behandling individualiseres ut fra klientenes subjektive behov for å utvikle positiv kjønnsstilhørighet, behov for hormonelle justeringer/kroppsjusteringer samt behov for større eller mindre kirurgiske inngrep. Full kjønnsomgang oppfattes subjektivt som den justering hver enkelt måtte trenge for å finne ro i en positiv kjønnsstilhørighet.

All større eller mindre kirurgisk behandling utføres andre steder etter henvisning. Hormonbehandling skjer som regel i samarbeid med fastlegen. Grimstad MPAT-institutt er del av det uformelle faglige nettverk for helsepersonell beskrevet over.

---

<sup>45</sup> E-post fra Knut Hermstad, leder for autorisasjonsutvalget i Norsk forening for klinisk sexologi, 26. januar 2015

Ut over den kliniske virksomheten produserer Almås og Benestad faglige artikler, faglige presentasjoner på kongresser, foruten omfattende foredrag/forelesningsvirksomhet i inn- og utland.

#### **5.3.5.1 Sex og samfunn – senter for ung seksualitet**

Sex og samfunn - Senter for ung seksualitet, er et lavterskeltilbud som har jobbet med seksualitet og kjønn siden 1971. Senteret har bred fagkompetanse og finansieres både av statlige midler og av midler fra Oslo kommune. Ansatte ved senteret inkluderer leger, helsesøstre, sykepleiere, psykiatrisk sykepleiere og sexologiske rådgivere.

Senteret har årlig rundt 25 000 konsultasjoner og underviser rundt 220 tiendeklasser i Osloskolen hvert år. Undervisningen fokuserer blant annet på kjønnsidentitet og kjønns mangfold, og flere ganger har elever tatt kontakt i etterkant for å få råd og hjelp i forhold til vansker med egen kjønnsidentitet.

I 2013 hadde senteret en samtalegruppe for unge transpersoner. Sex og samfunn har i ettertid fulgt opp flere av disse ungdommene.

Senteret har jevnlig personer med kjønnsidentitetstematikk blant sine pasienter, som oppsøker dem for sexologisk rådgivning, samtale om psykisk helse, prevensjon, smittesjekk og behandling av SOI.

Ansatte ved Sex og samfunn opplever at helsepersonell og foreldre tar kontakt i forbindelse med kjønnsidentitetstematikk. De gir info, tilbyr samtale og videreformidler kontakt til aktuelle hjelpetiltak.

Fagpersonene ved senteret utarbeider *Metodeboken* som blir solgt til, og brukt, av helsepersonell over hele landet. De utvikler også undervisningsopplegg, kurs, foredrag, brosjyrer og annet informasjonsmateriell. I *Metodeboken* fra 2014 er det i kapitlet *Sexologi* et eget avsnitt om hvordan helsepersonell bør imøtekomme transpersoner, med tanke på språkbruk, kjønnspronomen og problemer knyttet til kjønnsdysfori. *Metodeboken* har også et avsnitt om hvilke smitteprøver (SOI) man kan tilby transpersoner, med respekt og forståelse for at dette kan være vanskelig for en del.

## **6. AKTUELLE BRUKER- OG INTERESSEORGANISASJONER OG LAVTERSKELTILBUD**

### **6.1 Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS)**

Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS) er en landsdekkende bruker- og pasientorganisasjon for mennesker som søker, har eller har hatt diagnosen transseksualisme og som går igjennom en kjønnsbekreftende behandling på Rikshospitalet. HBRS ble stiftet i år 2000, og har som mål å arbeide politisk og sosialt for at kvinner og menn som går igjennom en kjønnsbekreftende behandling på Rikshospitalet skal kunne leve åpent, uten frykt for å bli sosialt utstøtt eller diskriminert.

Organisasjonen arrangerer kurs, foredrag og faglige konferanser for fagfolk, skoler, folkevalgte og personer med kjønnsidentitetstematikk.

HBRS har rundt 260 medlemmer. Av disse medlemmer er ca. 100 medlemmer av barne- og ungdomsorganisasjonen (HBRSU). HBRS organiserer omtrent 25-30 % av de som er i eller har fått behandling på Rikshospitalet. I tillegg består HBRS av foreldre-familieforening, og fire regionallag. Det arrangeres sosiale sammenkomster og et årlig sommertreff på Tjøme for HBRS sine medlemmer.

HBRS tilbyr sine medlemmer samtaler og selvutviklingsgrupper i samarbeid med psykolog og andre fagpersoner. HBRS har fokus på rehabiliterende arbeid hvor den psykososiale situasjonen er sentral.

### **6.2 Forbundet for transpersoner (FTPN)**

Forbundet for transpersoner Norge (FTPN) er en interesseorganisasjon for alle transpersoner. Dette er personer som ønsker å være eller opptre i et annet kjønnsuttrykk enn det man er blitt tillagt ved fødselen. Foreningens formål er todelt:

- Å samle transpersoner i en slagkraftig organisasjon, som samarbeider med politiske partier, offentlige myndigheter og private foretak for å bedre den måten samfunnet tar vare på transpersoner som gruppe.
- Å bidra med støtte til personlig utvikling for at den enkelte skal komme i bedre harmoni med seg selv og sine omgivelser.

Forbundet for transpersoner ble dannet allerede i 1966, da med navnet FPE-NE (Full Personal Expression Northern Europe) og var opprinnelig en lukket forening for mannlige transvestitter. FTPN har i dag medlemmer fra alle sosiale lag, alle kjønnsidentiteter og -kjønnsuttrykk, ofte også deres partnere. FTPN kan formidle rådgivning og hjelp til å løse

familie- og/eller sosiale utfordringer. For å bedre forståelsen for transpersoners situasjon, bidrar FTPN til å spre informasjon om det å være transperson til offentligheten. Foreningen arbeider spesielt med å spre informasjon til skoler, arbeidsplasser og til ansatte i helsevesenet.

I 2013 fikk FTPN prosjektmidler som muliggjorde et lavterskeltilbud for transpersoner. Dette tilbudet driftes gjennom et samarbeid med Stensveen Ressurssenter på Toten.

### **6.3 Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH)**

LLH - Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner er en interesseorganisasjon som arbeider for likestilling, og mot alle former for diskriminering av homofile, lesbiske, bifile og transpersoner (LHBT-personer) i Norge og internasjonalt. LLH har en målsetning om et samfunn der alle lhbt-personer åpent kan leve ut sin identitet, kjærlighet, seksualitet og sine kjønnsuttrykk basert på likeverd og samtykke uten fare for å bli diskriminert og/eller trakassert. LLH har rundt 2300 medlemmer. Fylkes- og lokallagene i LLH har som oppgave å jobbe for at lhbt-personer i hele landet skal ha trygge møteplasser og noen å snakke med når de trenger det. Alle lagene har møter hvor også ikke-medlemmer er velkomne. Mange av lagene driver kaféer, aktivitetsgrupper, foreldrenettverk, idrettslag og arrangerer fester.

LLH gir informasjon om lhbt-personer til myndigheter og politikere, familievernkontorer og helsevesen. De bruker aktivt media for å spre informasjon i befolkningen, og deres mange fylkes- og lokallag driver informasjonsarbeid på skoler og universiteter. Helsedirektoratet finansierer Rosa kompetanse – helse, et program for å øke kompetansen om lhbt blant helsepersonell. Gjennom *Transpolitisk utvalg* og prosjektet *Kjønns mangfold* arbeider LLH aktivt for å utvide rommet for kjønn, slik at mennesker kan få utvikle og uttrykke sin kjønnsidentitet. LLH har også et *transnettverk* som fungerer som en sosial møteplass for alle som er opptatt av kjønns mangfold og variasjon i kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet.

### **6.4 Skeiv Ungdom**

Skeiv Ungdom er en partipolitisk og religiøs uavhengig, frivillig, rusforebyggende organisasjon for ungdom under 30 år. Målgruppa deres er unge mennesker som utfordrer de tradisjonelle normene rundt kjønn og seksualitet, men alle som støtter organisasjonens formål er velkomne som medlemmer. Skeiv Ungdom jobber for hvert enkelt menneskes frihet til å være seg selv uavhengig av kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk eller seksualitet. Skeiv Ungdom jobber rettighetspolitisk for å sikre likeverdige, juridiske rettigheter for målgruppa si, samtidig er de en organisasjon som jobber for å skape sosiale tilbud for skeive ungdommer over hele landet. I 2014 hadde organisasjonen 1080 medlemmer hvorav 151 var

under 18 år. Organisasjonen har medlemmer fra alle landets fylker som fordeler seg på 10 lokallag fra Tromsø i nord til Kristiansand i sør.

Kjønnspolitisk utvalg i Skeiv Ungdom jobber med spørsmål rundt trans og kjønnsidentitetstematikk. Utvalget jobber politisk, arrangerer seminarer, avholder sosiale kvelder, holder foredrag rundt transtematikk og arrangerer årlig en kjønns mangfoldleir for alle kjønns mangfoldige ungdommer under 30 år i Norge. Leiren er den eneste leiren av, for, og med kjønns mangfoldig ungdom i Norge.

Hvert år arrangerer Skeiv Ungdom sommerleiren Jafnadr og kunnskapskonferansen Stolt. Skeiv Ungdom driver også skoleinformasjonsprosjektet RESTART som retter seg mot skoleelever. Ungdomstelefonen er Skeiv Ungdoms telefontjeneste; et tilbud til unge som trenger noen å snakke med om seksualitet, kjønn, identitet, legning, forelskelse, aktivitetstilbud eller sikrere sex.

### **6.5 Skeiv Verden**

Skeiv verden er en nettverksgruppe for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner med etnisk minoritetsbakgrunn og deres familier. Deres visjon er et samfunn der alle, uavhengig av kjønn og etnisk opprinnelse, kan leve ut sin seksuelle orientering og sin kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Skeiv Verden jobber med å skape et trygt nettverk hvor folk kan finne sammen, dele erfaringer og støtte hverandre. Det foregår blant annet gjennom personlig rådgivning, samtalegrupper, sosiale sammenkomster i ulike grupperinger, informasjonsarbeid og samhandlende aktiviteter. Skeiv Verden holder til i Oslo, og driver også utadrettet informasjonsvirksomhet og holdningsutfordrende arbeid som fremmer integrering og likeverd.

Skeiv Verden har 10 års erfaring med å jobbe med lesbiske, bifile, homofile og transpersoner (lhbt) med etnisk minoritetsbakgrunn. Målgruppa er svært variert og fra mange ulike kulturbakgrunner, noe som både utgjør en utfordring og en ressurs i arbeidet. Nettverket består i dag av 200-250 personer på e-postliste, hvorav rundt 130 av disse er registrerte medlemmer og rundt 180 deltar på arrangementer gjennom året.

### **6.6 Stensveen ressurscenter**

Stensveen ressurscenter AS er et privat lavterskeltilbud som gir støtte til mennesker som har utfordringer med sin kjønnsidentitet og sitt kjønnsuttrykk. Stensveen møter mennesker i ulike kriser og hjelper dem til å ta styringen i sitt eget liv ved å gi dem tid og hjelp til å se seg selv, og søke relevant faglig hjelp om det trengs.

Stensveen har et tilbud om hjelp til utprøving av kjønnsuttrykk, som kan innbefatte valg av brystprotese eller penisprotese, permanent hårfjerning, og bistand med klær, sminke og kroppsspråk. For mange er Stensveen det stedet en først våger å prøve ut sitt kjønnsuttrykk og leve i sin kjønnsidentitet. Stensveen tilbyr samtale, rådgivning, og informasjon til mennesker med kjønnsidentitetstematikk og deres pårørende. Rundt 50 personer benytter seg årlig av Stensveens tilbud om rådgivning, samtale og utprøving av kjønnsuttrykk, med rundt 200 konsultasjoner totalt. Kjønnfordeling blant deres brukere er jevn og like mange under og over 30 år benytter seg av Stensveens tilbud.

Stensveen tilbyr døgnopphold som del av tilbudet om utprøving og avklaring av kjønnsidentitet og -uttrykk i trygge omgivelser. For mange oppleves det å prøve ut et fysisk kjønnsuttrykk på sitt hjemsted som umulig. Stensveen gir støtte og motivasjon til å starte en trygg utprøving på hjemstedet.

Stensveen arrangerer sosiale sammenkomster og utflukter, og har gjennomført vintertreff, sommertreff, høsttreff og juletreff siden 1997. I tillegg arrangeres mangfoldskafé en torsdagskveld i måneden. Treffene har alt fra 10 deltakere til mellom 50 og 70 deltakere på juletreffet med egen julegudstjeneste og julebord.

I samarbeid med Forbundet for transpersoner og Harry Benjamin Ressurssenter gjennomfører Stensveen seminarer og kurs med temaet "Trygg i eget uttrykk" på høyskoler, skoler, sykehus, institusjoner, organisasjoner, for ansatte i barnehager lag og foreninger samt til enkeltpersoner. Senterets leder Marion Arntzen har de siste tre årene holdt rundt 50 forelesninger over hele Sør-Norge, med tyngdepunkt på Østlandet. Marion Arntzen har sammen med Kari Kahrs utgitt bøkene "Mann er da kvinne" (2011, Piratforlaget) og "De usynlige kjønn" (2013, Fagbokforlaget). En ny bok, "Så falt brikkene på plass" (Fagbokforlaget) kommer i juni 2015.

Våren 2010 viste NRK2 tv-serien "Jentene på Toten". Serien tar utgangspunkt i Stensveen Ressurssenter og et antall transpersoner i nettverket deres.

Senteret har knyttet til seg gestaltterapeut, psykolog, sexolog og logoped, og har kontakt med leger som ønsker å bidra som "trygge leger" til målgruppen.

## 7. FASTSETTELSE OG ENDRING AV JURIDISK KJØNN

### 7.1 Lov om folkeregistrering

Det følger av lov om folkeregistrering § 4<sup>46</sup> at personer bosatt i Norge skal ha et fødselsnummer. Fødselsnummeret tildeles i Det sentrale folkeregisteret som administreres av Skattedirektoratet.

I forskrift om folkeregistrering<sup>47</sup> er det gitt nærmere bestemmelser om tildeling og endring av fødselsnummer. Av forskriftens § 2-2 fremkommer at et fødselsnummer skal ha elleve siffer, hvor de seks første består av vedkommendes fødselsdato. De siste fem siffer kalles personnummer. Det tredje sifferet i personnummeret er for juridiske kvinner et partall og for juridiske menn et oddetall.

Norske fødselsnumre er altså kjønnsesifikke og har to kategorier; kvinne eller mann. En persons kjønn registreres på bakgrunn av biologisk eller medisinsk definisjon og vurdering av kjønn. For nyfødte gjøres denne vurderingen i skjemaet «Melding om fødsel» hvor kjønnskategoriene gutt, jente eller ukjent<sup>48</sup> skal velges. Lege eller jordmor som er til stede under fødselen skal senest innen en uke sende melding om fødselen til folkeregistermyndigheten (skattekontoret) i den kommune moren er registrert bosatt ved barnets fødsel. Når barnet er født uten at lege eller jordmor er til stede, skal moren selv gi fødselsmelding til skattekontoret innen en måned.<sup>49</sup>

Det fremkommer av folkeregisterforskriftens § 2-2 at fødselsnummer kan endres «når fødselsdato eller kjønnsstatus endres». Begrepet «kjønnsstatus» er ikke definert i forskriften. Vilårene for endring av fødselsnummer grunnet endret kjønnsstatus er ikke regulert i lov eller forskrift.

Adgangen til å endre fødselsnummer grunnet endring av kjønnsstatus har eksistert i over 30 år.<sup>50</sup>

---

<sup>46</sup> LOV-1970-01-16-1 Lov om folkeregistrering

<sup>47</sup> FOR- 2007-11-09-1268 Forskrift om folkeregistrering

<sup>48</sup> Jmf. skjema: «Kjønn skal inntil noe annet er fastsatt, være jente».

<sup>49</sup> Fastsatt med hjemmel i lov om barn og foreldre av 8. april 1981 nr. 7 § 1

<sup>50</sup> Formuleringen «personnummer kan endres når kjønnsstatus endres» inngikk også i utgått forskrift FOR-1979-11-26-9

## 7.2 Dagens forvaltningspraksis

Fast forvaltningspraksis vedrørende endring av juridisk kjønn er at folkeregistermyndigheten foretar endring av personers fødselsnummer. Dette kan skje på to måter. Enten ved innsendelse av en bekreftelse fra Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus om at «endelig konvertering av kjønn har funnet sted». Fra og med juni 2013 har Helsedirektoratet utstedt tilsvarende bekreftelse til folkeregistermyndigheten for personer som har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling, inkludert kastrasjon, andre steder enn ved NBTS. Dette kan for eksempel gjelde personer som har mottatt kjønnsbekreftende helsehjelp i utlandet, og som ønsker å endre juridisk kjønn i Norge.

Før ovennevnte bekreftelse kan fylles ut og sendes til folkeregistret, er det et ulovfestet krav om at testikler/ovarier er fjernet i forbindelse med en kjønnsbekreftende behandling. I Norge er det praksis at kjønnsbekreftende kirurgi utelukkende utføres hos pasienter som har diagnosen F64.0, og vært gjennom en lengre psykiatrisk utredning, samt hormonbehandling.

I mangel på formaliserte vilkår er det altså etablert en forvaltningspraksis som setter kastrasjon som et *ekspisitt* krav for å få endret juridisk kjønn. Det foreligger samtidig *implisitte* krav om diagnose, siden det kun er personer med diagnosen F64.0 Transseksualisme som får tilbud om denne type kjønnsbekreftende helsehjelp ved NBTS.

Personer som har diagnosen F64.0, men ikke ønsker å gjennomgå kirurgisk fjerning av testikler/ovarier som del av sin kjønnsbekreftende helsehjelp, samt personer som ikke oppfyller kriteriene for diagnosen, vil etter dagens forvaltningspraksis ikke kunne få nytt fødselsnummer i Norge.

Sentralkontoret for folkeregistrering anslo at det fram til 2012 ble gjennomført ca. 10-12 årlige endringer av fødselsnummer grunnet «endring av kjønnsstatus».<sup>51</sup>

Ifølge nye tall fra Skattedirektoratet har antallet endringer vært betydelig høyere fra og med 2012.<sup>52</sup> Det oppgis følgende tall for vedtak om endret juridisk kjønn i hhv. 2012, 2013 og 2014:

- 2012: 32 vedtak
- 2013: 31 vedtak (28 saker fra NBTS + 3 saker via Helsedirektoratet)
- 2014: 33 vedtak pr 17. desember (26 saker fra NBTS + 7 saker via Helsedirektoratet)

---

<sup>51</sup> Helsedirektoratets brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 1. oktober 2012

<sup>52</sup> E-post fra Skattedirektoratet av 17. desember 2014.



Av de som i siste tre-årsperiode har fått endret juridisk kjønn, etter behandling ved NBTS, har anslagsvis 70 % endret fra kvinne til mann (KtM) (n=83 personer). Av de som har fått endret juridisk kjønn etter behandling annet sted, har ca. 22 % (2 av 10 personer) endret fra kvinne til mann (KtM) (n=10). Når det tildeles et nytt fødselsnummer vil det gamle fødselsnummeret bli stående i folkeregisteret med en henvisning til det nye nummeret og motsatt. Opplysninger knyttet til det tidligere nummeret blir overført til det nye fødselsnummeret, hvor også nye opplysninger blir registrert.

Endring av fødselsnummer medfører at en rekke offentlige dokumenter som pass, førerkort, fødselsattest mv. må endres. Tilsvarende vil gjelde for attester, studiebevis med mer.

Det fremkommer ikke direkte av forskriften hvilken myndighet som er henholdsvis første- og klageinstans for søknader om endret juridisk kjønn. På bakgrunn av uttalelser i Ot.prp. nr.38 (1991-1992) «Om endringer i lov av 16. januar 1970 nr. 1 om folkeregistrering» s.1, legges til grunn at Skattedirektoratet fortsatt er førsteinstans og Finansdepartementet klageinstans for vedtak om endring av juridisk kjønn.

Det foreligger ingen domstolsavgjørelser.

### **7.2.1 Kastrasjonskravets historiske bakgrunn**

Ekspertgruppa har ikke funnet noen helsefaglig begrunnelse for praksisen med å stille irreversibel sterilisering som et vilkår for å få endret juridisk kjønn. På 50-, 60- og 70-tallet ga ledende medisinere på feltet redegjørelser til myndighetene hvor det ble framstilt som en selvfølge at personene det gjaldt, ikke skulle kunne reproducere seg.

En av nestorene innen behandling av pasienter med kjønnsdysfori i Norge på 50- 60 og 70-tallet, overlege i psykiatri Per Anchersen, skrev 7. august 1979 i en redegjørelse til Kirke- og undervisningsdepartementet om endring av juridisk kjønn, personnummer og fornavn, blant annet at:

«En ufravikelig forutsetning for endring og fastsettelse av kjønnstilhørigheten for transseksualister av begge kjønn må etter min mening være en forutgående gjennomført sterilisering. (...) For menn har mitt krav om kastrasjon ikke budt på noen problemer fordi kastrasjon jo er innebygget i de feminiserende kirurgiske inngrep disse klienter ønsker. For kvinners vedkommende har jeg anført som begrunnelse for å tilrå kastrasjon at det uten dette vil være en i allfall teoretisk mulighet for å bli konvertert til en menstruerende mann. Og ved kun å gjennomføre en enkel sterilisering (som kan tenkes å slå feil) kan man i værste fall bli en mann som kan bli mor. En slik (nærmest tenkt) kalamitet vilde skape uløselige legale komplikasjoner og bringe hele behandlingsprosedyren ved transseksualisme i miskredit» (Anchersen, 1979).

Det er grunn til å tro at dagens forvaltningspraksis har mye av sin opprinnelse i lignende resonnementer som det ovenfor. Det å knytte spørsmål om juridisk kjønn tett opp til forventninger og krav om diagnostisering, fastsatte behandlingsregimer, samt irreversibel sterilisering har vært vanlig i svært mange land, inkludert våre naboland, jf. den svenske loven av om «fastställande av könstillhörighet i vissa fall»<sup>53</sup> fra 1972, som stilte sterilitet som et eksplisitt krav for å kunne endre juridisk kjønn.

De senere årene har den allmenne holdningen til kastrasjonskravet endret seg vesentlig, ikke minst sett i et menneskerettslig perspektiv. En rekke land har i løpet av få år vedtatt lovgivning som skiller reguleringen av juridisk kjønn fra den diagnostiske og behandlingmessige siden av saken. Norge er ett av flere land som har fått kritikk av nasjonale og internasjonale organisasjoner for at vilkåret om kastrasjon for å endre juridisk kjønn fortsatt er opprettholdt.

### **7.3 Lov om sterilisering**

Lov om sterilisering<sup>54</sup> inneholder bestemmelser om operasjon eller annet inngrep som tar sikte på å oppheve en persons forplantningsevne (sterilisering) eller kjønnsdrift (kastring).

Steriliseringsloven regulerer inngrep der selve formålet med inngrepet er å oppheve forplantningsevnen (sterilisering) eller kjønnsdriften (kastring) Jf. § 1 første punktum. I andre punktum står det at loven ikke gjelder inngrep eller behandling som av medisinske eller andre grunner er rettmessig etter rettsregler utenfor denne lov.

Lovens kapittel 1 inneholder nærmere bestemmelser om sterilisering. Hovedregelen er at alle som bor i Norge og har fylt 25 år kan bli sterilisert hvis de ønsker det. Personer under 25 år må søke og få behandlet saken av et eget utvalg – en steriliseringsnemnd. Det samme gjelder personer med en alvorlig sinnslidelse, psykisk utviklingshemming eller personer som er psykisk svekket.

Lovens kapittel 2 inneholder nærmere bestemmelser om kastrering. Etter lovens § 8 kan det gis tillatelse til kastrering hvis «han» på grunn av abnorm kjønnsdrift må formodes å ville begå sedelighetsforbrytelser. Søknad om kastrasjon avgjøres av Steriliseringsrådet.

---

<sup>53</sup> Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (1972:119)

<sup>54</sup> LOV-1977-06-03-57 Lov om sterilisering

### 7.3.1 Om forarbeidene til Steriliseringsloven

I Sverige og Danmark må kastrasjonsinngrep i forbindelse med kjønnsbekreftende helsehjelp til personer under 25 år, godkjennes av en nemnd som tilsvarer Steriliseringsrådet i Norge. Tilsvarende bestemmelse har vi ikke i Norge.

Det går fram av forarbeidene til den norske steriliseringsloven at det var uenighet i enkelte fagmiljøer om kastrasjoner med «kjønnsendrende formål» burde reguleres særskilt i loven. Fakultetsutvalget ved det Medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo var høringsinstans og ga uttrykk for at slike inngrep ikke burde kunne foretas på rene medisinske indikasjoner jf lovens § 1, men at det burde foreligge særlig søknad og behandling i Steriliseringsrådet.<sup>55</sup> I proposisjonen gjengis fakultetsutvalgets hørings svar slik:

«Etter utvalgets mening hersker det så liten enighet både om indikasjonene for slike inngrep og om resultatene av dem, at utvalget mener disse inngrep bør underkastes både en søknadsprosedyre og en lovmessig regulering. Hensikten med dette bør være at andre enn de leger som har det direkte behandlingsmessige ansvar for disse pasientene bør kobles inn i avgjørelsen om tilstanden skal behandles med kastrerende inngrep eller ikke».

Fakultetsutvalgets hørings svar ble imidlertid ikke tatt til følge av lovgiver.

### 7.4 Forslag om ukjønnnet personidentifikator i folkeregistret

Dagens to personidentifikatorer i Folkeregistret; fødselsnummeret og D-nummeret, har grunnet kapasitetshensyn begrenset levetid. Beregninger viser at kapasiteten vil være kritisk lav for D-nummer fra 2030 og for fødselsnummeret fra 2040. Det er behov for ny løsning aller senest i 2029.

I konseptvalgutredningen om «Ny personidentifikator i Folkeregistret» som Skattedirektoratet ga til Finansdepartementet 4. april 2014 anbefales det å beholde dagens ordning med elleve sifre i fødselsnummeret.<sup>56</sup> Samtidig foreslås det å fjerne informasjonen om kjønn, dvs. at betydningen av partall og oddetall for den niende posisjonen i fødselsnummeret skrur av for hele befolkningen.

Anbefalingen om en ukjønnnet personidentifikator begrunnes blant annet samfunnsøkonomisk med behovet for å velge et konsept som kan være mest mulig robust for nasjonal og internasjonal samfunnsutvikling når det gjelder utvidelse av

---

<sup>55</sup> Ot.prp 46 1976-1977 Om lov om sterilisering m.v, s. 10

<sup>56</sup> (Skattedirektoratet 2014)

tokjønnsmodellen. Når man velger konsept for personidentifikator gjøres dette for svært lang tid, og Skattedirektoratet har derfor grundig drøftet den sannsynlige utviklingen på dette området. Skattedirektoratet har også lagt vekt på Likestillings- og diskrimineringsombudet og interesseorganisasjoners innspilte synspunkter om hvilke konsekvenser dagens modell med kjønnen fødselsnummer har for personer som ikke identifiserer seg innen tokjønnsmodellen. Fra konseptvalgsutredningen siteres:

«Denne gruppen er økende, og med stor sannsynlighet vil den fortsette å øke de neste tiårene. Dette kan også underbygges om vi går 30 år tilbake i tid, og ser hvordan samfunnet har utviklet seg. Selv om gruppen er relativt liten, er personene sterkt berørt av at kjønnsopplysningen gis ut ubeskyttet og i mange sammenhenger. Dette gjelder særlig for personer som har motsatt juridisk kjønn enn deres utseende tilsier».<sup>57</sup>

Konseptvalgutredningen legger til grunn at det både nasjonalt og internasjonalt pågår store endringer når det gjelder anerkjennelse av rettighetene til personer som har en annen kjønnsidentitet enn den tillagt ved fødsel og/eller et kjønnsuttrykk som ikke samsvarer med tillagt kjønn. Konseptvalgutredningen viser blant annet til den nye diskrimineringsloven om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, og herværende ekspertgruppes utredning om vilkårene for endring av juridisk kjønn.

---

<sup>57</sup> Konseptvalgutredningen om "Ny personidentifikator i Folkeregisteret" Skatteetaten juni 2014, s. 78

## 8. JURIDISKE RAMMER

### 8.1 Menneskerettslige forpliktelser

#### 8.1.1 Innledning

Det grunnleggende menneskerettslige utgangspunktet er fastsatt i art. 1 i FNs menneskerettighetserklæring fra 1948: «Alle mennesker er født frie og like i verdighet og rettigheter». Verken menneskerettighetserklæringen eller menneskerettighetskonvensjonene har noen uttrykkelig regulering av spørsmål som gjelder kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Det er likevel klart at kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk har et menneskerettslig vern, som en del av diskrimineringsvernet og som en del av retten til privatliv. Kjønnsidentitet utgjør ett av de viktigste elementene i det enkelte menneskets identitet, og er derfor beskyttet allerede i utgangspunktet, som en del av det forordet til menneskerettighetserklæringen kaller menneskets «iboende verdighet».

Retten til privatliv og retten til frihet fra diskriminering er vernet i de sentrale menneskerettighetskonvensjonene: Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP), FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) og FNs barnekonvensjon (BK). Konvensjonene er gjort til en del av norsk rett gjennom menneskerettighetsloven, og med forrang foran norsk lov. EMK er den eneste av konvensjonene som har et effektivt håndhevingssystem, gjennom at klager kan bringes inn for Den europeiske menneskerettighetsdomstol (EMD).

Kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er omhandlet i enkelte internasjonale rettskilder som ikke er uttrykkelig juridisk bindende, såkalt *soft law*. I denne sammenheng må særlig nevnes The Yogyakarta Principles<sup>58</sup>, som er prinsipper om anvendelsen av internasjonale menneskerettigheter i relasjon til seksuell orientering og kjønnsidentitet, vedtatt av et internasjonalt panel av menneskerettighetsekspertene på en konferanse i den indonesiske byen Yogyakarta i 2006.

---

<sup>58</sup> Norge støtter Yogyakarta-prinsippene, jf. Regjeringens handlingsplan for bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012 (Barne- og likestillingsdepartementet 2008).

### 8.1.2 Forbudet mot diskriminering

Diskrimineringsforbudene i EMK art. 14, SP art. 2(1) og art. 26 og BK art. 2(1) inneholder en opprømsing av ulike diskrimineringsgrunnlag, slik som kjønn, rase og religion. Diskriminering av personer som opplever kjønnsinkongruens vil kunne falle inn under diskrimineringsgrunnlaget kjønn. De ulike diskrimineringsgrunnlagene er uansett ikke uttømmende – alle bestemmelsene inneholder til slutt uttrykket «or other status». Både kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk vil falle inn under sekkebetegnelsen «or other status».<sup>59</sup>

I forbindelse med revisjonen av Grunnloven i mai 2014, knyttet til grunnlovsjubileet, ble det foretatt en revisjon og utvidelse av det menneskerettslige grunnlovsvernet. Herunder ble det inntatt en bestemmelse i § 98 om diskrimineringsvern, der det heter at «Intet menneske må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling». Det er ikke nevnt noen uttrykkelige diskrimineringsgrunnlag, og det må antas at også kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er omfattet av bestemmelsen.

I internasjonalt arbeid mot diskriminering brukes ofte betegnelsen LGBT som fellesbetegnelse på lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Begrepet dekker ulike typer diskrimineringsgrunnlag – både seksuell orientering og ulike forhold knyttet til trans. Personer med kjønnsinkongruens vil kunne oppleve flerdimensjonal diskriminering, både som person med kjønnsinkongruens, som person med en tilsynelatende eller reell homofil seksuell orientering og som kvinne/mann.

Ikke all forskjellsbehandling er forbudt. Det er ikke konvensjonsstridig diskriminering dersom det foreligger saklig og rimelig grunn til forskjellsbehandlingen. I saken P.V. mot Spania aksepterte EMD samværsrestriksjoner mellom en person med kjønnsinkongruens og barnet, ut fra hensynet til barnets beste.<sup>60</sup> EMD konstaterte at transseksualisme klart er vernet mot diskriminering etter art. 14. EMD viste imidlertid til at restriksjonene var begrunnet i hensynet til barnets beste – nærmere bestemt klagerens emosjonelle ustabilitet, samt hensynet til at barnet skulle bli gradvis tilvent det nye kjønnsuttrykket, og derfor ikke var basert på klagerens transseksualitet som sådan. EMD har til nå behandlet få saker om

---

<sup>59</sup> I ØSK-komiteens General Comment nr. 20 er kjønnsidentitet nevnt som eksempel på «other status», jf. E/C.12/GC/20 avsnitt 32. Et gjennombrudd i FN når det gjelder vern mot diskriminering av homofile og personer med kjønnsinkongruens, ble oppnådd ved resolusjonen fra FNs menneskerettighetsråd i 2011 om å undersøke menneskerettighetsvilkårene for homofile og transseksuelle, særlig med tanke på diskriminering, vedtatt under dissens 23-19, jf. A/HRC/RES/17/19.

<sup>60</sup> P.V. mot Spania, appl.no. 35159/09 (2010) (dommen finnes bare på fransk og spansk). Se til sammenligning Salgueiro da Silva Mouta mot Portugal, appl.no. 33290/96 (1999), der en homofil mann vant fram med sin klage over restriksjoner ved samvær.

diskriminering av personer med kjønnsinkongruens.<sup>61</sup> Det er grunn til å tro at EMD ved behandlingen av saker om diskriminering av personer med kjønnsinkongruens vil legge seg på omtrent samme linje som ved diskriminering av personer med homofil seksuell orientering.<sup>62</sup>

EU-domstolen uttalte i saken P mot S og Cornwall County Council at transseksuelle er beskyttet mot diskriminering gjennom likestillingsdirektivet (76/207/EEC), som forbyr diskriminering grunnet kjønn.<sup>63</sup> Saken gjaldt avskjedigelse av en ansatt i en undervisningsinstitusjon, grunnet kjønnsbekreftelse.<sup>64</sup>

I forlengelsen av diskrimineringsforbudet kan nevnes at statene har plikt til å forby såkalt «hate speech» og andre handlinger som er uttrykk for hat mot en minoritet. Dette følger av statens såkalte positive plikter om å beskytte retten til privatliv og retten til frihet fra diskriminering, jf. også SP art. 20 (2).

### 8.1.3 Retten til privatliv

Retten til privatliv er beskyttet i EMK art. 8 og SP art. 17, jf. også Grunnloven § 102. Også retten til privatliv er utformet slik at det kan gjøres unntak, dersom dette er «nødvendig i et demokratisk samfunn» og skjer av hensyn til nærmere angitte grunner, slik som andres rettigheter og friheter. Også i denne sammenheng vil det måtte foretas en skjønnsmessig vurdering av om inngrepet er saklig, rimelig og forholdsmessig. Den enkeltes kjønnsidentitet regnes av EMD som å tilhøre «a most intimate part of an individual's life».<sup>65</sup>

Det foreligger flere avgjørelser fra EMD om retten til juridisk anerkjennelse av kjønnsbekreftende behandling, som bygger på at staten har plikt til å anerkjenne nytt

---

<sup>61</sup> Dette skyldes at EMD ofte har behandlet saker om kjønnsinkongruens kun opp mot art. 8 om retten til privatliv. Saken Grant mot Storbritannia, appl.no. 32570/03 (2006), gjaldt rettigheter til pensjon som kvinne for en postoperativ mann-til-kvinne, og klager vant fram, men etter art. 8, og art. 14 ble ikke behandlet. Det samme gjelder saken X, Y og Z mot Storbritannia, der det ikke ble ansett som brudd på EMK at en postoperativ kvinne-til-mann ikke fikk tillatelse til å adoptere et barn som hans samboer hadde fått ved hjelp av kunstig befruktning, jf. app. no. 21830/93 (1997)(storkammer). I senere lignende saker om adopsjon for homofile, er klager gitt medhold, jf. EB mot Frankrike, appl.no. 43546/02 (2008) og X mot Østerrike, appl.no. 19010/07 (2013).

<sup>62</sup> Som eksempler fra arbeidslivet se Smith og Grady mot Storbritannia, appl.no. 33985/96 (1999) og Lustig-Prean og Becket mot Storbritannia, appl.no. 31417/96 og 32377/96 (1999), og fra boligfeltet Karner mot Østerrike, appl.no 4016/98 (2003) og Kozak mot Polen, appl.no. 13102/02 (2010).

<sup>63</sup> P mot S og Cornwall County Council, sak C-13/94 (1996).

<sup>64</sup> Uttalelsen er fulgt opp i senere praksis fra EU-domstolen om pensjonsrettigheter etter kjønnsbekreftende operasjon, jf. KB mot NHS Pensions Agency, C-177/01 (2004) og Richards mot Secretary of State for Work and Pensions, C-423/04 (2006).

<sup>65</sup> Se for eksempel Van Kück-dommen avsnitt 72.

juridisk kjønn etter fullført kjønnsbekreftende kirurgi. Veien fram har vært lang, gjennom flere storkammeravgjørelser med dissens.<sup>66</sup> I sakene I mot Storbritannia og Christine Goodwin mot Storbritannia fra 2002 ble det gitt fullt gjennomslag fra et enstemmig storkammer for retten til juridisk anerkjennelse av gjennomført kjønnsbekreftende kirurgi.<sup>67</sup>

Det har vært reist spørsmål om endring av juridisk kjønn har betydning for retten til å inngå ekteskap. I sakene I mot Storbritannia og Christine Goodwin mot Storbritannia ga EMD klagerne også medhold i at de hadde rett til å inngå ekteskap med en person av et annet kjønn enn det nye juridiske kjønn, hvilket var blitt nektet i Storbritannia. Når det gjelder likekjønnede ekteskap, har EMD ennå ikke akseptert noen generell rett til dette.<sup>68</sup> Saken Hämäläinen mot Finland gjaldt en person som var gift, og som etter finsk rett måtte velge mellom å endre juridisk kjønn og skille seg og i stedet være i et registrert partnerskap, eller fortsette å være gift men da beholde sitt gamle juridiske kjønn. EMD kom i storkammer under dissens (14-2) til at dette ikke var i strid med retten til privatliv, at det ikke innebar brudd på retten til å gifte seg, og heller ikke innebar konvensjonsstridig diskriminering.<sup>69</sup>

Retten til privatliv har også en side til hvilke vilkår som stilles for helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori. Saken Van Kück mot Tyskland fra 2003 gjaldt spørsmålet om helseforsikringen pliktet å dekke utgiftene til hormonbehandling.<sup>70</sup> Tyskland ble dømt for brudd på både art. 8 om retten til privatliv og art. 6 om retten til rettfærdig rettergang, fordi tyske domstoler hadde foretatt en uriktig bevisvurdering. For det første var det ikke riktig å legge bevisbyrden på klageren ved vurderingen av om hormonbehandling var medisinsk nødvendig. For det andre var det uriktig å uttale at klagerens medisinske behov var en villet situasjon fra klageren selv. I saken Schlumpf mot Sveits ble Sveits dømt for brudd både på art. 6 og art. 8.<sup>71</sup> Det utgjorde manglende respekt for privatlivet at man hadde krevd en toårig observasjonsperiode før kjønnsbekreftende operasjon, i et tilfelle der det forelå diagnose og medisinske anbefalinger om rask operasjon, for en person som var 67 år på

---

<sup>66</sup> Dommene Rees mot Storbritannia, appl.no. 9532/81 (1986)(plenum)(dissens 12-3), Cossey mot Storbritannia, appl.no. 10843/84 (1990)(plenum)(dissens 10-8), B mot Frankrike, appl.no. 13343/87 (1992)(plenum)(dissens 16-5), og Sheffield og Horsham mot Storbritannia, appl.no. 22985793 og 23390/94 (1998)(storkammer)(dissens 11-9).

<sup>67</sup> I mot Storbritannia, appl.no. 25680/94 (2002)(storkammer), Christine Goodwin mot Storbritannia, appl.no. 28957/95 (2002)(storkammer). Avgjørelsene er ikke basert på at manglende anerkjennelse utgjør et inngrep i privatlivet, men at staten har visse positive plikter til å beskytte privatlivet. Se imidlertid Guerrero-Castillo mot Italia, appl.no. 39432/06 (2007): Peru ville ikke utstede nytt pass etter kjønnsbekreftende kirurgi, hvilket var til hinder for oppholdstillatelse i Italia. Italia hadde anerkjent kjønnsbekreftelsen, og oppfylte således EMK art. 8, og klagen ble derfor avvist som åpenbart grunnløs.

<sup>68</sup> Schalk og Kopf mot Østerrike, appl.no. 30141/04 (2010).

<sup>69</sup> Appl.no. 37359/07 (2014)(dissens 14-3).

<sup>70</sup> Van Kück mot Tyskland, appl.no. 35968/97 (2003)(dissens 4-3).

<sup>71</sup> Schlumpf mot Sveits, appl. no. 29002/06 (2009)(dissens 5-2) (dommen er kun tilgjengelig på fransk).



operasjonstidspunktet og hadde ventet med behandling av hensyn til sin ektefelle og sine barn.<sup>72</sup>

Det følger også av retten til privatliv at staten plikter å behandle alle opplysninger om den enkeltes kjønnsidentitet, og eventuelt pågående eller gjennomført kjønnsbekreftende helsehjelp, konfidensielt. Som beskrevet i ovenfor nevnte dommer gjelder også prosessuelle garantier ved saker om kjønnsbekreftende behandling, som tilgjengelig prosedyre, behandling innen rimelig tid, og adgang til reell overprøving.

Når det gjelder vilkårene for endring av juridisk kjønn, har EMD ikke til nå kommet med noen dom om at vilkår om sterilisering/kastrering i seg selv er uforholdsmessig inngripende.<sup>73</sup> I saken Nunez mot Frankrike fra 2008 ventet klager på kjønnsbekreftende kirurgi, og klaget over at ventetiden (rundt 6 år da saken var til behandling i EMD) innebar brudd på retten til privatliv ut fra forskjellen mellom kjønnsidentitet og juridisk kjønn.<sup>74</sup> Domstolen uttalte at det tilligger statenes skjønnsmargin om det skal være mulig å få endret juridisk kjønn før kjønnsbekreftende kirurgi er fullført.<sup>75</sup>

I dommen YY mot Tyrkia ble Tyrkia nylig dømt for brudd på EMK art. 8, ved å stille krav om sterilisering før kjønnskorrigerende kirurgi.<sup>76</sup> Avgjørelsen er konkret sett opp mot ordningen i Tyrkia. To av dommerne avga en supplerende uttalelse, der de beklaget at EMD ikke hadde angrepet saken prinsipielt i forhold til krav om sterilisering. I særavotumet er det en grundig gjennomgang av den internasjonale trenden på området, i retning av at slike krav ikke kan forsvares sett opp mot menneskerettighetene. Ut fra særavotumet fra to andre dommere, framstår det som åpent hva domstolen ville ha kommet til dersom problemstillingen hadde vært tatt opp prinsipielt.

---

<sup>72</sup> I saken L mot Litauen hadde klageren kun oppnådd delvis kjønnsbekreftende behandling, ut fra det som synes å ha vært et praktisk/lovmessig hull, basert på manglende bevilgninger, jf. appl.no. 27527/03 (2007)(dissens 6-1). Dette innebar brudd på art. 8.

<sup>73</sup> Kommisjonen kom i en eldre sak til at en klage over at loven krevde sterilisering kunne avvises som åpenbart grunnløs, jf. Roetzheim mot Tyskland, appl. no. 40016/98 (kommisjonen)(1997).

<sup>74</sup> Nunez mot Frankrike, appl.no. 18367/06 (2008) (avgjørelsen er kun tilgjengelig på fransk).

<sup>75</sup> Dommen avsnitt 1, jf. også Goodwin avsnitt 93 og I avsnitt 73. EMD uttalte at klageren kunne forbedre sin situasjon ved andre tiltak, f.eks. ved å velge et ikke-kjønnsspesifikt fornavn.

<sup>76</sup> YY mot Tyrkia, appl.no. 14793/08 (2015)

#### 8.1.4 Nærmere om krav om sterilisering/kastrering som vilkår for endring av juridisk kjønn

Krav om kjønnsbekreftende kirurgi, med tilhørende kastrasjon, er et meget inngripende vilkår. Jo tyngre det oppleves å leve med et juridisk kjønn i strid med kjønnsidentiteten, jo større preg av tvang vil et slikt vilkår ha. Det er derfor mulig å begrunne at et slikt vilkår er uforholdsmessig.<sup>77</sup> Andre rettigheter gir støtte for et slikt resultat, slik som forbudet mot nedverdiggende og umenneskelig behandling i EMK art. 3, retten til familieliv i EMK art. 12 og forbudet mot diskriminering i EMK art. 14.<sup>78</sup>

Det foreligger flere uttalelser fra internasjonale organer innenfor menneskerettighetsfeltet som stiller seg kritiske til slike inngripende vilkår for endring av juridisk kjønn. Selv om den rettskildemessige verdien kan variere, har denne type erklæringer politisk betydning, i tillegg til å utgjøre argumenter for håndhevende organer som EMD.

Europarådets ministerkomité vedtok i 2010 en anbefaling (recommendation) til medlemslandene om tiltak mot diskriminering grunnet seksuell orientering eller kjønnsidentitet.<sup>79</sup> I anbefalingen er det flere punkter som er relevante for hvilke vilkår som bør gjelde for endring av juridisk kjønn. Det vises særskilt til punkt 20 og 21:

«**Punkt 20:** Eksisterende krav til juridisk godkjenning av eit kjønnskifte, mellom anna endringar av fysisk art, bør gjennomgåast med jamne mellomrom for å fjerne krav som er urimelege.

**Punkt 21:** Medlemsstatane bør setje i verk passande tiltak for å garantere at ein person får eit gjennomført kjønnskifte fullt juridisk godkjent på alle livsområde, særleg ved å gjere det mogleg å skifte namn og kjønn i offentlege dokument på ein rask, oversiktleg og lett tilgjengeleg måte».<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> I masteroppgaven «Retten til kjønnsidentitet som menneskerettighet. Kan norsk forvaltningspraksis` krav om irreversibel sterilisering ved endring av fødselsnummer forsvares?», besvares spørsmålet i oppgavetittelen med nei (Sørli 2013).

<sup>78</sup> Det kan også spørres om manglende juridisk anerkjennelse kan ses som et pålegg om taushet og derfor i strid med ytringsfriheten. Dette ble påstått i saken Lustig-Prean og Beckett mot Storbritannia, som gjaldt homofile, jf. Note 64 ovenfor. EMD uttalte at det ikke kunne utelukkes, men tok ikke stilling.

<sup>79</sup> Recommendation CM/Rec(2010)5. Se også uttalelsen «Putting an end to coercive sterilisations and castrations», Doc. 13215, av en underkomité av Europarådets parlamentarikerforsamling, der det går fram av «explanatory report» at det også siktes til personer med kjønnsinkongruens.

<sup>80</sup> Følgende går fram av Explanatory Memorandum: «In some countries access to gender reassignment services is conditional upon procedures such as irreversible sterilisation, hormonal treatment, preliminary surgical procedures and sometimes also proof of the person's ability to live for a long period of time in the new gender (the so called "real life experience"). In this respect, existing requirements and procedures should be reviewed

Anbefalingen kom etter at Europarådets menneskerettighetskomissær Thomas Hammarberg i 2009 hadde avgitt rapporten *Human Rights and Gender Identity*, der han stiller seg sterkt kritisk til krav om kirurgiske inngrep (Hammarberg 2009).<sup>81</sup>

Det finnes også kritiske uttalelser fra FN-organer, slik som Kvinnediskrimineringskomiteens bekymring for steriliseringskrav,<sup>82</sup> og anbefalingen fra FNs spesialrapportør om tortur om å fjerne slike krav.<sup>83</sup> Særlig viktig er «Interagency statement» av 30. mai 2014, som er utarbeidet av WHO i samarbeid med flere tunge FN-organer: OHCHR, UN WOMAN, UNAIDS, UNICEF, UNDP og UNFPA, om «Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization». Sterilisering som krav for endring av juridisk kjønn er omtalt i rapportens side 7, og i anbefalingene avslutningsvis oppfordres statene og andre aktører til følgende: «Ensure that sterilization, or procedures resulting in infertility, is not a prerequisite for legal recognition of preferred sex/gender».

Yogyakarta-prinsippene fastslår i art. 3 at ingen skal være tvunget til å gjennomgå medisinske prosedyrer, herunder kirurgi, sterilisering eller hormonbehandling, for å endre juridisk kjønn. Internasjonale menneskerettighetsorganisasjoner, bl.a. Amnesty International, viser til Yogyakartaprinssippene i kritikken av stater som stiller slike vilkår.<sup>84</sup>

Videre foreligger det avgjørelser fra nasjonale domstoler, som har satt til side krav om kirurgiske inngrep som stridende mot EMK art. 8 eller grunnlovsmessige prinsipper, jf. avgjørelser fra både den tyske forfatningsdomstolen og konstitusjonsdomstolen i

---

in order to remove those requirements which are disproportionate. It should be noted, in particular, that for some persons it may not be possible, for health reasons, to complete every hormonal and/or surgical step required. Similar considerations apply with respect to the legal recognition of a gender reassignment, which can be conditional to a number of procedures and prior requirements, including changes of a physical nature.”

<sup>81</sup> Følgende framgår av rapporten s. 19: “Such requirements clearly run counter to the respect for the physical integrity of the person. To require sterilisation or other surgery as a prerequisite to enjoy legal recognition of one’s preferred gender ignores the fact that while such operations are often desired by transgender persons, this is not always the case. Moreover, surgery of this type is not always medically possible, available, or affordable without health insurance funding. The treatment may not be in accordance with the wishes and needs of the patient, nor prescribed by his/her medical specialist. Yet the legal recognition of the person’s preferred gender identity is rendered impossible without these treatments, putting the transgender person in a limbo without any apparent exit. It is of great concern that transgender people appear to be the only group in Europe subject to legally prescribed, state-enforced sterilisation.” (Hammarberg 2009).

<sup>82</sup> Uttalelse ved behandlingen av landrapporten til Nederland i 2010, CEDAW/C/NLD/CO/5.

<sup>83</sup> Rapporten for 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 78 og 88.

<sup>84</sup> Se rapporten «The state decides who I am» fra Amnesty International, av januar 2014, der bl.a. Norge kritiseres for kravet om kirurgiske inngrep.

Østerrike.<sup>85</sup> Av særlig interesse for Norge er en dom av Kammarrätten i Stockholm fra 2012. Saken gjaldt en anke fra RFSL over et vedtak i Socialstyrelsens Rättsliga råd, om gyldigheten av vilkåret i «Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall» (1972:119) om at den som skal få innvilget endring av juridisk kjønn må ha gjennomgått sterilisering eller på annen måte ikke lenger ha forplantningsevne. I dommen viste Kammarrätten til at formålet med kravet om sterilisering i den svenske loven var å unngå forvirring i slektskapsforholdene dersom en som endret sitt juridiske kjønn, uten å være sterilisert, fikk barn.<sup>86</sup> Retten foretok en proporsjonalitetsvurdering, der det ble vist til at kravet om sterilisering er svært inngripende, og kom til at begrunnelsen om at dette er nødvendig for å holde orden i slektskapsforhold ikke er tilstrekkelig. Retten fant at kravet var i strid med EMK art. 8 og art. 14. Avgjørelsen ble ikke brakt inn for høyeste rettsinstans. I etterkant av dommen ble vilkåret om sterilisering for endring av juridisk kjønn opphevet i Sverige i 2013.

Som nevnt ovenfor har EMD til nå henvist spørsmålet til statenes såkalte skjønnsmargin. Statenes skjønnsmargin er særlig viktig i spørsmål som kan oppfattes å inneholde moralske elementer. Men også på slike områder har EMD iblant vist en dynamisk tolkningsstil: «A failure by the Court to maintain a dynamic and evolutive approach would indeed risk rendering it [EMK] a bar to reform or improvement».<sup>87</sup> I dommene I og Goodwin uttalte domstolen følgende om avveiningen mellom samfunnets oppfatninger og hensynet til personer med kjønnsinkongruens: «... the Court considers that the society may reasonably be expected to tolerate a certain inconvenience to enable individuals to live in dignity and worth in accordance with the sexual identity chosen by them at great personal cost».<sup>88</sup> EMD har utviklet en egen metode ved behandlingen av denne type spørsmål, der et sentralt hensyn er om det har utviklet seg, eller er i ferd med å utvikle seg, en europeisk konsensus. Dette gjør at EMD ofte ikke står i førersetet i denne type spørsmål, men ser an utviklingen i medlemslandene. Det foregår i dag en tydelig trend i europeiske lands interne rett, samt på internasjonalt nivå, som EMD vil kunne legge vekt på. Saken YY mot Tyrkia er et skritt i retning av at slike vilkår ikke vil bli akseptert, når avgjørelsen leses sammen med

---

<sup>85</sup> Den tyske forfatningsdomstolens dom I BVR 3295/07, av 11. januar 2011 og Østerrikes konstitusjonsrett sak B 1973/08-13, av 3. desember 2009. Se også avgjørelse fra regiondomstolen i Bern-Mittelland i Sveits i sak CIV 12 1217 JAC, av 12. september 2013.

<sup>86</sup> Dom nr. 1968-12, Kammarrätten i Stockholm, 19. desember 2012.

<sup>87</sup> Goodwin avsnitt 74, I avsnitt 54.

<sup>88</sup> Goodwin avsnitt 91, I avsnitt 71. Det ligger i denne uttalelsen spor av en rett til "sexual self-determination". Se her også Van Kück-dommen avsnitt 73 og 78, der det tales om "the applicants freedom to define herself as a female person, one of the most basic essentials of self-determination" og "right to respect for her sexual self-determination". Uttalelsene fra Van Kück-dommen er gjentatt i den enstemmige dommen YY mot Tyrkia, jf. avsnitt 102. Yogyakarta Principles art. 3 taler om "each person's self-defined sexual orientation and gender identity".

særvotumet.<sup>89</sup> Dersom det reises sak mot Norge, kan det ut fra det som er nevnt her ikke utelukkes at en slik sak vil ende med at Norge blir dømt.<sup>90</sup>

### **8.1.5 Retten til helsehjelp**

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), har en egen bestemmelse om rett til helsehjelp i art. 12. Bestemmelsen «anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende». Bestemmelsen har preg av å være en målbestemmelse, og blir derfor vel så mye et argument som en rettslig bindende forpliktelse.

I Van Kück-dommen kom EMD som nevnt ovenfor frem til at det var i strid med retten til privatliv dersom det er den som hevder å oppleve kjønnsdysfori som må bevise dette. EMD uttaler om dette (avsnitt 56): «Gender identity is one of the most intimate private-life matters of a person. The burden placed on a person in such a situation to prove the medical necessity of treatment, including irreversible surgery, appears therefore disproportionate».

### **8.1.6 Barns rettigheter**

Det foreligger ikke like konkrete internasjonale føringer for behandlingen av barn med kjønnsinkongruens. Behandlingen av barn med kjønnsinkongruens må imidlertid oppfylle de generelle rettighetene som barn har, som først og fremst følger av FNs barnekonvensjon (BK). Det følger av BK art. 3 (1) at ved alle avgjørelser som gjelder barn, skal barnets beste være det sentrale hensynet: «In all actions concerning children, whether undertaken by public or private social welfare institutions, courts of law, administrative authorities or legislative bodies, the best interests of the child shall be a primary consideration».

Videre framgår det av BK art. 8 at statene plikter å respektere «the right of the child to preserve his or her identity». Barns rett til privatliv følger av BK art. 16 og retten til frihet fra diskriminering av BK art. 2 (2). Retten til helsehjelp følger av BK art. 24. Før det treffes avgjørelser om barnet, har barnet rett til å bli hørt iht. BK art. 12.

---

<sup>89</sup> YY mot Tyrkia, appl.no. 14793/08 (2015)

<sup>90</sup> Den samme konklusjonen er trukket i den danske utredningen, om den da lignende danske ordningen, jf. Rapport fra arbeidsgruppen om juridisk kønsskifte, avgitt til Justitsministeriet 27. februar 2014.

Grunnloven § 104 sier følgende om barns menneskerettslige rettigheter:

«Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.

Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Barn har rett til vern om sin personlige integritet. Statens myndigheter skal legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie».<sup>91</sup>

## **8.2 Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk og lov om likestilling mellom kjønn**

Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk og lov om likestilling mellom kjønn, trådte i kraft 1. januar 2014.

Tidligere var det ingen særskilt lov som forbød diskriminering grunnet kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

Likestillings- og diskrimineringsombudet foretok i 2005 en vurdering av om Lov om likestilling mellom kjønnene<sup>92</sup> som inneholdt forbud mot diskriminering grunnet kjønn, kunne anvendes på «transkjønnet».<sup>93</sup> Ombudet kom til at likestillingsloven kunne anvendes på diskriminering av denne gruppen, og viste blant annet til praksis fra EU-domstolen.

### **8.2.1 Forarbeidene - reformering av diskrimineringsvernet.**

I 2007 ble det nedsatt et utvalg for å utrede felles diskrimineringslov. Diskrimineringslovutvalget avga sin rapport i NOU 2009: 14 «Et helhetlig diskrimineringsvern». Utvalgets flertall gikk inn for én samlet diskrimineringslov med en kombinasjon av spesifikke diskrimineringsgrunnlag og en generell formulering (andre liknende vesentlige forhold ved en person) som skulle fange opp andre grupper som vernet omfattet.<sup>94</sup> Flertallets forslag innebar at personer med diagnosen transseksualisme skulle ha

---

<sup>91</sup> LOV-1814-05-17 Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven).

<sup>92</sup> LOV-2013-06-21-59 Lov om likestilling mellom kjønnene (Likestillingsloven).

<sup>93</sup> Sak 2005/072

<sup>94</sup> Lovutkastet § 4 første ledd.

et diskrimineringsvern gjennom diskrimineringsgrunnlaget kjønn, mens kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk for øvrig falt under den generelle formuleringen.<sup>95</sup>

Flertallet av høringsinstansene støttet en felles diskrimineringslov, men det framkom også enkelte kritiske røster.

I stedet for å foreslå å samle gjeldende diskrimineringslover i én lov, foreslo departementet i Prop.88 L (2012-2013) «Diskrimineringslovgivning (diskrimineringsloven om seksuell orientering, likestillingsloven, diskrimineringsloven om etnisitet, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)» å videreføre systemet med særlover for det enkelte diskrimineringsgrunnlag. Det heter i proposisjonen at transpersoner har behov for diskrimineringsvern fordi de er særlig utsatt for diskriminering og trakassering. Departementet viser til at transpersoner utfordrer tradisjonelle forestillinger om kjønn, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Det heter videre:

«Transpersoner er særlig sårbare og utsatte for vold, trakassering og forskjellsbehandling som reduserer deres livskvalitet og muligheter til deltakelse i samfunnet. Dette gjelder på alle samfunnsområder, på samme måte som for homofile, lesbiske og bifile. Departementet mener at det ut fra et menneskerettslig perspektiv er nødvendig å etablere et tydelig diskrimineringsvern for transpersoner».<sup>96</sup>

Forslaget begrenser ikke diskrimineringsvernet til personer som hadde foretatt kjønnsbekreftende behandling eller som oppfylte kriteriene for dette – transseksuelle:

«At transseksuelle skal ha et bedre vern enn andre transpersoner, er vanskelig å forsvare ut fra det at alle kan oppleve diskriminering og trakassering på samme måte. Det blir også vanskelig å avgrense hvem som skal ha et vern. Avgrensningen reiser spørsmål om grensen mellom transseksuelle og andre transpersoner, og hvem har rett til å definere denne. Det kan være mange grunner til at en transperson ikke ønsker eller ikke har mulighet til å gjennomgå en full kjønnsbekreftende behandling. Må man ha gjennomgått full kjønnsbekreftende behandling ved en norsk klinikk for å ha et vern, må man ha diagnosen eller er det nok at man har identifisert seg selv som transseksuell? Departementet mener av disse grunner at det ikke bør trekkes noe skille mellom transseksuelle og andre transpersoner, ved at noen skal ha et vern og andre ikke».<sup>97</sup>

Stortinget sluttet seg til lovforslaget ved behandlingen av Innst. 441L (2012-2013).

---

<sup>95</sup> NOU 2009:14 Et helhetlig diskrimineringsvern s. 167-169 og s. 172.

<sup>96</sup> Proposisjonen s. 117.

<sup>97</sup> Proposisjonen s. 118-119.

## 8.2.2 Nærmere om lovens innhold

Loven innebærer en viktig nyskaping for diskrimineringsvernet i Norge når det gjelder seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. For det første gjelder loven på alle samfunnsområder, med unntak for familieliv og andre rent personlige forhold, jf. § 2. Det tidligere diskrimineringsvernet knyttet til seksuell orientering gjaldt kun på boligområdet og i arbeidslivet. For det andre er det for første gang gitt en uttrykkelig regulering av diskriminering knyttet til kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Tidligere ble diskriminering av personer som var i ferd med eller hadde gjennomført kjønnsbekreftende behandling innfortolket i likestillingsloven, mens andre personer som opplever kjønnsinkongruens ikke hadde noe lovfestet diskrimineringsvern.

Loven er bygget opp på samme måte som de øvrige diskrimineringslovene og beskytter både mot direkte og indirekte diskriminering, jf. § 5. Forskjellsbehandling er likevel tillatt dersom denne er saklig, nødvendig og forholdsmessig, jf. § 6. Adgangen til forskjellsbehandling er særlig snever i arbeidsforhold – og kan bare tillates dersom en bestemt seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk er nødvendig for utførelsen av arbeidet.<sup>98</sup>

Loven har tilsvarende forbud mot trakassering og gjengjeldelse som øvrige diskrimineringslover, jf. §§ 8 og 9. Det er videre gitt særlige bestemmelser i arbeidsforhold, om forbud mot innhenting av opplysninger ved ansettelse og om arbeidsgivers opplysningsplikt, aktivitetsplikt og redegjørelsesplikt, jf. lovens kap. 4.

Loven håndheves av Likestillings- og diskrimineringsombudet og Likestillings- og diskrimineringsnemnda, på samme måte som øvrige diskrimineringslover.

Det er gitt bestemmelser om plikt til aktivt likestillingsarbeid for offentlige myndigheter og arbeidslivets organisasjoner, jf. §§ 12 og 13. Bestemmelsene er helt generelt formulert, og det går derfor ikke fram hva som nærmere ligger i denne plikten. Pliktene er heller ikke underlagt håndheving av ombudet og nemnda, jf. § 22.

Ved brudd på lovens bestemmelser kan det kreves oppreisning og erstatning etter bestemmelsene i § 24. Dette må gjøres overfor domstolene, da også denne bestemmelsen er unntatt ombudets og nemndas håndheving, jf. § 22.

---

<sup>98</sup> Proposisjonen s. 161.



### 8.2.3 Avgjørelser

Likestillings- og diskrimineringsnemnda har behandlet to saker etter likestillingsloven om diskriminering grunnet kjønnsbekreftende behandling, før diskrimineringsloven om seksuell orientering mv. ble vedtatt.

I sak 19/2008 hevdet klager at hun hadde vært utsatt for diskriminering på grunn av at hun hadde gjennomgått kjønnsbekreftende behandling noen år tidligere da hun ikke fikk stilling som prosesssteknikker innen oljesektoren. Nemnda uttalte at det er tale om et relevant diskrimineringsgrunnlag etter likestillingsloven, og viste til EU-domstolens tilsvarende forståelse av likestillingsdirektivet. I likhet med ombudet fant imidlertid ikke nemnda noen sammenheng mellom den omstendighet at hun hadde gjennomført kjønnsbekreftende behandling og vurderingen av hennes jobbsøknad.

Sak 32/2011 gjaldt en kvinne som var i en prosess med kjønnsbekreftende behandling. Virksomheten hun var ansatt i, skulle gjennomføre et forskningsprosjekt med intervjuer med barn og ungdom i deres egne hjem. Hennes arbeidsgiver ga henne beskjed om at hun ikke kunne delta som intervjuer i prosjektet grunnet hennes fysiske framtoning. Ombudet hadde kommet til at arbeidsgiveren handlet i strid med likestillingsloven, ut fra at arbeidsgiveren bygde på generelle antakelser om hvordan barn og unge ville reagere, uten at dette var tilstrekkelig begrunnet. Også nemnda kom til at det var tale om forskjellsbehandling, men i motsetning til ombudet kom nemnda til at forskjellsbehandlingen var saklig, nødvendig og forholdsmessig, og derfor ikke innebar brudd på likestillingsloven.<sup>99</sup>

Likestillingsombudet har i tillegg behandlet fire klagesaker etter likestillingsloven som ikke har gått videre til nemnda. Det er ikke i noen av disse konstatert brudd på likestillingsloven. Sak 06/1107 gjaldt en person som var i en overgangsfase fra mann til kvinne, og som i denne perioden ønsket to separate pass, som mann og som kvinne. Ombudet kom til at det var saklig grunn til å ikke utstede to pass, ut fra de funksjoner passet har som identitetsdokument.

For øvrig har ombudet håndtert en rekke henvendelser uten at disse er blitt behandlet som klagesaker, såkalte veiledningssaker. Flere av sakene gjaldt personer som mener seg diskriminert grunnet transproblematikk, men som ikke har vært i en prosess med kjønnsbekreftende operasjon, og som derfor har falt utenfor diskrimineringsvernet i likestillingsloven. I følge oversikt fra ombudet for perioden 2009-2013 ville fem av henvendelsene i denne perioden kunne vært fremmet som klagesaker etter ny lov.

---

<sup>99</sup> Saken kan sammenlignes med saken P.V. mot Spania for EMD, jf. pkt. 8.1.2.

Likestillings- og diskrimineringsombudet har etter at loven trådte i kraft i sak 14/840 fra september 2014 behandlet en henvendelse fra en person som hevdet at det er i strid med diskrimineringsloven om seksuell orientering § 5, annet ledd at vedkommende ikke får nytt fødselsnummer uten kirurgisk og hormonell behandling. LDO fant at gjeldende praksis med krav om hormonell behandling, diagnose og operasjon som vilkår for å endre juridisk kjønn, er å anse som forskjellsbehandling og diskriminering i strid med loven.<sup>100</sup> Helse- og omsorgsdepartementet har ikke bragt saken videre inn for Likestillings- og diskrimineringsnemnda.

I tillegg har Likestillings- og diskrimineringsombudet fått inn en rekke veiledningssaker som reiser viktige spørsmål knyttet til diskriminering på grunn av kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Noen av disse har blitt klagesaker, hvor det vil komme en uttalelse fra ombudet på et senere tidspunkt.

I tillegg til ovennevnte saker har LDO i løpet av 2014 registrert følgende henvendelser vedrørende juridisk kjønn og diskrimineringslovgivningen<sup>101</sup>:

- 14/938 Krav om kvinneandel i styret og hvorvidt man kan vektlegge kjønnsidentitet framfor juridisk kjønn
- 14/733 Publisering av juridisk kjønn på nettside over enkeltmannsforetak
- 14/1311 Manglende anerkjennelse av nytt juridisk kjønn på utlending som hadde bodd i Norge og gjennomgått kjønnsbekreftende behandling i hjemlandet.
- 14/2034 Transkvinne må gjennom en rekke kontrollspørsmål hver gang hun ringer NAV for å identifisere seg
- 14/971 Person med oppholdstillatelse for studier gjennomgår kjønnsbekreftende behandling i hjemlandet, men lærestedet bruker kun tidligere navn.

## 8.3 Helselovgivningen

### 8.3.1 Retten til helsehjelp og plikten til å sørge for helsetjenester

Lov om pasient- og brukerrettigheter<sup>102</sup> er en generell lov som gjelder ved all helsehjelp. Loven inneholder regler om retten til å få helsehjelp, om pasientenes rettigheter ved ytelse

---

<sup>100</sup> Sak 14/840 <http://www.ldo.no/no/Klagesaker/Arkiv/2014/18840-diskriminering-pa-grunn-av-kjonnsidentitet/>

<sup>101</sup> Oppgitt pr e-post fra LDO, januar 2015

<sup>102</sup> LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter

av helsehjelpen, saksbehandlingsregler og regler om klageadgang dersom pasienten mener at det har skjedd brudd på lovens regler.

Den som har rett til helsehjelp skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, pasientene skal ha mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og til å forsvare sine rettslige interesser. Pasientens selvbestemmelsesrett er et grunnleggende prinsipp som kommer til uttrykk på ulike måter i helselovgivingen – for eksempel i reglene om samtykke, informasjon, medvirkning og rett til fritt sykehusvalg

For å oppfylle pasientenes rett til helsehjelp skal kommunene sørge for primærhelsetjenester<sup>103</sup>, og staten skal gjennom de regionale helseforetakene sørge for spesialiserte helsetjenester.<sup>104</sup> *Sørge for-ansvaret* innebærer også en plikt til forsvarlig organisering av helsetjenestene.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 bestemmer at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 regulerer plikten til forsvarlig organisering av tjenestene og inneholder flere konkrete krav til tjenestenes innhold. Også private aktører som yter helsetjenester skal sikre forsvarlig organisering av tjenestene. Lov om helsepersonell<sup>105</sup> og reglene om plikten til forsvarlig yrkesutøvelse gjelder helsepersonell både i offentlig og privat virksomhet.

Gjennom ikrafttredelsen av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra januar 2012 og endringer i Lov om spesialisthelsetjenesten fra samme tidspunkt, er kommuner og helseforetak forpliktet til å sikre god samhandling og pasientflyt i og mellom forvaltningsnivåene.

Pasient- og brukerrettighetslovens §§ 2 -1 a) og b) inneholder nærmere bestemmelser om hvem som har rett til helsehjelp. Loven formulerer vilkåret for rett til helsehjelp i annet enn øyeblikkelig hjelp- situasjoner slik: «Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester» og «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp».

«Nødvendige helse- og omsorgstjenester» og «nødvendig helsehjelp» er en beskrivelse av den hjelpen pasienten har rett til å få og behovet for tjenestene er et vilkår for at den enkelte har rett på hjelpen. Den hjelpetrengendes behov ut i fra en helsefaglig vurdering<sup>106</sup>

---

<sup>103</sup> LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

<sup>104</sup> LOV-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten

<sup>105</sup> LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell

<sup>106</sup> Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

er avgjørende for omfang og nivå på helsehjelpen. Begrepet «nødvendig helsehjelp» eller «nødvendige helse- og omsorgstjenester» er en såkalt *rettslig standard*. Dette innebærer at bestemmelsens innhold kan utvikles og forandres over tid i tråd med samfunnsutviklingen.

Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket<sup>107</sup> inneholder nærmere regler om begrensninger i retten til helsehjelp for enkelte grupper som ikke er norske statsborgere, som har lovlig, men ikke fast opphold i riket. Forskriften inneholder bl.a. bestemmelser om at retten til spesialisthelsetjenester bare omfatter helsehjelp som ikke kan vente.<sup>108</sup>

Med unntak av øyeblikkelig hjelp-situasjoner, er henvisning fra fastlege eller annet helsepersonell med henvisningsrett, en forutsetning for å få spesialisthelsetjenester.

Forsvarlig helsehjelp innebærer at pasienten har krav på hjelp som er tilpasset individuelle behov, når det gjelder helsetilstand og livssituasjon. Valg av tiltak må baseres på pasientens sykdomshistorie, symptomer, medisinske og psykososiale faktorer.

At helsehjelpen skal ytes til rett tid, er en del av plikten til å yte forsvarlig helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetslovens § 2-2 gir egne regler om ventetid for vurdering av om pasienten er omfattet av retten til nødvendig helsehjelp og fastsettelse av tidspunkt for når pasienten senest skal få retten til helsehjelp oppfylt. § 2-3 gir pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra allmennlege. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand. Slik fornyet vurdering skal skje i Norge ved et annet norsk sykehus eller andre institusjoner tilknyttet spesialisttjenesten. Man har således ikke uten videre rett til en fornyet vurdering i utlandet med mindre vilkårene etter prioriteringsforskriften § 3<sup>109</sup> er oppfylt (gjelder vilkår for rett til helsehjelp i utlandet), jf. merknadene til § 2-3 og Rundskriv IS-12/2004 fra Sosial- og helsedirektoratet.

---

<sup>107</sup> FOR-2011-12-16-1255 Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

<sup>108</sup> Forskriftens § 5

<sup>109</sup> FOR-2000-12-01-1208 § 3. *Helsehjelp i utlandet på grunn av manglende kompetanse i Norge*: En pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, men som ikke kan få helsehjelp fordi behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter akseptert metode, har rett til helsehjelp i utlandet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 femte ledd. Det er en forutsetning at helsehjelpen kan utføres forsvarlig av tjenesteyter i utlandet etter akseptert metode og at pasientens tilstand og den aktuelle behandlingen tilfredsstillende oppfyller kravene i § 2. § 2 Stiller tre vilkår: 1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes 2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen, 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Retten til fornyet medisinsk vurdering gjelder også for pasienter ved de nasjonale behandlingstjenestene. Den faglige referansegruppen for den enkelte tjenesten skal følge opp hvordan fornyet vurdering kan ivaretas på en likeverdig, hensiktsmessig og kostnadseffektiv måte innenfor tjenestens ansvarsområde. Det skal fremgå av årsrapporten fra referansegruppen hvordan retten til fornyet vurdering er ivaretatt.

Alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, har innenfor visse rammer rett til å velge hvilket sykehus de ønsker helsehjelp ved – (Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-4.)

### **8.3.2 Pasientens rett til selvbestemmelse**

Både samtykkereglene og retten til medvirkning bygger på at pasienten har fått informasjon om sin helsetilstand og den helsehjelp det er aktuelt å tilby.

Pasientrettighetslovens kap 3. inneholder nærmere regler om de krav pasienten kan stille til informasjonens form og innhold.

Det enkelte helsepersonell er pålagt en informasjonsplikt gjennom Helsepersonellovens § 10, og både Lov om helse- og omsorgstjenester § 4-2 a og Lov om spesialisthelsetjenester § 3-11 inneholder regler om plikten til å sørge for at pasienten får oppfylt retten til informasjon.

Helsehjelp kan som hovedregel ikke gis uten at pasienten ønsker det og gir sitt samtykke til at helsehjelpen skal gis. Lov om pasient- og brukerrettigheter kap. 4 inneholder bestemmelser om kravene som stilles til et gyldig samtykke og hvem som kan samtykke dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse.

Et samtykke er bare gyldig dersom det foreligger et *informert samtykke* – helsepersonell må forsikre seg om at den som samtykker faktisk forstår konsekvensene av å samtykke.

For at et samtykke skal være gyldig må den person som avgir samtykket ha *samtykkekompetanse* - det vil si å ha de personlige egenskaper som må til for å samtykke etter lovens § 4-3. Alle personer over 18 år kan samtykke til å motta helsehjelp og i de fleste tilfeller gjelder dette også personer over 16 år, som er den helserettslige myndighetsalderen.

For barn under 16 år har som hovedregel foreldrene de rettigheter som dreier seg om selvbestemmelse på vegne av barnet – lovens § 4-4. Det er imidlertid viktige unntak fra disse reglene som både innskrenker og utvider hovedregelen.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Hvilke krav som stilles til samtykkets form, skal vurderes konkret. Ved helsehjelp hvor det foretas alvorlige inngrep og irreversible handlinger er det krav om et eksplisitt samtykke og ved enkelte former for helsehjelp er det krav om skriftlig samtykke.

Pasienter som mottar helsehjelp har rett til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder – lovens § 3-1. Medvirkningsretten gir ikke pasienten rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller pasientens ønske er uforsvarlig.

Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsetjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes

Pasientens muligheter til å ivareta sine egne interesser kan begrenses av alder, fysisk og mental tilstand. Foreldre eller andre med foreldreansvar er gitt rettigheter knyttet til samtykke for mindreårige og har også som hovedregel rett til informasjon og medvirkning på vegne av sine barn under 16 år.

Pasienter med samtykkekompetanse kan gi samtykke til at andre kan få informasjon om sin helsesituasjon og om helsehjelpen. Dersom pasienten ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser, vil nærmeste pårørende ha rett til å få slik informasjon – lovens § 3-3.

#### **8.4 Retten til behandlingshjelpemidler og hjelpemidler for bedring av funksjonsevnen**

Personer som opplever kjønnsdysfori har ofte behov for ulike typer hjelpemidler for å kunne føle seg mer vel i sin kropp og fremstå med det kjønnsuttrykket en ønsker.

Stønader til slike hjelpemidler kan dekkes etter bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og folketrygdloven. Aktuelle lover og forskrifter i folketrygdloven er folketrygdens regler om hjelpemidler<sup>110</sup> inntatt i §§ 10-5 til 10-7, om bidrag til spesielle formål i § 5-22 og om stønad

---

<sup>110</sup> LOV-1997-02-28 – 19

til logoped i § 5-10. Bestemmelsene er utfylt i forskrifter<sup>111</sup> og i rundskriv til bestemmelsene utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet.

#### **8.4.1    Spesialisthelsetjenesteloven**

Da staten overtok ansvaret for helseforetakene ble ansvaret for visse typer av behandlingshjelpemidler overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene med virkning fra 1. januar 2003. Fra 1. januar 2013 er ansvaret for alle behandlingshjelpemidler overført til og samlet hos helseforetakene. Behandlingshjelpemidler er således ikke lenger stønadsberettiget etter folketrygdloven.

Behandlingshjelpemidler er utstyr som brukes for å bedre pasientens medisinske tilstand og er en del av behandlingen som gis i spesialisthelsetjenesten. Det rettslige grunnlaget for ordningen med behandlingshjelpemidler fremgår av spesialisthelsetjenesteloven<sup>112</sup> § 2-1 a om de regionale helseforetakenes *sørge for-ansvar* og pasient- og brukerrettighetsloven<sup>113</sup> § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp. Pasientens rett til behandlingshjelpemidler er ikke nedfelt i lov eller forskrift.

De regionale helseforetakene har plikt til å sørge for spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Dette sørge for-ansvaret omfatter ansvaret for behandlingshjelpemidler.

Det er legespesialist innen aktuell spesialitet som søker om behandlingshjelpemidler for pasienten. Det er utformet standard søknadsskjema og to veiledere for behandlingshjelpemidler i spesialisthelsetjenesten. Søknaden sendes til helseforetakets Behandlingshjelpemiddelenhet. Enheten velger utstyr i samarbeid med rekvirerende spesialist, i dialog med pasient og ut fra det sortiment som foretaket har rammeavtale med.

Det fremgår av Helse- og omsorgsdepartementets brev av 9. mai 2014 at en beslutning om tildeling eller avslag på krav om behandlingshjelpemidler er å anse som helsehjelp etter pasient- og bruker rettighetsloven. Dette innebærer at klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 kommer til anvendelse. Fylkesmannen er klageinstans.

---

<sup>111</sup> F18. 04. 1997 nr 332, F18. 04. 1997 nr 336 og F18. 04. 1997 nr. 329

<sup>112</sup> LOV- 1999-07-02-61

<sup>113</sup> LOV- 1999-07-02-62

#### **8.4.1.1 Aktuelle behandlingshjelpemidler**

##### **8.4.1.1.1 Kompresjonsplagg og vaginablokker**

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til de regionale helseforetakene slått fast at eksempelvis kompresjonsplagg er å anse som behandlingshjelpemiddel for personer som behandles for transseksualisme. Utgiftene til kompresjonsplagg dekkes av helseforetaket. Kompresjonsplagg brukes av personer med kvinnelig fødselskjønn som ønsker å skjule bryster. For enkelte gjelder dette i påvente av at brystene kan fjernes kirurgisk eller reduseres ved hormonbehandling. For noen er alternativet til en spesialtilpasset kompresjonsvest at en selv bandasjerer overkroppen for samme formål, noe som kan føre til holdningsfeil, dårlig pust, sår og infeksjoner. Også etter at brystene er fjernet kirurgisk vil det kunne være behov for kompresjonsplagg en viss periode. Det samme gjelder vaginablokker som benyttes postoperativt av MtK-pasienter.<sup>114</sup>

#### **8.4.1 Folketrygdloven**

Etter folketrygdloven kapittel 10 kan det gis stønad til andre hjelpemidler enn behandlingshjelpemidler.

Folketrygdlovens hjelpemidler benyttes i utgangspunktet ikke til behandling av skader, og hensikten er ikke å lege skader, men å kompensere for eksisterende funksjonsproblemer.

Søknad om hjelpemidler fremmes ovenfor NAV. Et vedtak om avslag på hjelpemidler etter folketrygden påklages til NAV Klageinstans og kan ankes inn for Trygderetten og deretter overprøves av lagmannsretten første instans.

#### **8.4.2.1 Aktuelle hjelpemidler**

##### **8.4.2.1.1 Brystprotese og parykk**

Det kan søkes om stønad til brystprotese og stønad til parykk for ”personer som har fått tilsagn fra sykehus om at kjønnskifteoperasjon kan foretas og det ellers er iverksatt hormonbehandling” på nærmere bestemte vilkår, jf forskrift.<sup>115</sup>

---

<sup>114</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene 20. 08.14  
<sup>115</sup> F18.04.1997 nr 336 Forskrift om stønad til dekning av utgifter til ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk



#### **8.4.2.1.2 Penisproteser**

Det kan søkes om penisproteser for KtM-pasienter. Disse kan i enkelte tilfeller ha behov for en spesialtilpasset penisprotese. Selv om det finnes kirurgiske metoder for å lage en penis med bruk av pasientens eget vev er det ikke alle pasienter med kvinnelig fødselskjønn som, av medisinske eller personlige årsaker, ønsker eller kan benytte seg av denne løsningen. For andre, som ønsker en kirurgisk løsning, kan lang ventetid på operasjon gjøre det ønskelig med en penisprotese for lettere å kunne fungere og «passere» som mann.

Av rundskrivnet til folketrygdloven § 10-7 bokstav a, c og d, samt annet og tredje ledd «Særskilt om seksualtekniske hjelpemidler», fremkommer at det ble innført en ordning for stønad til slike hjelpemidler i 2002. Villkårene for å få slike hjelpemidler fremkommer i to brev fra Sosial- og helsedepartementet til Rikstrygdeverket datert 22. februar 1999 og 11. mai 2001, samt av notat datert 27. april 2009 fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Det er NAV som behandler søknader om seksualtekniske hjelpemidler etter folketrygdloven. Penisproteser har ikke inngått i rammeavtalene NAV har inngått med produsenter av seksualtekniske hjelpemidler.

NAV har i løpet av 2014 behandlet et antall søknader om dispensasjon til å bestille penisprotese som hjelpemiddel for personer med kjønnsinkongruens. Protoser som kun er til estetisk bruk faller etter det NAV har opplyst utenfor ordningen og NAV dekker ikke dette.

#### **8.5 Hårfjerning som behandling**

Mange MtK-pasienter har skjeggvekst og annen synlig behåring på overkroppen som kan gjøre det vanskelig å offentlig «passere» i kvinnelig kjønnsuttrykk. Foruten effekten som flere får av en eventuell hormonbehandling med østrogen og anti-androgen, vil henholdsvis laser- eller elektrolysebehandling kunne gi effekt på uønsket hårvekst.

Det finnes i hovedsak to metoder for å minske uønsket kroppsbehandling. Det er lysbaserte metoder (for eksempel intensivt pulserende lys og laser) og nålbaserte metoder (for eksempel elektrolyse og diatermi).

Som nevnt i pkt. 5.3.3.6.4 henviser NBTS pasienter til hårfjerning.

Helse- og omsorgsdepartementet orienterte de regionale helseforetakene i brev av 20. august 2014 at hårfjerning med elektrolyse eller laser er å anse som behandling for transseksualisme for MtK-pasienter, og skal dekkes av helseforetaket.

## 8.6 Logopedbehandling

Folketrygden yter stønad til dekning av behandling hos logoped for språk- og taledefekter.

HELFO kan gi stønad til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende logoped eller audiopedagog etter folketrygdloven § 5-10 dersom det offentlige ikke yter stønad etter andre lover.

Det er et vilkår at behandlingen er rekvirert av lege, at behandlingen er ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller lyte og at behandlingen er av vesentlig betydning for brukerens funksjonsevne.

Klage over avslag behandles av HELFO Klage, anke og regelverk. Trygderetten er ankeinstans. I følge HELFO har de ikke hatt saker om stønad til logoped fra personer som har gjennomført eller er under kjønnsbekreftende behandling. Trygderetten har behandlet en rekke ankesaker som omhandler § 5-10, men ingen av avgjørelsene har betydning for spørsmålet om rett til logopedbehandling i tilknytning til stemmetrening i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling.

Kommuner og fylkeskommuner har i henhold til opplæringsloven<sup>116</sup> kapittel 4A og 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester, til alle aldersgrupper.

Som redegjort for i pkt. 5.3.3.6.3 foreligger det en avtale mellom NBTS og Statped Sør-Øst, avdeling Bredtvedt. Pasienter som har behov for stemmetrening i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling ved NBTS skal få henvisning for behandling hit.

## 8.7 Lagring av kjønnsceller

Bioteknologiloven<sup>117</sup> §§ 2-11 og 2-17 regulerer lagring av kjønnsceller.

Lagring av sæd kan bare finne sted for virksomheter som er særskilt godkjent for dette, jf. bioteknologiloven § 2-11. En rekke virksomheter har godkjenning for lagring av sæd fra menn som skal gjennomgå behandling som kan redusere eller ødelegge deres infertilitet. Det er ikke nærmere spesifisert hva slags behandling dette kan være, men forarbeidene til bioteknologiloven sier at bankene lagrer sæd for menn som «forventes å få

---

<sup>116</sup> LOV-1998-07-17-61 Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova).

<sup>117</sup> LOV-2003-12-05-100 Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven).

forplantningsevnen betydelig redusert på grunn av behandling». Lagring av sæd har først og fremst vært et tilbud til menn som skal gjennomgå kreftbehandling, men Helsedirektoratet har vurdert at bioteknologiloven ikke hindrer lagring av sæd fra personer som skal gjennomgå annen type behandling enn kreftbehandling så lenge behandlingen kan gjøre dem infertile.

Loven åpner for bruk av lagret sæd til assistert befruktning ved inseminasjon og befruktning utenfor kroppen. I følge bioteknologiloven § 2 – 3 kan par der mannen er befruktningsudyktig benytte mannens lagrede sæd eller donorsæd. Sæd kan lagres uten andre begrensninger enn at den ikke kan benyttes til reproduksjon etter avgivers død. Videre må par som består av to kvinner benytte donorsæd. Dersom det benyttes donorsæd er det behandlende lege som skal velge sædgiver, jf. § 2-10. En sædgiver skal ikke gis opplysninger om parets eller barnets identitet, jf. § 2-9.

Ifølge bioteknologiloven § 2-17 er lagring av ubefruktede egg eller eggstokkvev et tilbud til kvinner som skal gjennomgå behandling som kan skade befruktningsdyktigheten. Lovens ordlyd er generell og åpner for at all behandling som kan skade befruktningsdyktigheten må vurderes, jf. § 2-17 andre ledd. Personer som ble tillagt kvinne som kjønn ved fødsel, og som gjennomgår kjønnsbekreftende kirurgi og/eller hormonbehandling, oppfyller dette vilkåret. Det er imidlertid bare tillatt å oppbevare egg/eggstokkvev så lenge hensynet til personen som har avgitt materialet tilsier det. Etter § 2-18 er donasjon av egg fra en kvinne til en annen forbudt, og egg som er lagret før kjønnsbekreftende behandling kan dermed ikke benyttes av andre.

Det innebærer at selv om bioteknologiloven i utgangspunktet åpner for lagring av egne kjønnsceller før kjønnsbekreftende behandling iverksettes, begrenser loven muligheten til å benytte kjønnscellene ved assistert befruktning.

Hvis de lagrede kjønnscellene en gang skal benyttes til reproduksjon, vil det måtte gjøres en standard psykososial vurdering av paret på lik linje med andre par som søker assistert befruktning (jf. bioteknologilovens § 2-6).

Mer om reproduktiv helse og lagring av kjønnsceller i pkt. 4.4.1 og 4.4.1.1.

## 9. INTERNASJONALE FORHOLD

Andre land har ulike regler om endring av juridisk kjønn. Utviklingen går i retning av større vekt på selvbestemmelse for dem som ønsker å endre juridisk kjønn. Kravet om kastrasjon oppheves. I mange land stilles krav om diagnosen F 64.0 eller tilsvarende og/eller det kreves bekreftelse fra en medisinsk ekspert om at det foreligger et permanent ønske om å endre kjønn.

### 9.1 Sverige

I Sverige kan personer over 18 år som er bosatt i Sverige søke om endring av personnummer og juridisk kjønn. § 1 i «Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa läge» av 1972, endret i 2013, lyder som følgende:

«En person ska efter egen ansökan få fastställt att han eller hon har en annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen, om han eller hon

1. sedan en lång tid upplever att han eller hon tillhör det andra könet,
2. sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet,
3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden, och
4. har fyllt arton år».

1. juli 2013 trådte en endring av loven i kraft som avskaffet vilkåret om at en person som ville endre juridisk kjønn, i tillegg til punktene over, måtte ha gjennomgått irreversibel sterilisering eller av en annen årsak mangle forplantningsevne.

Det er Rättsliga rådet ved Socialstyrelsen (tilsvarende Helsedirektoratet i Norge), som vurderer søknader om endring av juridisk kjønn. Ved innvilget søknad orienteres Skatteverket som så tildeler nytt personnummer. Det er også Rättsliga rådet som gir tillatelse til å gjennomføre kjønnsbekreftende kirurgi på kjønnsorganer. Videre er det Rättsliga rådet som etter søknad gir tillatelse til å gjennomføre kastrasjon.

Når det gjelder endring av navn kan man fritt søke Skatteverket om å endre navn, men man må beholde ett fornavn da det er tradisjon i Sverige å ha flere fornavn. Om man ikke har flere fornavn eller ikke vil beholde noen av sine fornavn, må man søke om dette til Patent- og registreringsverket.

I samband med endringene i loven om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, ble det i Sverige gjort følgeendringer i offentlighets- og sekretesslagen.<sup>118</sup> Endringene bestod i å endre benevnelsen «kvinne» til «person» i lovteksten.

I januar 2015 ble det lagt fram en svensk offentlig utredning (SOU) om lovens aldersgrense på 18 år for endring av juridisk kjønn bør endres.<sup>119</sup>

Utredningens kartlegging og analyse av könstillhörighetslagen viser hvordan den juridiske delen og den medisinske delen i prosessen med å endre juridisk kjønn, fortsatt er tett sammenkoblet, til tross for at steriliseringskravet er avskaffet. Fremdeles er det en medisinsk utredning som ligger til grunn for vurderingen av om vilkåret i kjønnstillhörighetsloven § 1 er oppfylt.

Det avskaffede steriliseringskravet har som konsekvens at endring av en persons juridiske kjønn fremstår som en todelt prosess. Den ene delen handler om den administrative prosedyren med juridisk fastsettelse av kjønn, det vil si en endring av juridisk kjønn i folkeregisteret. Den andre delen handler om den kjønnsbekreftende helsehjelpen som, med unntak av enkelte spesifikke kirurgiske inngrep som reguleres i kjønnstillhörighetsloven, reguleres i de ordinære helse- og omsorgslovene i Sverige.

Utredningen foreslår at kjønnstillhörighetsloven bør sees som et ledd i den medisinske beslutningsprosessen på samme måte som andre særlover innenfor helseretten. Når det gjelder menneskelige rettigheter og vern mot diskriminering er utredningens vurdering at den nåværende kjønnstillhörighetsloven ikke er forenlig med respekten for den enkeltes privatliv og retten til selvbestemmelse og integritet.

Utredningen framsetter forslag om å lage to lover; én lov som regulerer endring av juridisk kjønn og én særlov innen helselovgivningen som regulerer visse inngrep i kjønnsorganene og fjerning av kjønnskjertlene (kastrasjon).

Utredningen vurderer at 18 års-grensen i loven § 4 også gjør at kirurgisk helsehjelp til barn under 18 år utelukkes, og at dette er diskriminerende og i strid med barns rettigheter.

Utredningen foreslår følgende aldersgrenser for endring av juridisk kjønn:

- Over 15 år - barnet bestemmer selv.

---

<sup>118</sup> Offentlighets- og sekretesslag (2009: 400).

<sup>119</sup> SOU 2014:91. Juridisk kön och medicinsk könskorrigering. Betänkande av Utredningen om åldersgränsen för fastställelse av ändrad könstillhörighet. S 2014:03

- Mellom 12 og 15 år – barnet bestemmer selv, men forutsetter samtykke fra verge. Ved tvist behandles saken i Socialnemnden.
- Under 12 år – forslag om en særskilt bestemmelse som muliggjør endring om barnet har en medfødt usikker somatisk kjønnsutvikling. Det kreves legeerklæring som viser at en endring er i tråd med utviklingen av barnets kjønnsidentitet og i tråd med barnets vilje.

## 9.2 Danmark

I Danmark trådte nye lovbestemmelser om endring av juridisk kjønn i kraft i september 2014.<sup>120</sup> Vilkåret for å få endret juridisk kjønn er nå at søker avgir en skriftlig erklæring.

En arbeidsgruppe nedsatt av den danske regjeringen for å utrede kriteriene for endring av juridisk kjønn, anbefalte å innføre den såkalte «Erklæringsmodellen».

Modellen går ut på at personer over 18 år som opplever manglende samsvar mellom egen kjønnsidentitet og sin folkeregistrerte kjønnsstatus kan begjære å få endret juridisk kjønn i Folkeregisteret. Kravet er at personen avgir en skriftlig erklæring om at ønsket om nytt personnummer er begrunnet i at vedkommende "oplever sig som tilhørende det andet køn".

Erklæringsmodellen er i Danmark supplert med en såkalt "refleksjonsperiode" på seks måneder fra begjæringstidspunktet. Dette innebærer at vedkommende må bekrefte sin begjæring før den kan imøtekommes. Dette for å sikre at ønsket om endring av juridisk kjønn ikke er uttrykk for en impulsiv beslutning, og for at personen kan benytte denne perioden til å kle seg og fremstå i tråd med sin kjønnsidentitet før vedkommende treffer en endelig beslutning.

Under forarbeidene til loven ble det også vurdert to alternative modeller; diagnosemodellen som innebærer at personen må ha gjennomgått psykiatrisk utredning og fått diagnosen F 64.0, og vurderingsmodellen som innebærer at en sakkyndig skal vurdere om personens ønske om å endre juridisk kjønn er reelt. Da ingen av disse ble vedtatt, var det fordi flertallet ikke ønsket innføring av en ordning som ville oppleves langvarig og byråkratisk for den enkelte person. Selv om denne ordning i større grad ville sikre at ønsket om endring av juridisk kjønn ikke skyldtes for eksempel psykisk lidelse, ble risikoen tilknyttet dette vurdert å være begrenset blant annet fordi en endring av juridisk kjønn kan reverseres. I tillegg ble det

---

<sup>120</sup> L 182: Forslag til lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister (Tildeling af nyt personnummer til personer, der oplever sig som tilhørende det andet køn). Vedtatt i Folketinget 11. juni 2014.

lagt vekt på at det å gi lett adgang til endring av juridisk kjønn ville bidra til at færre gjennomgikk mer medisinsk behandling enn det de egentlig hadde behov for.

Siden 2013 har det vært mulig å få kjønnsangivelsen "X" i danske pass. Etter lovendringen i 2014 er vilkåret for dette at søkeren avgir en skriftlig erklæring om "at ønsket om kønsbetegnelsen X er begrundet i en opplevelse af at tilhøre det andet køn, eller den pågældende dokumenterer tidligere at være blevet tildelt nyt personnummer efter § 3, stk. 6, i lov om Det Centrale Personregister".<sup>121</sup>

I tillegg til endringer i lov om Det Centrale Personregister ble det den 1. september 2014 også gjort endringer i Sundhedsloven (kriterier for kastrasjon) og Lov om assistert reproduksjon<sup>122</sup> i forbindelse med behandling, diagnostikk og forskning m.v (justeringer mht begrepsbruk, feks «kvinnen» til «den gravide»). Et eventuelt ønske om kastrasjon i forbindelse med kjønnsbekreftende helsehjelp må som tidligere etter loven innvilges av Sundhedststyrelsen.

### 9.3 Storbritannia

Storbritannia innførte i 2004 en «Gender Recognition Act» som gir personer over 18 år mulighet til å søke om juridisk anerkjennelse av endret kjønnsidentitet fra kvinne til mann eller mann til kvinne uten å ha gjennomgått irreversibel sterilisering. Søkere må i denne prosessen forelegge dokumentasjon fra to ulike medisinske sakkyndige på at de har «gender dysphoria», at de har levd med den kjønnsidentitet og i det kjønnsuttrykk de ønsker å ha i minst to år, og at de har et sikkert ønske om å endre sin juridiske kjønnsidentitet. Storbritannia anerkjenner endring av juridisk kjønn utført i land innen EU og EØS, samt USA og Australia.

Etter innvilget søknad får søkere utstedt et «Gender Recognition Certificate», som skal sikre ivaretagelse av individuelle rettigheter og forenkle prosessen med å endre navn og kjønn i offentlige og private dokumenter og registre.

Personens rettigheter omfatter inngåelse av ekteskap. Etter innføring av en ny lov om homofilt ekteskap i 2014,<sup>123</sup> og opphevelse av partnerskapsloven, er det ikke lenger påkrevet med oppløsning av partnerskap for partnere av ulike kjønn, eller oppløsning av ekteskap for partnere av samme kjønn.

---

121 Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om pas m.v. Justitsmin., j.nr. 2014-271-0005

122 Lov nr.744 af 25-06-2014

123 Marriage (Same Sex Couples) Act 2013

## 9.4 Tyskland

I Tyskland ble det i 1980 innført en egen lov; «Tranzexuellengesetz» som ga personer med tysk statsborgerskap mulighet til å søke om endring av fornavn og juridisk kjønn. Det skilles mellom kriteriene for navnebytte («minor solution») og endring av juridisk kjønn («major solution»). «Den store løsningen» gjør det mulig å oppnå full rettslig anerkjennelse gjennom endring av kjønn i fødselsattest og på alle andre offisielle dokumenter.

I dag har en rekke domsavsigelser i forhold til juridisk kjønnsendring gjort at det i praksis er likelydende kriterier for den store og den lille løsningen. For begge løsningene legger loven til grunn at personen må ha hatt et ønske om å leve i sitt selvvalgte kjønnsuttrykk i minst tre år. Dette har blitt tolket dithen at personen må ha *levd* i sitt ønskede kjønnsuttrykk i minst tre år, og gjennomgått såkalt «Real Life Experience» i disse årene. Videre setter lovteksten som kriterium at personen må ha en «sannsynlig irreversibel transseksuell tilstand», noe som har blitt tolket dithen at det må foreligge en F 64. 0-diagnose. En domstol beslutter hvor vidt ønsket om å endre juridisk kjønn med «stor sannsynlighet er varig og permanent» ved hjelp av to sakkyndiguttalelser.

Opprinnelig lå det ytterligere tre kriterier til grunn for innvilgning av søknad om endring av juridisk kjønn: Sivil status som enslig, irreversibel sterilitet, og konstruering av ytre genitalier slik at de har samme utseende som den kjønnskategori personen opplever å tilhøre. En rekke domsavsigelser<sup>124</sup> har ført til at disse tre kriteriene ikke lenger legges til grunn i domstolsbeslutningen tilknyttet endring av juridisk kjønn. I praksis ligger det i dag dermed likelydende kriterier til grunn for å endre fornavn og juridisk kjønn.

Det er ingen minstealder for å søke om endring av juridisk kjønn i Tyskland.

I november 2013 ble det åpnet for at foreldre kan utsette registrering av kjønn til sitt nyfødte barn til barnet selv kan ta et valg, om det ikke er mulig å stadfeste kjønn ut fra barnets genitalier.

---

<sup>124</sup> Dommene er avlagt i Tysklands føderale konstitusjonelle domstol. I 2008 ble kravet om sivil status som enslig og krav om skilsmisse funnet i strid med grunnlovens beskyttelse av ekteskapet (BVerfG 121,175). I 2011 ble kravet om kravet om irreversibel kirurgi og sterilisering funnet å være i strid med grunnloven (1 BvR 3295/07) (Amnesty International, 2014).



## 9.5 Nederland

Nederland har nylig endret kriteriene for å endre juridisk kjønn slik at det ikke lenger er et krav med kjønnsbekreftende behandling inkludert irreversibel sterilisering. En ny lov<sup>125</sup> om endring av juridisk kjønn trådte i kraft 1. Juli 2014 og gjelder alle personer over 16 år som har hatt lovlig opphold i Nederland i minst ett år. En persons søknad om å endre juridisk kjønn må vedlegges en sakkyndiguttalelse som bekrefter at personen har blitt informert om konsekvensene av å endre juridisk kjønn, og at vedkommende har en opplevelse av å tilhøre det motsatte kjønn av det den ble tillagt ved fødsel.

Loven skal evalueres innen tre år etter ikrafttreddelsen. Aldersgrensen og kravet om ekspertuttalelse er to av aspektene som da vil gjennomgås.

## 9.6 Malta

Maltas parlament vedtok den 1. april 2015 en ny lov om kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika (Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act, 2015 (GIGESC Bill)).<sup>126</sup> Loven åpner for at enhver person over 18 år ved en enkel prosedyre kan endre juridisk kjønn og det skal ikke stilles krav om medisinske diagnoser eller behandling. Helse prosedyren skal skje innen 30 dager.

For mindreårige kan foreldre eller verger søke om endring av juridisk kjønn og søknaden vil bli underlagt en rettsbehandling. Barnets beste og barnets oppfatning skal tillegges vekt. Loven gir videre adgang til at foreldre eller verger kan utsette å fastsette juridisk kjønn ved fødsel inntil barnets kjønnsidentitet er bestemt. Dette vil kunne gi tid til at barnet selv kan ta en informert beslutning i spørsmålet om eget kjønn.

Loven vurderes på alle punkter å møte internasjonale rettighetsorganisasjoners anbefalinger for «best practice» ved juridisk anerkjennelse av kjønnsidentitet.<sup>127</sup> Først og fremst introduserer loven en rett til selvbestemt kjønnsidentitet for alle landets borgere. Vilkåret for at en person kan endre juridisk kjønn er: “a clear and unequivocal declaration by the

---

<sup>125</sup> Lov om endring av «Burgerlijk Wetboek» en “de Wet gemeentelijke basisadministratie” (Act of 18 December 2013 amending Book 1 of the Civil Code and the Municipal Administration Act in connection with an amendment to the conditions for a change in the description of a person’s gender in such person’s birth certificate and the competences to effect such change).

<sup>126</sup> <http://tgeu.org/malta-adopts-ground-breaking-trans-intersex-law/> tilgang 8. april 2015.

<sup>127</sup> Se TGEU (Transgender europe) sin «checklist» over tiltak for juridisk anerkjennelse av selvbestemt kjønn (TGEU 2014).

applicant that one's gender identity does not correspond to the assigned sex in the act of birth".<sup>128</sup>

## 9.7 Australia

I Australia må en person som ønsker å endre juridisk kjønn i offisielle dokumenter og pass, fremlegge en sakkyndiguttalelse om at søkeren har gjennomgått eller er i ferd med å gjennomgå kjønnsbekreftende behandling, og ønsker å oppdatere sine identitetspapirer til sin kjønnsidentitet. Hva som blir regnet som passende behandling for den enkelte er ikke begrenset til hormonbehandling og/eller kirurgiske inngrep.<sup>129</sup> Australia har ikke kjønnsnøytral ekteskapslov, og personer som etter juridisk kjønnsendring er i et samkjønnet forhold, må på forhånd inngå skilsmisse fra sin partner. I noen landsdeler er det mulighet for samkjønnede par å inngå partnerskap.

I likhet med New Zealand, er det i Australia mulighet for å registrere X som kjønnsangivelse i identitetspapirer, pass og andre offentlige dokumenter. X står for «Indeterminate/Intersex/Unspecified».<sup>130</sup>

## 9.8 New Zealand

I New Zealand skiller det mellom kriteriene for endring av kjønnsangivelse i dokumenter som førerkort og pass – og endring av kjønnsangivelse i fødselsbeviset. For å endre juridisk kjønn i fødselsbeviset er det et krav at vedkommende har hatt en permanent og langvarig opplevelse av den kjønnsidentiteten vedkommende ønsker å endre status til. Det er også et krav at vedkommende har gjennomgått den type medisinsk behandling som «er ansett av medisinske eksperter som ønskelig».<sup>131</sup> Etter en dom i familieretten i 2008 (27 FRNZ 58) ble kravet til medisinsk behandling konkretisert til å gjelde følgende: «some degree of permanent physical change as a result of the treatment (including psychological treatment) received».<sup>132</sup> Søknad sendes familieretten, og folkeregisterkontoret kommer med sin vurdering i det enkelte tilfellet.

Fra november 2012 gis det i New Zealand adgang til å endre kjønn i pass og førerkort ved kun å levere en formell erklæring på hvilken kjønnsidentitet en har, og hvor lenge

---

<sup>128</sup> The Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act, 2015.

<sup>129</sup> Australian Government Guidelines on the recognition of sex and gender, Commonwealth of Australia 2013

<sup>130</sup> Australian Government passports policy for applicants who are sex and gender diverse

<sup>131</sup> "The Births, Deaths, Marriages, and Relationships Registration Act" (1995) Seksjon 28

<sup>132</sup> Hentet fra informasjonsskrivet "General information regarding Declarations of Family Court as to sex to be shown on birth certificates" (<http://www.dia.govt.nz>. Tilgang 27.06.2014).

vedkommende har hatt denne kjønnsidentiteten. Muligheten gis til alle Statsborgere over 18 år, mens personer mellom 16 og 18 år må vedlegge en bekreftelse fra en forelder/verge samt en bekreftelse fra en medisinsk ekspert. I tillegg til M (Male) og F (Female), kan personen velge å ha X som kjønnsangivelse. X står for «ubestemt» eller «uspesifisert».

## 9.9 Argentina

Etter innføringen av loven «Ley de intendad de genero» i 2012 kan alle over 18 år fritt endre juridisk kjønn i Argentina. Det eneste som kreves er en skriftlig anmodning til myndighetene om at personen faller under lovens beskyttelse og vil endre juridisk kjønn. Prosessen er gratis, og det tilstrebes en saksbehandlingstid på kun to til tre uker før utstedelse av nye identitetspapirer.

Personer under 18 år kan begjære endring av juridisk kjønn gjennom foresatte, eventuelt verge, med eksplisitt samtykke fra den mindreårige. Den mindreårige skal assisteres av advokat med kompetanse på barns rettigheter. Dersom samtykke fra barnets rettslige representanter ikke kan innhentes, går saken til en dommeravgjørelse. Her skal prinsipper om barnets beste og barns selvbestemmelse i FNs barnekonvensjon og Argentinsk lov om barns rettigheter<sup>133</sup> tas til etterretning.

## 9.10 India

I India er transpersoner en kjent del av kulturen, og det anslås at det bor mellom 5 og 6 millioner transpersoner i India. Personer med mannlig fødselskjønn med kvinnelig kjønnsuttrykk kalles Hijra, og det har i mange år blitt kjempet for at disse skal anerkjennes som et tredje kjønn.<sup>134</sup> I 2011 ble det mulig å registrere et tredje kjønn i ID-systemet, men det var først i 2014 at transpersoner oppnådde full rettslig anerkjennelse. Indias høyesterett avgjorde da ved dom at personer som ønsket å bli registrert med en tredje kjønnsangivelse i alle offentlige papirer, ville få mulighet for dette.<sup>135</sup>

Holdninger til kjønnsidentitet og seksuell orientering har likevel en vei og gå. For eksempel avgjorde i 2013 en Indisk domstol å kriminalisere «homoseksuelle handlinger». Transpersoner er dermed i en situasjon hvor deres kjønnsidentitet anerkjennes juridisk,

---

<sup>133</sup> Law 26061 for the Comprehensive Protection of the Rights of Girls, Boys and Adolescents

<sup>134</sup> Venkatesan Chakrapani & Arvind Narrain, 2012: Legal recognition of gender identity of trans people in India.

UNDP India

<sup>135</sup> <http://jurist.org/paperchase/2014/04/india-supreme-court-recognizes-transgenders-as-third-gender.php> (Tilgang 10.12.14) <http://jurist.org/paperchase/2014/04/india-supreme-court-recognizes-transgenders-as-third-gender.php> (Tilgang 10.12.14)

mens de kan risikere å bli straffet for valg av partner. På mange arenaer er fortsatt Indias Hijraer sosialt ekskludert fra samfunnet, og menneskerettighetsaktivister arbeider for at høyesterettsdommen skal bidra til å endre samfunnets holdninger og gi bedre levekår for gruppen.

### **9.11 Pakistan**

I 2009 avgjorde Pakistansk høyesterett at den store gruppen mennesker som regner seg som et tredje kjønn, kalt «khawaja sara», skulle få tildelt nasjonale identitetskort med sitt rette kjønn. I 2014 ble khawaja sara offisielt anerkjent som et tredje kjønn.<sup>136</sup>

### **9.12 Nepal**

Nepal anerkjente i 2007 et tredje kjønn i offisielle identitetspapirer, «Citizenship cards», gjennom en høyesterettsdom.<sup>137</sup> Tidligere har nepalesiske myndigheter nektet utstedelse av identitetspapirer til personer som ikke ønsket å bli registrert som mann eller kvinne, men et tredje kjønn. Flere barrierer gjenstår, da det kun er personer som ikke tidligere har fått identitetspapirer, som nå får det innvilget med en kjønnsstatus som «annet» (Open Society Foundation 2014).

---

<sup>136</sup> positiveimpactmagazine.com, tilgang 08.12.14

<sup>137</sup> Nepal Supreme Court Case on Relief for Sexual and Gender Minorities: Observers' Report 2007. International Gay and Lesbian Human Rights Commission.

## ***DEL II***

### ***Ekspertgruppas vurderinger og anbefalinger***

## **DEL II Ekspertgruppas vurderinger og anbefalinger**

Andre del av rapporten inneholder ekspertgruppas vurderinger og anbefalinger. Den er delt i tre hovedkapitler. I kapittel 10 fremgår gruppas vurdering av dagens vilkår og forslag til nye vilkår for endring av juridisk kjønnsstatus. Kapittel 11 inneholder vurderinger og anbefalinger om organisering av helsetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori. Kapittel 11 belyser også behovene for økt kunnskap og kompetanse når det gjelder kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori i helsetjenestene. I kapittel 12 redegjøres det for vurderinger av økonomiske og administrative konsekvenser av ekspertgruppas anbefalinger.

### **10. VILKÅR OG PROSEDYRER FOR ENDRING AV JURIDISK KJØNN**

#### **10.1 Gjeldende vilkår**

Etter gjeldende forvaltningspraksis må en person som skal få endret juridisk kjønn i Norge være steril. I praksis betyr dette at vedkommende har gjennomført et kastrasjonsinngrep, ved at testikler eller eggstokker og livmor fjernes kirurgisk. I Norge tilbys kastrasjonsinngrep for personer med diagnosen F 64.0 ved NBTS ved OUS. Enkelte personer får gjennomført kjønnsbekreftende kirurgi og kastrasjon i utlandet.

Dagens forvaltningspraksis er forankret i forskrift til folkeregistreringsloven og har aldri så langt det er kjent, vært gjenstand for noen politisk behandling, se rapportens pkt. 7.2.

Det er internasjonalt stor oppmerksomhet om ulike lands lovregulering av vilkår for fastsettelse og endring av juridisk kjønn. Det vises til rapportens kapittel 9.

#### **Vurdering**

Den historiske bakgrunnen for at kirurgisk kastrasjon er et vilkår for endring av juridisk kjønn, er trolig at det tidligere var en rådende oppfatning at kastrasjon var medisinsk nødvendig når pasienten skulle bruke feminiserende eller maskuliniserende hormoner resten av livet. En slik begrunnelse har ikke grunnlag i dagens fagkunnskap på feltet. Det foreligger ingen medisinsk begrunnelse for at kastrasjon er en medisinsk nødvendig del av helsehjelpen til pasienter med kjønnsdysfori. Det vises til internasjonale faglige retningslinjer på feltet.<sup>138</sup>

---

<sup>138</sup> WPATH 2011: Standards of Care 7; Socialstyrelsen 2014: Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori.

Den teoretiske muligheten for at en mann kunne bli gravid og føde barn, ble tidligere trolig oppfattet som i strid med «naturens orden» og var i strid med allmenne oppfatninger om kjønnsroller og -uttrykk. Mer om dette i pkt. 7.2.1. Denne oppfatningen kan også ha hatt betydning for vilkåret om kastrasjon. Som vist i pkt. 8.1.4 var noe av bakgrunnen for steriliseringskravet i den svenske loven å unngå forvirring i slektskapsforhold. Dette representerer et syn på at mennesket fra biologiens side er forutbestemt til å passe inn i en tokjønnsmodell, og at alle avvik fra dette medfører en trussel mot det som anses som «normalt». Ekspertgruppa vil påpeke at lover og regler er ment å gjenspeile samfunnsutviklingen, og må i så måte kontinuerlig vurderes i forhold til samfunnet og kulturen de skal virke i.

Dagens praksis innebærer at beslutningen om endring av juridisk kjønn er et endepunkt på en omfattende og langvarig prosess med psykologisk/psykiatrisk utredning, diagnostisering, hormonell behandling og kirurgiske inngrep. Et ønske om fjerning av kjønnskjertlene og primære kjønnskaraktistika som kjønnsorganer, er relativt vanlig blant personer som ønsker å gjennomgå kjønnsbekreftende behandling.<sup>139</sup> Mange personer som opplever kjønnsdysfori har imidlertid ikke et slikt ønske.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om en opprettholdelse av kastrasjonskravet kan forsvares sett opp mot menneskerettighetene.<sup>140</sup> Selv om det ikke foreligger noen avgjørelse fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen som setter kastrasjonskrav til side, er det en kjensgjerning at utviklingen i andre land går i retning av å gi større selvbestemmelsesrett til personer som ønsker å endre juridisk kjønn, under henvisning til menneskerettighetene.

Kravet om kastrasjon er nylig opphevet i Sverige og Danmark. Det ble i arbeidet med ny lovgiving lagt stor vekt at denne skal være i samsvar med internasjonale forpliktelser.

Forut for lovendringen i Sverige avsa Kammarrätten i Stockholm i desember 2012 en dom der kastrasjonskravet i «Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall» (1972:119) ble vurdert å være i strid med diskrimineringsforbudet i EMK, artikkel 8 og artikkel 14 sammenholdt med artikkel 8.

Det er ingen aktuelle rettsavgjørelser i Norge. Som nevnt i pkt. 8.2.3, foreligger det en uttalelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet avsagt høsten 2014, hvor ombudet kom til at et avslag på søknad om endring av juridisk kjønn som var begrunnet med at

---

<sup>139</sup> WPATH 2011: Standards of Care 7; McNeil et. al 2000: Trans Mental Health Survey.

<sup>140</sup> For nærmere redegjørelse, se pkt. 8.1.4.

kastrasjonskravet ikke var oppfylt, var i strid med diskrimineringsloven om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.<sup>141 142</sup>

Ekspertgruppa anser kastrasjonskravet som problematisk i forhold til sentrale menneskerettslige prinsipper som retten til selvbestemmelse og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper og anbefaler å oppheve dette kravet.

Ekspertgruppa anbefaler videre at en persons ønske om endring av juridisk kjønn skal skilles fra den eventuelle medisinske behandling vedkommende ønsker å gjennomgå. Tilsvarende skille er innført i for eksempel Sverige, Danmark og Malta. Å legge til rette for at personer får mulighet til å endre juridisk kjønn uten å stille vilkår om å underlegge seg bestemte former for helsehjelp, vil minske risikoen for at det gjennomføres unødvendige, inngripende, irreversible, kostbare og krenkende behandlingstiltak.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at personer skal kunne endre juridisk kjønn i Norge uten at det stilles krav om kastrasjon eller annen form for sterilisering.*

## **10.2 Nye vilkår for endring av juridisk kjønn**

Ved drøftingen av hvilke vilkår som bør gjelde for endring av juridisk kjønn, har ekspertgruppa valgt å ta utgangspunkt i tre ulike modeller som ble vurdert i forkant av Danmarks lovendring på feltet: diagnosemodellen, vurderingsmodellen og erklæringsmodellen.<sup>143</sup>

Diagnosemodellen innebærer at en eller flere av de psykiatriske diagnosene rubrisert under «Kjønnsidentitetsforstyrrelser» i ICD 10 skal være vilkår for å kunne begjære endring av juridisk kjønn. Søkeren må ha gjennomgått psykiatrisk utredning og fått diagnosen transseksualisme eller tilsvarende.

Vurderingsmodellen innebærer at den som vil endre juridisk kjønn må fremlegge dokumentasjon fra en sakkyndig, som bekrefter at søkeren er transseksuell eller tilsvarende,

---

<sup>141</sup> LOV-2013-06-21-58 Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (diskrimineringsloven om seksuell orientering)

<sup>142</sup> Sak 14/840 <http://www.ldo.no/no/Klagesaker/Arkiv/2014/18840-diskriminering-pa-grunn-av-kjonnsidentitet/>

<sup>143</sup> L 182: Forslag til lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister (Tildeling af nyt personnummer til personer, der oplever sig som tilhørende det andet køn). Vedtatt i Folketinget 11. juni 2014.



og at det ikke er helsemessige forhold, herunder psykisk sykdom, som taler mot å innvilge nytt juridisk kjønn.

Erklæringsmodellen går ut på at personer som opplever manglende samsvar mellom egen kjønnsidentitet og sitt registrerte juridiske kjønn selv kan begjære endring av juridisk kjønn. Det må vedlegges en egenerklæring om at vedkommende opplever manglende samsvar mellom juridisk kjønn og egen kjønnsidentitet.

## **Vurdering**

Det er hensyn som taler for og mot bruk av alle de tre modellene.

Felles for alle de tre modellene er at de ikke stiller krav om medisinske inngrep eller medisinsk behandling. Felles for diagnose- og vurderingsmodellen er at de forutsetter medisinsk utredning, og således begrenser den enkeltes rett til selvbestemmelse i forbindelse med endring av juridisk kjønn. Diagnose- og vurderingsmodellen innebærer at tiden det tar fra man ønsker å endre juridisk kjønn til endring av juridisk kjønn er gjennomført, blir lenger enn ved erklæringsmodellen. Diagnose- og vurderingsmodellene vil innebære at endring av juridisk kjønn er en mulighet for en mer begrenset persongruppe enn ved erklæringsmodellen.

Vurderings- og diagnosemodellene kan gi bedre sikkerhet enn erklæringsmodellen for at begjæring om endring av juridisk kjønn ikke er uttrykk for en impulsiv handling, eller en underliggende ubehandlet psykisk sykdom. Vurderingsmodellen kan dessuten sikre at vedkommendes ønske om endring av juridisk kjønn er begrunnet i en faktisk opplevelse av kjønnsinkongruens. I Sverige hvor de anvender vurderingsmodellen, må en lege bekrefte at personen i lengre tid har opplevd å tilhøre det annet kjønn, at personen har opptrådt i overensstemmelse med denne kjønnsidentiteten, og at personen må antas å leve med denne kjønnsidentiteten i fremtiden.

Erklæringsmodellen involverer ikke helsetjenestene, og det vil ikke skje en etterprøving av at begjæringen faktisk skyldes kjønnsinkongruens. Modellen respekterer den enkeltes personlige frihet og mulighet til å bestemme sitt juridiske kjønn.

Etter ekspertgruppas oppfatning må det antas at begjæringer om endring av juridisk kjønn vil bygge på veloverveide valg. Det legges til grunn at den som vurderer å endre juridisk kjønn vil drøfte fordeler og ulemper ved å foreta et slikt valg med sine nærmeste, eller med fagpersoner den enkelte har tillit til. Det er nærliggende å tenke at det å endre juridisk kjønn ikke vil være en impulsiv beslutning.

Både diagnosemodellen og vurderingsmodellen vil kunne fange opp personer med manglende samtykkekompetanse på grunn av psykisk lidelse, senil demens eller psykisk utviklingshemming, som ikke er i stand til å forstå hva beslutningen omfatter. Da endring av juridisk kjønn er en reversibel beslutning, kan ikke dette hensynet tillegges avgjørende vekt.

Ekspertgruppa kan ikke forstå at en lege i forbindelse med vurderingsmodellen skal kunne bekrefte om en persons opplevelse av å tilhøre det annet kjønn er reelt eller ikke, da en opplevelse finner sted hos personen selv. Å vurdere hvorvidt en person kan antas å komme til å ha sin kjønnsidentitet i fremtiden, synes nærmest umulig.

Ekspertgruppa mener at det er viktig at en ny ordning ikke oppfattes slik at et ønske om å endre juridisk kjønn i seg selv gir grunn til å stille spørsmål ved vedkommendes psykiske helse.

Erklæringsmodellen åpner for at en person kan gjennomføre de sosiale og juridiske sider av en kjønnsbekreftelsesprosess før vedkommende eventuelt tar stilling til og gjennomfører behandlingstiltak som er helt eller delvis reversible. Ekspertgruppa mener at å gi personer som har behov for det anledning til å endre juridisk kjønn, uten krav om medisinsk vurdering eller behandling, reduserer risikoen for at personer møter en forventning om, og dermed kan føle seg presset til, å søke mer medisinsk behandling enn det de selv ønsker.

Ekspertgruppa påpeker at det i andre tilsvarende forhold av offentligrettslig art ikke foretas noen form for forhåndskontroll av den enkeltes rettslige handleevne, selv om disse beslutningene kan ha store konsekvenser for den enkelte.

Ekspertgruppa mener at kjønnsidentitet er et personlig anliggende, og at fremtidige regler om endring av juridisk kjønn må bygge på tillit til den enkeltes vurderingsevne og rett til selvbestemmelse. En ordning hvor den som ønsker en endring av juridisk kjønn selv avgjør dette, harmonerer med andre viktige personlige valg mennesker har rett til å ta.

Erklæringsmodellen ble i Danmark kombinert med en refleksjonsperiode på 6 måneder. Ekspertgruppa kommer senere tilbake til spørsmålet om refleksjonsperiode.

Etter en helhetsvurdering av fordelene for og imot de ulike modeller, er ekspertgruppa enstemmig kommet til at endring av juridisk kjønn skal kunne skje ved innsending av begjæring om endring av juridisk kjønn ledsaget av en egenerklæring.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at en egenerklæring til folkeregistermyndigheten skal være tilstrekkelig for endring av juridisk kjønn.*

### 10.3 Krav om en informert beslutning

Nye regler om endring av juridisk kjønn bør ha som utgangspunkt at den som begjærer endringen har beslutningskompetanse.<sup>144</sup> I dette ligger at den enkelte som fremmer begjæring om endring av juridisk kjønn, har evnen til å sette seg inn i informasjon om betydningen av å endre juridisk kjønn, og har evne til å resonnerer på bakgrunn av informasjonen med tanke på å treffe et valg.

Saksbehandlingsreglene bør sikre at den som vurderer å endre juridisk kjønn har tilgang til relevant og tilstrekkelig informasjon om hva endringen innebærer, og at vedkommende har tilstrekkelig tid til å sette seg inn i informasjonen.

#### 10.3.1 Svarslippordning

##### Vurdering

For å sikre at endringen av juridisk kjønn skjer som en informert beslutning foreslår ekspertgruppa at den som begjærer endring av juridisk kjønn, ved første henvendelse til folkeregistermyndighetene, skal motta et informasjonsskriv<sup>145</sup> om konsekvensene av å endre juridisk kjønn.

For å bekrefte at beslutningen om å endre juridisk kjønn står ved lag, returnerer søkeren en svarslipp vedlagt brevet.

Ekspertgruppa mener at en svarslippordning vil signalisere tiltro til at den det gjelder selv kan ta beslutningen, uten krav om at andre enn personen selv skal bekrefte søknaden.

Samtidig vil en slik ordning i større grad sikre at eventuelle søknader sendt på impuls eller av useriøse søkere, ikke automatisk blir innvilget før ønsket om å endre juridisk kjønn er bekreftet.

---

<sup>144</sup> Begrepet beslutningskompetanse (i Helselovgivningen *samtykkekompetanse*) omhandler det ved personen som gjør vedkommende i stand til å fatte en meningsfull eller god beslutning i en konkret situasjon (NOU 2011: 9 «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern», s. 140).

<sup>145</sup> Forslag til momenter til et slikt informasjonsskriv finnes i vedlegg 4

## Ekspertgruppas anbefaling

*Ekspertgruppa anbefaler at den som søker om å endre juridisk kjønn får tilsendt et informasjonsskriv om konsekvensene av juridisk kjønnsendring, for så å måtte bekrefte sin søknad.*

### 10.3.2 Selvvalgt eller pålagt refleksjonsperiode

I noen typer personlige valg som må stadfestes av det offentlige, som for eksempel ved inngåelse og oppløsning av ekteskap, kan en finne ordninger som er ment å sikre at valget som tas er veloverveid. Før inngåelse av ekteskap må ektefolkene sende inn erklæring for prøving av ekteskapsvilkårene. Skatteetaten utsteder etter prøving av vilkårene en prøvingsattest. Denne er gyldig i fire måneder. Før skilsmisse er det krav til ett års separasjonstid.

I andre typer personlige valg, som ved navnebytte, foreligger det ingen krav om bekreftelse av søknaden eller pålagt tid til refleksjon. Søknaden om endring av navn kan gjøres på internett og behandlingstiden er cirka 3 uker. Når søknaden er godkjent, får søkeren et brev til den folkeregistrerte adressen.

Etter de danske reglene er det et vilkår at søkeren har fullført en *refleksjonsperiode* før juridisk kjønn endres. Ordningen innebærer at vedkommende som begjærer endring av juridisk kjønn, etter seks måneder må bekrefte sin begjæring før endringen foretas i folkeregisteret. I forarbeidene til ny lov begrunnes refleksjonsperioden med at dette kan minske andelen søkere som angrep på beslutningen:

«Med den valgte model kan tiden fra ønsket om juridisk kønsskifte opstår, og til det juridiske kønsskifte er effektueret, være meget kortvarig. For at minimere risikoen for, at de pågældende fortryder deres beslutning og ansøger om på ny at få juridisk status svarende til det biologiske køn, har regeringen fundet det rigtigst, at modellen kombineres med et krav om en refleksionsperiode på 6 måneder fra ansøgningstidspunktet, hvorefter den pågældende skal bekræfte sin ansøgning, inden den kan imødekommes. (...)

Samtidig med, at regeringen finder, at der ikke bør lægges unødige hindringer i vejen for et juridisk kønsskifte, er det regeringens opfattelse, at det med forslaget om at indføre en refleksionsperiode på 6 måneder – uden at der herved stilles krav om, at ansøgeren i en periode har levet som det modsatte køn – anerkendes, at beslutningen om juridisk kønsskifte kan være forbundet med svære overvejelser for den enkelte, og at det at møde omverdenen med et andet køn kan være vanskeligt. Regeringen finder samtidig – bl.a. henset til refleksionsperiodens kortere varighed – at et sådant krav generelt må betragtes som rimeligt og proportionalt» (L 182 Forslag til lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister. Tildeling af nyt personnummer til personer, der oplever sig som tilhørende det andet køn).

## Vurdering

Av Europarådets anbefaling<sup>146</sup> fremgår det at det ved utforming av regler for endring av juridisk kjønn bør legges vekt på at prosessen skal være ”rask, oversiktlig og lett tilgjengelig”.

Ekspertgruppa har delt seg i to når det gjelder spørsmålet om refleksjonstid.

Flertallet (medlemmene Aarre, Arver, Dalen Espseth, Fernsjø, Halvorsrud, Hellerslia, Lindvik, Nesheim, Offerdal, Paulsrud, Benestad, Raastad Basmo, Tangen Aanerød, Tønseth, Van der Ros, Wik) går inn for at refleksjonstiden skal være selvvalgt.

Flertallet vektlegger at personer som ønsker å endre navn i tråd med sin kjønnsidentitet, i en fremtidig ordning uten krav til diagnose eller kirurgiske inngrep, vil søke om både endring av navn og endring av juridisk kjønn samtidig. Ekspertgruppa mener at det er hensiktsmessig at endring av juridisk kjønn ikke gjøres til en uforholdsmessig lengre prosess enn det som kreves for å endre navn.

En venteperiode før innvilgelse av endring av juridisk kjønn vil kunne innebære at søkeren ser seg nødt til å utsette utdanning og arbeid, reiser eller andre aktiviteter.

Å sammenligne endring av juridisk kjønn med inngåelse og oppløsning av ekteskap har begrenset verdi, da den enkeltes valg i disse tilfellene har konsekvenser for en annen person.

Etter flertallets syn er det stor sannsynlighet for at personer som allerede har brukt tid på å reflektere rundt sitt valg om å endre juridisk kjønn, vil oppleve det som formynderisk og unødvendig med pålegg om ytterligere venting.

Flertallet vil påpeke at den største ytre forandringen for personen selv og dennes omgivelser i de fleste tilfeller er endring i kjønnsuttrykk, bruk av fornavn og ønsket pronomen. Disse endringene vil vanligvis finne sted før personen velger å endre juridisk kjønn, og ha en større direkte påvirkning på sosiale relasjoner, og liknende, enn endringen av juridisk kjønn.

Flertallet vil fremheve at det å endre juridisk kjønn i de fleste tilfeller ikke vil være resultat av et plutselig innfall, men en veloverveid og reflektert beslutning som de fleste på eget initiativ vil ha drøftet med sine nærmeste og/eller fagpersonell.

---

<sup>146</sup> (CM/Rec (2010)5). Se kap 8.1.4.)

I praksis antas erklæringsmodellen uten en refleksjonsperiode å medføre en "ventetid" som tilsvarer saksbehandling, utsending av informasjonsmateriale fra vedtaksorganet, innsending av svarslipp, og utsending av vedtak.

Det vil kunne forekomme tilfeller der personer søker, og eventuelt også bekrefter, meldingen om endring av juridisk kjønn, uten fullt ut å være i stand til å forstå hva beslutningen omfatter. Flertallet i ekspertgruppa anser at dette hensynet ikke kan tillegges avgjørende vekt da endring av juridisk kjønn er en reversibel beslutning. Omgjøring av beslutninger om å endre juridisk kjønn vil, slik ekspertgruppa vurderer det, heller ikke medføre utgifter av betydning for det offentlige.

### **Ekspertgruppas flertalls anbefaling**

*Flertallet i ekspertgruppa anbefaler at det ikke skal stilles krav om en pålagt refleksjonsperiode for endring av juridisk kjønn.*

Ekspertgruppas mindretall (Hansen og Haraldsen) er for at erklæringsmodellen kombineres med en refleksjonsperiode i likhet med den nylig vedtatte lovbestemmelsen om endring av juridisk kjønn i Danmark. Etter mindretallets oppfatning er en refleksjonsperiode forenlig med Europarådets tilrådning om å fastsette "en rask, oversiktlig og tilgjengelig prosess" for endring av juridisk kjønn.

Mindretallet mener at erklæringsmodellen innebærer en dramatisk forkorting av tiden det tar fra ønsket om endring av juridisk kjønn oppstår til det er effektivt sammenholdt med ventetiden ved dagens praksis. Ekspertgruppas anbefaling om å innføre bestemmelser basert på erklæringsmodellen innebærer også en vesentlig endring av vilkårene for å endre juridisk kjønn da kastrasjonskravet, krav om medisinske inngrep, utredning og diagnose bortfaller. Langt flere vil oppfylle vilkårene for å endre juridisk kjønn og selv bestemme kjønnstilhørighet.

En refleksjonsperiode vil medføre en forlenget ventetid. Mindretallet har delt seg når det gjelder synet på refleksjonsperiodens lengde. Haraldsen foreslår at refleksjonsperioden skal ha en måneds varighet, mens Hansen foreslår en refleksjonsperiode på 6 måneder.

Etter mindretallets oppfatning vil et krav om en refleksjonsperiode understreke viktigheten av beslutningen om å endre juridisk kjønn. En refleksjonsperiode vil gi vedkommende tid til å vurdere informasjonsmaterialet som blir sendt fra vedtaksorganet ved mottak av begjæring om endring av juridisk kjønn. Mindretallet er ikke i tvil om at det store flertallet av søknader om endring av juridisk kjønn er velbegrunnet og gjennomtenkt. Det antas likevel at et krav om refleksjonsperiode vil kunne forhindre at det innvilges endring av juridisk kjønn til personer som på søknadstidspunktet ikke har overskuet konsekvensene av sin søknad

grunnet f. eks ustabilitet og ubehandlet psykiatrisk sykdom. Mindretallet kan ikke se at en refleksjonsperiode, i særdeleshet om denne er kort, vil påføre flertallet av søkerne en uforholdsmessig byrde.

Medlemmet Hansen mener, som vist over, at refleksjonstiden bør være på seks måneder, med den begrunnelse at en refleksjonsperiode kan bidra til å forebygge at personer som endrer juridisk kjønn senere ombestemmer seg. Endring av juridisk kjønn vil få konsekvenser for personens relasjoner til det offentlige, arbeidsplass, skole og lignende, og en ny endring av juridisk kjønn vil kunne bli en belastning for både personen selv og nære pårørende.

### **Ekspertgruppas mindretalls anbefaling**

*Et mindretall i ekspertgruppa anbefaler at erklæringsmodellen kombineres med et krav om en tidsbestemt refleksjonsperiode. Det foreligger to alternative forslag til refleksjonsperiode, på henholdsvis en måned og seks måneders varighet.*

## **10.4 Endring av juridisk kjønn for barn**

Etter dagens praksis er det ingen uttrykkelig bestemmelse om aldersgrense for endring av juridisk kjønn. Dagens vilkår om å ha gjennomgått et kastrasjonsinngrep, har imidlertid ført til at ingen under 18 år har endret juridisk kjønn.

Barn og ungdoms rett til selvbestemmelse varierer mellom ulike rettsområder. I vurderingen av hva som vil være den mest hensiktsmessige aldersgrense for retten til å endre juridisk kjønn, har ekspertgruppa gjennomgått gjeldende rett på forskjellige rettsområder:

Barneloven<sup>147</sup> fastslår at etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal det legges vekt på hva barnet mener. Det samme følger av Barnekonvensjonen art. 12 og Grunnloven § 104. Etter barneloven § 31 skal det ved fylte 12 år legges stor vekt på hva barnet mener i personlige forhold. Ved fylte 15 år har ungdom rett til selv å velge utdanning, og inngå medlemskap i religiøse og politiske organisasjoner.

Vergemålsloven<sup>148</sup> gir ungdom fra fylte 15 år rettslig handleevne i flere avtalerettslige forhold, blant annet rett til å inngå arbeidsavtaler.

---

<sup>147</sup> LOV-1981-04-08-7 Lov om barn og foreldre (barnelova) §§ 33 flg.

<sup>148</sup> LOV-2010-03-29-9 Lov om vergemål (vergemålsloven) §§ 9 flg.

Navneloven<sup>149</sup> gir alle over 18 år rett til å endre navn. For barn og ungdom under 18 år, kan foreldre eller den eller de som har foreldreansvaret bestemme navneendring. Gjelder meldingen et barn over 12 år, må også barnet selv ha samtykket. Selv om det ikke foreligger samtykke fra foreldre kan Skatteetaten likevel godta navneendring dersom det foreligger særlig grunn.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven<sup>150</sup> er den helserettslige myndighetsalderen 16 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art. Eksempel på en slik særlig lovbestemmelse er § 8 i lov om rituell omskjæring av gutter<sup>151</sup> hvor aldersgrensen er 18 år.

Psykisk helsevernloven<sup>152</sup> bestemmer at etablering av tvungent psykisk helsevern for ungdom under den helserettslige myndighetsalder skjer på bakgrunn av samtykke fra foreldre eller andre med foreldreansvar. Dersom barnet har fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, kan spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen.

For begjæring om svangerskapsavbrudd finnes ingen nedre aldersgrense. Dersom kvinnen er under 16 år, kreves det at Fylkesmannen gir samtykke dersom den eller de som har foreldreansvaret eller vergen har uttalt seg mot at svangerskapet blir avbrutt.<sup>153</sup>

I steriliseringsloven<sup>154</sup> er det fastsatt en aldersgrense for helsehjelp som er over den alminnelige myndighetsalderen. Hovedreglene er at personen har fylt 25 år før sterilisering innvilges. Sterilisering av person under 18 år tillates bare når det foreligger særlig tungtveiende grunner for det.<sup>155</sup> I begge tilfeller behandles søknadene av Steriliseringsnemnda.<sup>156</sup>

---

<sup>149</sup> LOV-2002-06-07-19 Lov om personnavn (navneloven) § 12

<sup>150</sup> LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 4-3 pkt. b)

<sup>151</sup> LOV- 2014-06-20-40 Lov om rituell omskjæring av gutter

<sup>152</sup> LOV-1999-07-02-62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 2-1

<sup>153</sup> LOV-1975-06-13-50 Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) § 4 jf. § 9.

<sup>154</sup> LOV-1977-06-03-57 Lov om sterilisering (steriliseringsloven) § 2

<sup>155</sup> Steriliseringsloven § 4

<sup>156</sup> Steriliseringsloven § 5



I Sverige og Danmark er aldersgrensen for retten til å endre juridisk kjønn 18 år. Det foreligger imidlertid et lovforslag om generell 15 års aldersgrense i Sverige.<sup>157</sup> Se punkt 9.1 for nærmere omtale av foreslåtte aldersgrenser i Sverige.

Vurderingene av om det skal kunne foretas endring av juridisk kjønn for barn, og vilkårene for dette, må baseres på hensynet til barnets beste, jf. Barnekonvensjonen art. 3 (2) og Grunnloven § 104.

## Vurdering

Ekspertgruppa har tatt utgangspunkt i at den alminnelige myndighetsalderen i Norge er 18 år. Dersom det skal fastsettes en annen aldersgrense enn den alminnelige myndighetsalderen for endring av juridisk kjønn, må dette begrunnes særskilt.

Når ungdom under 18 år har rett til å ta beslutninger på egne vegne, dreier det seg ofte om spørsmål hvor beslutningen har stor betydning for den enkelte person, men der beslutningen som hovedregel kan reverseres. Dette gjelder f.eks muligheten til å melde seg inn og ut av trossamfunn, og muligheten til selv å velge utdanning. Et unntak fra dette gjelder begjæring om svangerskapsavbrudd.

Den helserettslige myndighetsalder er som hovedregel 16 år. Samtykke til helsehjelp gir rettsgrunnlag for at helsehjelp *kan* ytes. Spørsmålet om helsehjelp faktisk *skal gis* og hva slags helsehjelp som skal tilbys, avgjøres av helsepersonell. Beslutninger om helsehjelp tas derfor ikke av ungdommen alene.

Ekspertgruppa har anbefalt at betingelsene for endring av juridisk kjønn holdes adskilt fra den medisinske behandlingen. Det er derved heller ikke av den grunn noe som tilsier at den helserettslige myndighetsalder og aldersgrense for å endre juridisk kjønn må være den samme.

Aldergrensen for selv å kunne bestemme endring av navn 18 år. Det vil ofte være en sammenheng mellom navnebytte og endring av juridisk kjønn for personer som opplever kjønnsinkongruens. Begge har en offentligrettslig side ved at det utløser rett til endring av identitetspapirer og dokumenter. Begge endringer har betydning for hvordan personen oppfattes av omgivelsene, både i privat og offentlig sammenheng.

---

<sup>157</sup> SOU 2014: 91. Juridisk kön och medicinsk könskorrigering. Betänkande av Utredningen om åldersgränsen för fastställelse av ändrad könstillhörighet.

Ekspertgruppa viser til at å endre juridisk kjønn har betydelige rettslige konsekvenser for den enkelte, og konkluderer med at det ikke er grunnlag for å fravike den alminnelige myndighetsalder når det gjelder adgangen til å endre juridisk kjønn kun basert på egenerklæring

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at aldersgrensen for retten til å begjære endring av juridisk kjønn kun basert på egenerklæring skal være 18 år.*

#### **10.4.1 Begjæring om endring av juridisk kjønn fra verge**

I et barns oppvekst er det en rekke situasjoner der manglende samsvar mellom opplevd og juridisk kjønn kan skape uheldige sosiale og praktiske situasjoner for barnet/ungdommen og familien. I følge barneloven har foreldre rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold ut fra barnets rettigheter og behov.<sup>158</sup> Ekspertgruppa anbefaler derfor at verge, dvs. de med foreldreansvar eller oppnevnt verge, jf. vergemålsloven<sup>159</sup>, skal kunne fremsette begjæring om at barnet skal endre juridisk kjønn.

### **Vurdering**

Ekspertgruppa har drøftet om det bør være en nedre aldersgrense for når verge kan begjære endring av juridisk kjønn på vegne av barnet.

Ekspertgruppa vil peke på at også små barn kan gi uttrykk for at de er tildelt feil juridisk kjønn ved fødselen. Det må være en mulighet for at disse barna kan få endret juridisk kjønn. Ekspertgruppa anbefaler derfor at det ikke skal være noen nedre aldersgrense for endring av juridisk kjønn.

I slike saker bør det etter ekspertgruppas vurdering foretas en *forvaltningsmessig* vurdering som kan bekrefte behovet for endring av juridisk kjønn.

Endring av tillagt juridisk kjønn hos barn er også aktuelt i de tilfeller der barn er født med usikker somatisk kjønnsutvikling, ofte i form av alvorlige genitale misdannelser. Denne tilstanden kalles også forstyrrelser i kjønnsutviklingen (på engelsk; Disorders of sex development (DSD)) og ble tidligere kalt intersex-tilstander. Det gjelder en liten gruppe barn der kjønnnet ikke kan eller bør fastsettes umiddelbart etter fødselen. DSD har ikke vært tema

---

158 LOV-1981-04-08-7 Lov om barn og foreldre (barnelova) § 30.

159 LOV-2010-03-26-9 Lov om vergemål (vergemålsloven).

for ekspertgruppas utredning, men gruppa vil understreke at framtidige muligheter for endring av juridisk kjønn også må ivareta disse gruppenes behov.<sup>160</sup>

Barn skal etter barnelovens regler høres når de er i stand til å danne seg egne standpunkt. Deres meninger skal tillegges økt vekt etter alder og modning. Det skal legges stor vekt på hva barnet mener ved fylte 12 år. På bakgrunn av dette må barn etter ekspertgruppas vurdering høres i slike saker. Det må videre være et vilkår for at begjæring om endring av juridisk kjønn skal imøtekommes, at barn som har fylt 12 år samtykker.

Etter ekspertgruppas vurdering er Fylkesmannen den instans som bør tillegges godkjenningsmyndighet i saker der foreldre begjærer endring av juridisk kjønn på vegne av barn. Fylkesmannen er i dag på ulike måter involvert i spørsmål som gjelder barn og unge. Fylkesmannen er bl.a. klageinstans for enkeltvedtak fattet med hjemmel i barnevernloven, stadfester avtaler etter barneloven og er vergemålsmyndighet for mindreårige. Fylkesmannen har både faglig og juridisk kompetanse som kan sikre at de særskilte kravene til endring av juridisk kjønn for barn er oppfylt, herunder at barnet er hørt.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at verger gis rett til å fremsette egenerklæring om endring av juridisk kjønn for barn etter godkjenning av Fylkesmannen. Barnet skal høres og dersom barnet har fylt 12 år er det et vilkår for godkjenning at barnet har samtykket.*

#### **10.4.2 Begjæring om endring av juridisk kjønn for barn over 16 år**

### **Vurdering**

Etter ekspertgruppas vurdering bør ungdom mellom 16 og 18 år selv kunne fremsette begjæring om endring av juridisk kjønn.

Den eller de som har foreldreansvaret har rett og plikt til å dra omsorg for barn til de har fylt 18 år. Foreldre må etter ekspertgruppas vurdering derfor ha rett til å bli informert om begjæringen. Det kan likevel foreligge særlige grunner til at foreldrene ikke skal ha slik informasjon og fremtidige regler må ta hensyn til dette.

---

<sup>160</sup> Se for eksempel SOU 2014:91. Juridisk kön och medicinsk könskorrigering. Betänkande av Utredningen om åldersgränsen för fastställelse av ändrad könstillhörighet. S 2014:03, side 237 til 259.

Foreldre som har fått informasjon, bør med grunnlag i foreldreansvaret også gis anledning til å uttale seg. Dersom foreldrene er uenig i endringen av juridisk kjønn, eller ikke er informert, bør det i likhet med det som er foreslått for beslutninger om barn for øvrig, foreligge godkjenning fra Fylkesmannen for at begjæringen skal kunne imøtekommes.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at ungdom mellom 16 og 18 år selv skal kunne framsette egenerklæring om endring av juridisk kjønn. Barnets verger skal bli informert, med mindre særlige grunner taler mot det. Dersom en eller begge vergene motsetter seg endring av juridisk kjønn, eller ikke er informert, må det foreligge godkjenning av Fylkesmannen.*

## **10.5 Mulighet for å endre juridisk kjønn flere ganger**

Navneloven begrenser som hovedregel retten til å ta, endre eller fjerne fornavn eller etternavn én gang hvert tiende år. Unntak gjelder i de tilfellene søkeren ønsker å ta et etternavn vedkommende har hatt tidligere eller endre fornavnet tilbake til det fornavnet en hadde før endringen, eller dersom det foreligger særlige grunner.

### **Vurdering**

Ekspertgruppa anser navnelovens bestemmelser på dette området som overførbare til endring av juridisk kjønn. Ekspertgruppa ser det imidlertid ikke som hensiktsmessig å sette en spesifikk begrensning på tidsrom mellom endring av juridisk kjønn og en eventuell ny endring, da dette kun vil være aktuelt i et fåtall tilfeller.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at personer som tidligere har endret juridisk kjønn, gis mulighet til å endre juridisk kjønn på nytt dersom det foreligger særlige grunner.*

## **10.6 Adgang til rettslig overprøving av avslag på begjæring om endring av juridisk kjønn**

Navneloven gir den som har fått avslag på søknad om endring av navn, rett til rettslig overprøving av avslaget.

### **Vurdering**

En mulighet for rettslig overprøving vil tydeliggjøre at endring av juridisk kjønn også er en rettighet og ikke kun en offentlig registrering.

## **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at et avslag på begjæring om endring av kjønn skal kunne bringes inn for domstolene for rettslig overprøving.*

### **10.7 Fremtidig hjemmel for regler om offentlig registrering av den enkeltes kjønn**

Som gjort rede for i pkt. 7.1, er dagens praksis for endring av juridisk kjønn forankret i forskrift om folkeregistrering § 2-2 5. ledd, hvor det fremgår at «Fødselsnummeret kan endres når fødselsdato eller kjønnsstatus endres».

Dagens vilkår for endring av juridisk kjønn fremgår hverken av lov eller forskrift, men kommer kun til uttrykk i forvaltningspraksis. I tråd med alminnelige forvaltningsmessige prinsipper vil denne kunne endres ved at overordnet forvaltningsorgan gir instruks om at praksis skal endres, f.eks. i form av et rundskriv.

I Danmark er det vedtatt en egen bestemmelse i CPR-loven<sup>161</sup> som tilsvarer Lov om folkeregistrering. I Sverige har de en egen lov<sup>162</sup> om fastsettelse av juridisk kjønn.

## **Vurdering**

Lov om folkeregistrering er en kort og generell lov. Å gi regler om endring av juridisk kjønn direkte i denne loven vil bryte med lovens system.

Folkeregisterforskriften inneholder nærmere bestemmelser om hvilke endringer som kan gjøres i folkeregisteret. Hjemmel for at de registrerte endringer har skjedd er gitt i andre lover – så som barneloven når det gjelder foreldreskap, ekteskapsloven når det gjelder ekteskapsinngåelse, separasjon og skilsmisse, navnelov når det gjelder navneendring osv. En direkte hjemmel for endring av juridisk kjønn direkte i forskriften vil derfor heller ikke være egnet.

En egen lov med nærmere regler om offentlig registrering av den enkeltes juridiske kjønn vil ha stor informasjons- og symbolverdi for de grupper det gjelder. En egen lov sikrer dessuten en grundig og demokratisk behandling av de spørsmål som er aktuelle for lovregulering. En lov vil være mer robust i møte med skiftende politiske vurderinger enn en forskrift. Hjemmel direkte i lov er naturlig med utgangspunkt i et rettighetsperspektiv. Et tilsvarende perspektiv

---

<sup>161</sup> L 182: Forslag til lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister (Tildeling af nyt personnummer til personer, der oplever sig som tilhørende det andet køn). Vedtatt i Folketinget 11. juni 2014.

<sup>162</sup> Lag om fastställande av könstillhörighet (1972:119)

er lagt til grunn i et nylig fremlagt forslag til ny lov om endring av juridisk kjønn i Sverige. Utgangspunktet for det svenske lovforslaget er at det ikke skal oppstilles noen direkte eller indirekte krav om medisinsk utredning og behandling for at en person skal kunne få endret det kjønn som er registrert i folkeregisteret.<sup>163</sup>

Ekspertgruppa vil peke på at dette kan imøtekommes både gjennom en egen lov eller en felles lov for endring av navn og juridisk kjønn. Endring av juridisk kjønn er et særlig emne som reiser særlige problemstillinger, noe som kan tilsi at dette bør reguleres i egen lov.

Ekspertgruppa anser at den departementale gruppa er best egnet til å utrede dette spørsmålet videre.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at vilkår for endring av juridisk kjønn reguleres i lov.*

#### **10.8 Særlige spørsmål for personer som ikke har norsk statsborgerskap**

##### **10.8.1 Hvem reglene skal gjelde for**

Utenlandske statsborgere som er folkeregistrert i Norge vil kunne endre juridisk kjønn etter folkeregisterforskriften § 2-2, tredje ledd, etter samme vilkår som norske statsborgere. Navneloven gjelder for alle som i Det sentrale folkeregister er registrert som bosatt her i riket og har til hensikt å bli boende her varig.

### **Vurdering**

Ekspertgruppa vurderer det som hensiktsmessig at navnelovens system bør legges til grunn for hvem som skal ha rett til å begjære endring av juridisk kjønn.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at alle som i Det sentrale folkeregister er registrert som bosatt her i riket og har til hensikt å bli boende her varig, skal ha rett til å søke om endring av juridisk kjønn.*

---

<sup>163</sup> SOU 2014:91. Juridisk kön och medicinsk könskorrigering. Betänkande av Utredningen om åldersgränsen för fastställelse av ändrad könstillhörighet. S 2014:03, side 319

## 10.8.2 Utenlandske statsborgere som har endret juridisk kjønn utenfor Norge

Ved førstegangs utstedelse av fødsels- og personnummer eller D-nummer til utenlandsk statsborger i Norge, legges kjønnsangivelse i pass eller annet gyldig identifikasjonsdokument til grunn for registrering av kjønn.<sup>164</sup> Det gjelder også dersom personen det gjelder har fått endret juridisk kjønn av kompetent myndighet i hjemlandet før bosetting i Norge.

Det stiller seg annerledes dersom vedkommende allerede er registrert med fødsels- og personnummer eller D-nummer i Norge, men på et senere tidspunkt får endret juridisk kjønn i opprinnelseslandet. Ved en retur til Norge må det dokumenteres at norsk forvaltningspraksis vedrørende kastrasjon også er lagt til grunn for den nye kjønnsangivelsen i folkeregistret. Dette kan for flere føre til at de har identifikasjonspapirer med kjønnsangivelse som er gyldige i alle andre land enn det landet de er bosatt i, nemlig Norge.

### Vurdering

Det er høy mobilitet i bosetting og arbeidskraft mellom landegrensene i Europa. Personer som er registrert med fødsels- og personnummer eller D-nummer i Norge, og som endrer juridisk kjønn i opprinnelseslandet, møter problemer ved retur til Norge. Det er grunn til å tro at antallet personer med denne problematikken vil øke når flere av våre naboland endrer kriteriene for endring av juridisk kjønn.

### Ekspertgruppas anbefaling

*Ekspertgruppa anbefaler at det snarest skal innføres en praksis der Norge anerkjenner det juridiske kjønn en person har fått fastsatt av kompetent myndighet i utlandet, etter angjeldende lands lov.*

## 10.9 En tredje kjønnskategori

Skattedirektoratet fremmet sommeren 2014<sup>165</sup> overfor Finansdepartementet forslag om at offentlige datasystemer i fremtiden ikke lenger bør kunne avlese kjønn fra fødsels- og personnummer, ved at kjønnsidentifikatoren i nummeret «slås av». Se nærmere om dette i pkt. 7.4. Forslaget medfører at instanser og institusjoner som trenger opplysninger om kjønn må hente opplysningene fra Folkeregistret. Skattedirektoratet foreslår at det i forbindelse

---

<sup>164</sup> D-nummer kan etter bestemte regler rekvireres til personer som ikke har fødselsnummer og som ikke skal registreres som bosatt i Norge eller ved begrunnet behov som skatte- og avgiftsplikt, mottak av trygdeytelser, kundeforhold til norsk bank o.l

<sup>165</sup> Skatteetaten: Konseptvalgsutredning. Ny personidentifikator i Folkeregistret. Avgitt 30. juni 2014

med en eventuell omlegging også vurderes om det bør innføres en tredje kjønnskategori i folkeregisteret.

Nepal var i 2008 det første landet i verden som innførte en tredje kjønnskategori i grunnloven, i 2014 vedtok Indisk høyesterett at en tredje kjønnskategori også skulle gjelde der. I Australia ble det i 2011 tillatt å føre opp «X» i passet for personer som ikke opplever å passe inn som mann eller kvinne. Lignende regelverk er også innført i New Zealand, Danmark, Tyskland og Pakistan. Med unntak av Nepal og til en viss utstrekning Tyskland kan det synes som at de fleste landene som har en ordning med «X» i passet, baserer seg på en eller annen form for registrering basert på binære kjønnskategorier.

Det er uklart hvordan sentrale norske registre, som Folkeregisteret og Utlendingsdatabasen, vil håndtere en situasjon der en utlending som har gyldige identifikasjonspapirer med en tredje kjønnskategori skal registreres. UDI har i prinsippet en teknisk mulighet til å registrere kjønnskategori «ukjent» i sitt registreringsverktøy *Utlendingsdatabasen*. Folkeregisteret har så vidt ekspertgruppa har kunnet bringe på det rene ikke en slik mulighet i dag. Utlendingsdatabasen samkjøres med Folkeregisteret en gang i døgnet og UDI har opplyst at det vil være lite hensiktsmessig å operere med ulike kjønnskategorier i de to registrene. Videre baserer dagens ordning med utskrivning av fødsels- og personnummer eller D-nummer seg på at det finnes to gjensidig utelukkende kjønnskategorier.

## Vurdering

Ekspertgruppa mener at de foreslåtte endringene om å fjerne kjønnsidentifikatoren fra fødsels- og personnumre vil kunne bidra til å gjøre det enklere for flere å velge hvilket kjønn en vil bli møtt som i det offentlige rom. En slik endring vil nødvendigvis ta lang tid og det vil ta minst ti år før kjønnsidentifikatoren kan fjernes, og mange tiår før dette får praktisk betydning for de som kan ha nytte av dette.

Ekspertgruppa mener at en person som har gyldige papirer på at hen<sup>166</sup> tilhører en tredje kjønnskategori i hjemlandet, også må kunne bli registrert med denne i Norge

Det vises til at flere andre land har funnet løsninger som har gjort dette mulig. Ekspertgruppa anbefaler at spørsmålet om innføring av en tredje kjønnskategori utredes nærmere.

---

<sup>166</sup> Kjønnsnøytralt pronomen som brukes som alternativ for han og hun. Omtalt av Språkrådet i *Språknytt* 3/2014. *Hen* tas også inn i neste utgave av «Svenska Akademiens ordlista».



### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at spørsmålet om innføring av en tredje kjønnskategori utredes nærmere.*

## **11. EN HELHETLIG HELSETJENESTE FOR PERSONER SOM OPPLEVER KJØNSDYSFORI**

I tråd med mandatet har ekspertgruppa i rapportens første del gjort rede for det eksisterende utrednings- og behandlingstilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori.

Gjennomgangen viser at mange får den helsehjelpen de ønsker. Samtidig har det blitt tydelig at det er en rekke mangler og utfordringer ved dagens tjenestetilbud. Dette fører til at mange som har rett til helsehjelp tilknyttet kjønnsdysfori, ikke får den helsehjelpen de har behov for og ønsker. Ekspertgruppa vil særlig peke på følgende:

- Mangel på kunnskap og kompetanse om pasientgruppen i kommunehelsetjenesten hos fastleger, skolehelsetjeneste mv. fører til at mange ikke blir ivaretatt på dette nivået eller henvist videre.
- Mangel på kunnskap og kompetanse om pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten, fører til at for mange pasienter henvises til, og blir værende ved, NBTS for diagnostikk og eventuell behandling.
- Mangel på tilbud om kjønnsbekreftende helsehjelp for personer som ikke får et tilbud ved NBTS.
- Mange pasienter og lange utredningsforløp ved NBTS.
- Eksisterende kompetanse hos helsepersonell og private aktører blir ikke benyttet i et helhetlig helsetjenestetilbud.
- Mangel på nasjonale faglige retningslinjer og konsensus om hensiktsmessige pasientforløp.

Norges menneskerettslige forpliktelser, lovgivingen og allmenne prinsipper for organisering av helsetjenestene danner rammene for ekspertgruppas forslag til utformingen av et fremtidig helsetjenestetilbud til personer som opplever kjønnsdysfori. Ekspertgruppa legger videre til grunn at prinsipper for god, kunnskapsbasert praksis utviklet av internasjonale organisasjoner og andre land, redegjort for i pkt. 5.1 og 5.2, i større grad må være styrende for tjenestenes innhold og helsepersonells opptreden enn i dag.

Ekspertgruppas tilrådninger skal sikre at:

- Pasienter får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Dette innebærer at flere enn dem som i dag har et tilbud skal tilbys diagnostikk, behandling og annen helsehjelp i tilknytning til kjønnsdysfori, og at pasientene skal tilbys individuelt tilpassede tjenester i rett tid.
- Pasienter blir møtt med respekt.
- Pasienters rett til informasjon, selvbestemmelse, medvirkning og valgfrihet ivaretas.

- Pasientgruppene som hovedregel skal få tilbud om helsehjelp på laveste forsvarlige nivå i den ordinære helsetjenesten.
- Helsetjenestenes innhold skal utformes i tråd med faglige retningslinjer og prinsipper utviklet av internasjonale organisasjoner og sammenslutninger, redegjort for i pkt. 5.1.
- Pasienter skal tilbys et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud basert på egne ønsker og behov.

Ekspertgruppa har i sine vurderinger lagt til grunn at kjønnsdysfori ikke er en psykisk lidelse. For mange vil imidlertid kjønnsdysforien medføre en rekke psykiske og sosiale følgeproblemer som minoritetsstress, skam, sosial ekskludering osv. Ekspertgruppa mener at det av den grunn er spesielt viktig at tidsforløp og innhold i tjenestene tilpasses den enkelte pasients ønsker og behov.

I det videre vil ekspertgruppa redegjøre for sine vurderinger av dagens helsetilbud, og gi anbefalinger om hvordan et fremtidig helsetjenestetilbud til personer som opplever kjønnsdysfori bør utvikles og organiseres, for å sikre helhetlige og gode pasientforløp.

### **11.1 Retten til helsehjelp**

#### **Vurdering**

Ekspertgruppa vurderer at ulike former for kjønnsbekreftende helsehjelp, det vil si helsehjelp som har som formål å redusere eller fjerne kjønnsdysfori, spesifisert i pkt. 11.5, er å regne som nødvendig helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Ekspertgruppa ser det som godt dokumentert at ubehandlet kjønnsdysfori kan gi betydelig prognosetap med hensyn til livslengde og nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes. Se blant annet rapportens kapittel 4. Likeså mener ekspertgruppa at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert behandling av kjønnsdysfori kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet, samt at tilstanden kan forverres uten behandling, se pkt. 4.3. Ekspertgruppa mener at de forventede kostnadene ved behandling av kjønnsdysfori vil stå i et rimelig forhold til tiltakets effekt, se kapittel 12.

I Norge i dag er det i praksis slik at kun personer som får diagnosen F 64. 0 Transseksualisme har tilgang på kjønnsbekreftende helsehjelp via de offentlige helsetjenestene. NBTS tilbyr diagnostikk og behandling av pasienter som oppfyller deres kriterier for denne diagnosen. Videre blir barn utredet og eventuelt diagnostisert med F 64. 2 Kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen før puberteten. Se punkt 11.3.2 og 11.4.2 for nærmere om tilbud til barn før puberteten.

Ekspertgruppa har forsøkt å utarbeide en fyllestgjørende beskrivelse av virksomheten ved NBTS. Det er til dels store uklarheter i det skriftlige materialet som foreligger om tjenesten, mangel på klare henvisningsrutiner og konsistente beskrivelser av hvilke helsetjenester som gis og ikke gis til pasientgruppen ved OUS.

Etter ekspertgruppas vurdering er det klart at tilbudet ved NBTS ikke ivaretar behovene til alle som har rett til helsehjelp for kjønnsdysfori. Pasienter som etter utredning i dag får diagnosen F 64.8 «Annen spesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse» eller F 64.9 «Annen uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse» har ikke i dag behandlingstilbud ved NBTS, og mottar bare unntaksvis et tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Ekspertgruppa vil peke på at det i internasjonale fagmiljøer og i flere enkeltlands retningslinjer er klare tendenser til en utvidelse i forståelsen av hvem som bør ha rett til helsehjelp tilknyttet kjønnsdysfori. Et gjennomgående premiss i blant annet WPATH's «Standards of Care 7» (2011) og den svenske Socialstyrelsens «Kunnskapsstöd for utredning og behandling av könsdysfori» (2014) er at også pasienter som ikke fyller vilkårene for diagnosen F 64.0 Transseksualisme vil kunne profitere på ulike former for kjønnsbekreftende helsehjelp.

Det er kun et relativt lite antall personer, av alle som opplever kjønnsdysfori, som kvalifiserer for diagnosen F 64.0 Transseksualisme. Samtidig er det i praksis denne ene diagnosen som er vilkåret for å motta kjønnsbekreftende helsehjelp i Norge. Det kan videre synes som at det kun er de med et uttalt ønske om å fjerne sine primære og sekundære kjønnskarakteristika, og konstruere nye, som får tilbud om kjønnsbekreftende helsehjelp, herunder hormonell og kirurgisk behandling.

Ekspertgruppa vil i denne sammenhengen vise til det pågående revisjonsarbeid av WHO's diagnosemanual ICD 10 som er forventet ferdigstilt i 2017. Som beskrevet i pkt. 2.3.2, ser det ut til at kategorien «Kjønnsidentitetsforstyrrelser» fjernes fra F-diagnosene som beskriver «Mentale og atferdsmessige forstyrrelser» og erstattes med en ny kategori innunder «Tilstander relatert til seksuell helse» med underkategorien «Kjønnsinkongruens». Begrepsmessig endres den nåværende betegnelsen «kjønnsidentitetsforstyrrelser» til «kjønnsinkongruens». Om disse endringene blir realisert i den endelige versjonen av ICD 11, vil det innebære en dreining innen medisinsk diagnostikk av personer med et manglende samsvar mellom det kjønn de ble tillagt ved fødsel, og den kjønnsidentitet de har.

Disse endringene gjenspeiler de generelle tendensene ekspertgruppa finner internasjonalt og i enkeltland, og bidrar til å styrke ekspertgruppas vurdering om at helsehjelp tilknyttet kjønnsinkongruens bør tilbys på et bredere grunnlag enn det som er tilfelle nå. Det er viktig å understreke at personer med disse diagnosene ikke nødvendigvis har et ønske om å gjennomgå et standardisert «pakkeforløp» hva angår kjønnsbekreftende helsehjelp.

Tilbudene om helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori bør således etter ekspertgruppas syn utvides til å gjelde flere enn de som mottar et offentlig tilbud i dag. Med dagens kategorisering i ICD 10 innebærer dette at pasienter som fyller vilkårene for en av diagnosene F 64. 0, F 64.8 og F 64.9 har rett på helsehjelp og skal tilbys individuelt tilpasset behandling i tråd med helselovgivningen, faglige retningslinjer og den enkeltes behov.

Barn som oppfyller kriteriene for diagnosen F 64. 2 Kjønnsidentitetsforstyrrelser i barndommen har i økende grad de senere årene fått tilbud om helsehjelp ved NBTS. I dag henvises barn i ung alder fra alle deler av landet til NBTS, hvor det utføres psykiatrisk utredning og gis oppfølging av barnet frem til eventuell pubertetsutsettende behandling. I tråd med internasjonale retningslinjer som WPATH's «Standards of Care 7» (2011) gis det ikke tilbud om medikamentell eller kirurgisk behandling for pasienter med denne diagnosen, som settes før puberteten.

Ekspertgruppa vil vise til at etterspørselen etter helsehjelp for kjønnsdysfori hos barn har økt dramatisk i flere land (Ceglie 2014). Dette skyldes sannsynligvis økt oppmerksomhet rundt tematikken i media og via internett. Ekspertgruppa er kjent med den faglige debatten som pågår om utredning og diagnostikk av barn med en aktuell eller potensiell kjønnsdysfori før det nærmer seg puberteten. Når det gjelder diagnosen F 64. 2, er det diskusjoner i de internasjonale fagmiljøene og i arbeidsgruppene som er oppnevnt av WHO om den i det hele tatt skal klassifiseres som en egen diagnose i ICD-11 (se pkt. 2.1.3.2). Etter ekspertgruppas vurdering vil råd og veiledning for foreldre, barnehage, skole og andre være de viktigste tiltak som iverksettes når et barn skiller seg ut fra omverdenens forventninger til kjønn, slik at de blir i stand til å støtte barnet og gi det en trygg og god oppvekst.

Ekspertgruppa har, fra blant annet organisasjonen «Skeiv Verden»,<sup>167</sup> fått opplyst at enkelte grupper av innvandrere og andre med annen etnisk eller kulturell bakgrunn enn norsk opplever særskilte problem når det gjelder å få helsehjelp for kjønnsdysfori. Ekspertgruppa vil påpeke at for enkelte kan forfølgelse og trakassering på grunn av kjønnsidentitet og -uttrykk være den opprinnelige årsak til flukt og påfølgende søknad om beskyttelse. Det er kjent at flere har påbegynt enten hormonell eller kirurgisk behandling i utlandet. Ekspertgruppa vil igjen poengtere at både vertskommuner og spesialisthelsetjenestene er forpliktet til å gi nødvendig helsehjelp i tråd med de generelle helselovene. Gruppa ser det som særlig viktig at dette formidles på en adekvat måte til grupper som for eksempel har liten kjennskap til norsk språk og/eller helsetjenester, jf. Helsedirektoratets veileder.<sup>168</sup>

---

<sup>167</sup> Mer om denne organisasjonen i pkt. 6.5

<sup>168</sup> Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Helsedirektoratet. IS-1022. 2010.

## **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at flere enn de som i dag har et tilbud i helsetjenesten, skal tilbys behandling og oppfølging i tilknytning til ubehag og plager ved kjønnsinkongruens.*

### **11.2 Økt kompetanse om kjønnsdysfori i alle deler av helsetjenestene**

#### **Vurdering**

Ekspertgruppa har merket seg at kjønnsidentitetstematikk generelt i de senere årene har fått økt plass i det offentlige ordskiftet. Dette har ført til en økt etterspørsel etter kunnskap og kompetanse fra helsepersonell og virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. I tillegg har flere organisasjoner, kommuner og statlige myndigheter tatt i bruk handlingsplaner og strategier for bedre å kunne gi befolkningen et likeverdig tilbud med hensyn til blant annet kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.<sup>169</sup> Ekspertgruppa ønsker spesielt å anerkjenne denne typen tiltak da det helsefremmende og forebyggende arbeidet på dette feltet først og fremst dreier seg om å slå et slag for kjønnsmangfold rent allment, slik at mennesker med kjønnsinkongruens møter færre fordommer.

I internasjonale retningslinjer om helsetjenester til personer som opplever kjønnsdysfori, legges stor vekt på at personer som opplever kjønnsdysfori skal tilbys kompetent helsehjelp på det nivå i helsetjenestene den enkelte har behov for. Standards of Care 7 (WPATH 2011), vektlegger helsepersonellens kompetanse på kjønnsdysfori som avgjørende. Blant minimumskravene til anbefalte kvalifikasjoner hos helsepersonell som arbeider med personer som opplever kjønnsdysfori fremheves et krav om omfattende kunnskap og kontinuerlig videreutdanning om identiteter og uttrykk hos personer som ikke er kjønnsnormative, og om vurdering og behandling av kjønnsdysfori. I tillegg anbefales det at helsepersonellet utvikler og vedlikeholder kulturell kompetanse, og tilegner seg relevant kunnskap om seksualitet og seksuell helse.

I de svenske veilederne om helsehjelp til personer med kjønnsdysfori, understrekes det at i den som foretar utredning og diagnostikk må ha god kjennskap til kjønnsdysfori, eller veiledes av en person som har det.<sup>170</sup>

---

<sup>169</sup> For eksempel Handlingsplan for bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2014 (Regjeringen), Oslo, Bergen og Trondheim kommune, Landsorganisasjonen.

<sup>170</sup> Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori. Vägledning och rekommendationer. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2014, remissvertion.

Det er etter ekspertgruppas vurdering et stort behov for økt kompetanse i alle deler av helsetjenesten for å sikre at mennesker som opplever kjønnsdysfori møtes med forståelse og respekt av helsepersonell, samt får tilbud om faglig forsvarlig helsehjelp.

Samtidig legger ekspertgruppa til grunn at antallet personer som opplever kjønnsdysfori og som har behov for og rett til helsetjenester i Norge, ikke vil være høyt nok til at en kan forvente spisskompetanse på feltet i alle deler av helsetjenestene til enhver tid.

Ekspertgruppa mener det må iverksettes tiltak for å bygge opp nødvendig kompetanse i utredning, diagnostikk og behandling av pasienter med kjønnsdysfori i alle delene av helsetjenestene. De regionale helseforetakene må etter ekspertgruppas mening sette i verk tiltak for blant annet å identifisere områder som i dag er kompetansesvake.

Ekspertgruppas anbefalinger om å gi tilbud om helsehjelp til flere grupper som opplever kjønnsdysfori enn det som er tilfelle i dag, samt målsettingen om at helsehjelpen skal gis på riktig nivå forutsetter at det utarbeides rutiner og retningslinjer for nødvendig diagnostikk og behandling i regionene.

Siden det per i dag hverken finnes nasjonale faglige retningslinjer for helsehjelp for kjønnsdysfori eller annen fyllestgjørende beskrivelse av hvordan tematikken håndteres av helsetjenestene, er det naturlig at dette sees i sammenheng. Ekspertgruppa mener at de regionale helseforetakene best selv kan identifisere eventuelle flaskehalsar og sette i verk nødvendige tiltak for å få nye tilbud på plass forutsatt at det blir presisert et sørge-for-ansvar som gjelder nødvendig helsehjelp til personer som har plager, ubehag og smerter knyttet til kjønnsdysfori.

For å understøtte implementering og spredning av kunnskap om kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori har ekspertgruppa drøftet om det bør etableres *regionale* og/eller et *nasjonalt faglig nettverk* for kunnskap om kjønnsdysfori i helsetjenestene. Nettverket/nettverkene kan bidra til kompetansebygging, fagutvikling, kvalitetsarbeid og funksjonsfordeling basert på faglige vurderinger. Etablering av faglige nettverk vil kunne bidra til å sikre at nødvendig kompetanse innen psykisk helse, endokrinologi og kirurgi raskere kommer på plass i de regionale helseforetakene. Et faglig nettverk vil også kunne bidra til å ivareta kompetanse og kartlegge kunnskapshull på det aktuelle området i ulike regioner og behandlingsmiljøer, i samarbeid med brukerorganisasjoner og tilbud som f.eks. Stensveen Ressurscenter.

Som beskrevet i pkt. 5.3.5 har enkelte fagpersoner som har erfaring med utredning av personer som opplever kjønnsdysfori dannet et uformelt fagnettverk for helsepersonell. Dette fagnettverket består av faggruppene lege, psykiater, sexolog og psykolog som jobber med basis i WPATHs Standards of Care, syvende versjon.

Internasjonalt og i Norge er det særlig de sexologiske fagmiljøene som har vært aktive når det gjelder tilbud om helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori. Formelt er denne kompetansen i liten grad implementert i de offentlige helsetjenestene.

Personer som opplever kjønnsdysfori kan, i likhet med mange andre, ha behov for terapeutisk hjelp til å håndtere sin seksualitet. Tematikk som kan være aktuelle hos personer som opplever kjønnsdysfori er håndtering av kjønnsdysfori i en seksuell relasjon, endringer i seksuell orientering og seksuelle preferanser, samt individuelle effekter som hormonell og/eller kirurgisk behandling kan ha på seksuell funksjon og lyst.

Ekspertgruppa anbefaler at den eksisterende sexologiske og tverrfaglige kompetansen ivaretas i det samlede helsetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori.

Likeledes er det viktig at den kompetansen som gjennom år er bygget opp ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS), ivaretas og benyttes i den videre utviklingen av et helhetlig helsetilbud både regionalt og lokalt.

Ekspertgruppa har sett på mulighetene for at de regionale helseforetakene søker om etablering av en *nasjonal kompetansetjeneste for kjønnsdysfori*. En slik tjeneste etableres når det er et særskilt behov for å:

«utvikle og heve kvaliteten på de leverte tjenestene i helhetlige behandlingsskjeder i hele landet, herunder å levere dem så trygt og kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse innenfor en rimelig tidshorisont».<sup>171</sup>

Det er et mål med etablering av slike tjenester å sikre at kompetansen desentraliseres og spres i hele helsetjenesten, herunder til primærhelsetjenesten, brukerne og befolkningen. Nasjonale kompetansetjenester skal både kunne bidra til å sikre kvalitet i bredden og kunnskap om det sjeldne og det nye. Dette innebærer at nasjonale kompetansetjenester også kan omfatte oppbygging av kompetanse på områder som ikke anses som høyspesialisert medisin, men som kan innebære en ny måte å arbeide på eller utvikling av nye metoder. Formålet for nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten er således forskjellig fra formålet for nasjonale flerregionale behandlingstjenester.

Som det blir beskrevet i punkt 11.4.1.1 mener ekspertgruppa at de regionale helseforetakene må gi nødvendig helsehjelp til pasienter som ikke har behov for

---

<sup>171</sup>Veileder til Forskrift nr 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, kapittel 4.



høyspesialiserte tjenester ved den nasjonale behandlingstjenesten. Ekspertgruppa har i det ovenstående pekt på to modeller som etter gruppas mening kan bidra til å ivareta de funksjonene en slik endring i helsetilbudene vil innebære, når det gjelder nødvendig kompetansebygging og koordinering. Det vil imidlertid bli opp til de regionale helseforetakene i fellesskap å velge den løsning som er mest hensiktsmessig på kort og lang sikt.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at de regionale helseforetakene setter i verk nødvendige tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til å kunne gi forsvarlig helsehjelp ved kjønnsdysfori.*

### **11.3 Kommunehelsetjenestens tilbud**

Prinsippet om at helseproblemer skal tas hånd om på laveste effektive omsorgsnivå i helsevesenet – også kalt LEON-prinsippet, har vært lagt til grunn i organiseringen av helsetjenestene siden syttitallet. I tråd med dette prinsippet skal kommunehelsetjenesten ta seg av den overveiende del av befolkningens helseproblemer og også være bindeleddet mellom lokalbefolkningen og de mer spesialiserte helsetjenester. Dette prinsippet ligger fremdeles til grunn for organiseringen av helsetjenesten i landet. Kommunehelsetjenesten skal derfor som hovedregel gi grunnleggende helsetjenester. Dette må også gjelde ved behov for helsehjelp på grunn av kjønnsdysfori.

#### **11.3.1 Tilbudet til voksne**

### **Vurdering**

Antallet personer som har behov for helsehjelp ved kjønnsdysfori er og vil etter alt å dømme forbli så lavt i Norge, at det ikke er realistisk at pasienter kan bli møtt med særskilt kompetanse i alle deler av kommunehelsetjenesten. Slik mangel på spesialkompetanse i førstelinjetjenesten er ikke enestående for denne pasientgruppen, men gjelder også mange andre tilstander hvor pasienter har rett til og behov for helsehjelp. Helsepersonell må likevel ha tilstrekkelig kunnskap og informasjon tilgjengelig slik at pasienter kan bli møtt med forståelse og at riktige tiltak kan bli iverksatt. Mange pasienter kan få dekket sine behov i den kommunale helsetjenesten ved f.eks fastlege, psykolog og helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

I løpet av ekspertgruppas arbeid har det kommet fram at det i enkelte fag- og brukermiljøer hersker en usikkerhet om det i praksis kun er én instans i Norge som har myndighet til å stille den endelige diagnosen transseksualisme, nemlig NBTS. Ekspertgruppa vil understreke at psykologer og psykiatere med utgangspunkt i sin diagnostiske kompetanse kan stille

diagnosene innenfor F.64-spekteret tentativt og endelig. Fastleger setter også diagnoser ut fra ICPC-2, for eksempel P09 Transseksualisme. Imidlertid vil det, i likhet med gjengs praksis i helsetjenestene, i mange tilfeller være nødvendig med en bekreftelse av diagnosefastsettelsen og/eller en ny medisinsk vurdering på et annet spesialiseringsnivå før en spesifikk behandling kan initieres. Dette kan for eksempel gjelde pasienter som har ønsker om kirurgi.

Ekspertgruppa legger til grunn at dagens regelverk forutsetter at de fleste hormonpreparater som benyttes i kjønnsbekreftende helsehjelp må rekvireres av lege med spesialisering i endokrinologi eller gynekologi for at det skal gis refusjon. Det vil si at hvis en annen lege forskriver hormonpreparater til en pasient på indikasjonen kjønnsdysfori må pasienten betale denne selv. Ekspertgruppa legger derfor til grunn at forskrivning av hormoner for behandling av kjønnsdysfori primært per i dag er en oppgave for spesialisthelsetjenesten, i tett samarbeid med fastlegen. Imidlertid er det viktig å understreke at hormonbehandling av kjønnsdysfori skiller seg fra andre endokrinologiske behandlinger i og med at behandlingen skjer på bakgrunn av en diagnose satt av annet helsepersonell enn endokrinologen. Diagnostikken er gjort på bakgrunn av pasientens egen opplevelse av kjønn og ikke basert på for eksempel hormonverdier. Ekspertgruppa anbefaler at regelverket for forskrivning av hormonpreparater gjennomgås i lys av dette, for eksempel i forbindelse med utarbeidelse av en nasjonal faglig retningslinje for kjønnsdysfori.

Fastlegen har en rolle som «portvokter» for - og henvisende instans videre til spesialisthelsetjenesten. For eksempel kan det dreie seg om henvisning til spesialisthelsetjenesten for vurdering av hormonbehandling og brystkirurgi. En forutsetning for at helsetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori skal fremstå som helhetlig og sammenhengende, er at det er klart hvor pasientene kan henvises og hva slags tjenester som er tilgjengelig.

Fastlegene som har personer som opplever kjønnsdysfori på sine lister, vil også ha et ansvar for å følge opp sine pasienter som har mottatt kjønnsbekreftende helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Slik oppfølging kan for eksempel være videre administrering av hormonbehandling, søknad om hjelpemidler og rutinemessig underlivsundersøkelser med tanke på å forebygge/oppdage kreftsykdom.

En forutsetning for at kommunehelsetjenesten skal kunne gi et godt tilbud om helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori er at det settes i verk tiltak for å styrke kompetansen om kjønnsdysfori på flere nivåer i helsetjenestene. Dette kan blant annet sikres ved at det utarbeides en nasjonal faglig retningslinje og etableres regionale- og et nasjonalt faglig nettverk.

## **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at fastleger og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten får en tydeligere rolle i helsehjelpen til personer som opplever kjønnsdysfori.*

### **11.3.2 Tilbudet til barn før pubertet**

#### **Vurdering**

Barn og ungdom har ofte helsestasjons- og skolehelsetjenesten som sitt viktigste kontaktpunkt i helsetjenesten. At helsepersonell i disse tjenestene har tilstrekkelig kunnskap er derfor av særlig stor betydning.

Den primære oppfølgingen av barn før pubertet som skiller seg fra omverdenens forventninger til kjønn bør etter ekspertgruppas vurdering forankres lokalt.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlege, familievernkontor, psykologtjenesten, skole og barnehage kan være aktuelle samarbeidspartnere i oppfølgingen når barn og familie/nettverk har behov for sammensatte tjenester.

Likeså mener ekspertgruppa at det for enkelte barn og familier kan være hensiktsmessig å utarbeide en individuell plan for oppfølging, samt etablere ansvarsgruppe som skal planlegge, følge opp og samordne enkelttiltakene fra ulike yrkesgrupper og fagfelt for det enkelte barn.

Som påpekt tidligere vil det derfor, etter ekspertgruppas vurdering, være informasjon, støtte og veiledning til voksne og andre barn i barnets sosiale nettverk som er de viktigste tiltakene. Dette kan være foreldre og familie, venner, ansatte i barnehage og på skole, helsepersonell og andre. Ved å velge denne tilnærmingen, anerkjennes det at det ikke er barnet som har en forstyrrelse, men at omverdenen kan bli forstyrret i møte med barn som utfordrer de kulturelle forventningene til kjønn. Ved å gi informasjon om at det å gå kledd og føle seg som et annet kjønn enn det en ble tillagt ved fødselen er helt ufarlig og vanlig blant barn, kan mye frykt og usikkerhet hos det sosiale nettverket fjernes. Videre vil veiledning og samarbeid med nettverket om problemstillinger av praktisk og sosial art, bidra til at barnet i størst mulig grad kan ha en barndom fri for sosial stigmatisering. Ekspertgruppa vil vise til at denne tilnærmingen er utprøvd i klinisk praksis over flere år, med positiv effekt (Benestad 2009). Også internasjonalt har en «nettverksmodell» som tilnærming til ikke-kjønnsnormative barn, hvor spesialister, lokalt helsepersonell og barnets sosiale nettverk samarbeider tett, vist seg å fungere godt (Ceglie 2014). Formålet med et slikt tilbud skal ta utgangspunkt i å styrke barnets selvfølelse og trygghet, samt forebygge at kjønnsinkongruensen fører til sosiale, psykiske eller somatiske plager.

Ekspertgruppa vil peke på at det er kun mellom 10 og 30 % av de barna som blir oppfattet av sine omgivelser som ikke-kjønnsnormative, som også ved pubertetens begynnelse vil oppleve å ha en annen kjønnsidentitet enn den de ble tillagt ved fødsel (Drummond, et al. 2008).

Etter en totalvurdering er ekspertgruppa tvilende til nytten av å sette diagnosen F 64.2 på barn mange år før det eventuelt er aktuelt med medisinsk behandling av barnet i forbindelse med pubertet.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at kommunene skal ha tilbud om råd og veiledning til foreldre, barnehage, skole og andre når et barn skiller seg ut fra omverdenens forventninger til kjønn.*

#### **11.4      Spesialisthelsetjenestens tilbud**

De regionale helseforetakene (RHF) skal sørge for spesialisthelsetjenester. Disse omfatter bl.a. sykehus, poliklinikker og privatpraktiserende spesialister og klinikker med avtaler med de regionale helseforetakene.

##### **11.4.1      Spesialisthelsetjenester til voksne**

###### **11.4.1.1    De regionale helseforetakenes tilbud**

### **Vurdering**

I følge en rundspørring blant de regionale helseforetakene i januar 2012<sup>172</sup> har ingen av de fire regionale helseforetakene etablert særskilte tilbud med spesialisert kompetanse for diagnosegruppene F64.8 og F64.9. Se vedlegg 1 for pasienttall fra Norsk pasientregister. Det oppgis at det blir gitt tilbud på lik linje med andre pasientgrupper i det ordinære tjenestetilbudet. Enkelte helseforetak rapporterte at de tar hånd om pasientene i periodene mellom og etter behandlingen ved NBTS. Henvising fra psykisk helsevern er et vilkår for å bli tatt inn som pasient ved NBTS, slik at alle som har blitt vurdert her har vært pasienter i den ordinære spesialisthelsetjenesten.

Ekspertgruppa vil vise til at det ikke finnes oversikt over hvor mange som søker kjønnsbekreftende helsehjelp i andre deler av helsetjenestene enn ved NBTS. Et ukjent antall

---

<sup>172</sup> Rapport fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet 1. des. 2012 «Gjennomgang av behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner». Sak 10/5482

personer søker helsehjelp hos privatpraktiserende psykologer og leger. Enkelte får utskrevet hormoner av privatpraktiserende leger i Norge. Noen bestiller hormoner på nettet via utlandet, og enkelte av disse får behandlingen fulgt opp av lege i Norge. En del betaler selv for fjerning av bryster i Norge eller utlandet. Det samme gjelder andre former for kirurgi, som ansiktskirurgi og reduksjon av adamseple. Som vist i del I pkt. 5.3.4.3 får flere gjennomført genitalkirurgi for egen regning i Europa, Nord Amerika eller Sør-Øst Asia.

*Ekspertgruppas flertall (medlemmene Aarre, Arver, Dalen Espseth, Fernsjø, Halvorsrud, Hellerslia, Lindvik, Nesheim, Offerdal, Paulsrud, Benestad, Raastad Basmo, Tangen Aanerød, Tønseth, Van der Ros, Wik)* mener at det er behov for en betydelig desentralisering av helsetjenestetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori, for å ivareta de gruppene som ikke har noe tilbud om helsehjelp i dag.

Dette innebærer at diagnostikk og behandling som hovedregel skal skje i regi av de regionale helseforetakene. Dette kan inkludere både hormonbehandling, psykisk helsehjelp, brystreduksjon/forstørrelse, hårfjerning og annen nødvendig helsehjelp. For høyspesialiserte tjenester som genitalkirurgi bør det være en nasjonal behandlingstjeneste som beskrevet nedenfor. En slik nasjonal funksjon må kunne tilby tverrfaglig høyspesialisert behandling og være en del av et eventuelt nasjonalt faglig nettverk, se pkt. 11.2.

*Ekspertgruppas mindretall (medlemmene Hansen og Haraldsen)* foreslår at de ovenstående behandlingstilbudene i regionene kun bør etableres for dem som har andre diagnoser enn F64.0 Transseksualisme. Se pkt. 11.4.1.2 for nærmere beskrivelse av mindretallets dissens.

Ekspertgruppa har vurdert om det skal anbefales etablering av en eller flere enheter for utredning og behandling på regionalt nivå for å supplere den nasjonale behandlingstjenesten som eksisterer i dag.

Antallet potensielle pasienter som vil trenge helsehjelp på spesialisthelsetjenestenivå, men ikke på et så høyspesialisert nivå at de skal ivaretas av NBTS, er etter ekspertgruppas vurdering lavt. Ekspertgruppa har derfor ikke konkretisert hvorledes de regionale helseforetakene bør organisere helsetilbudet til disse pasientgruppene. De regionale helseforetakene må selv vurdere hvordan de hver for seg eller sammen best kan benytte tilgjengelig kompetanse og ressurser for å ivareta behovene til personer som opplever kjønnsdysfori.

På samme måte som ved annen helsehjelp vil helsepersonell som kommer i kontakt med pasienter som opplever kjønnsdysfori søke råd og eventuelt henvise pasienten mellom nivåene i helsetjenestene dersom det er behov for dette. Ekspertgruppa vil vise til at det allerede i dag er etablert uformelle faglige nettverk med kompetanse på kjønnsdysfori, som er representert på flere nivåer i helsetjenestene. Den kompetansen vil ved en eventuell

etablering av formelle faglige nettverk og/eller etablering av en nasjonal kompetansetjeneste kunne bli utnyttet på en mer systematisk måte enn i dag.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppas flertall (medlemmene Aarre, Arver, Dalen Espseth, Fernsjø, Halvorsrud, Hellerslia, Lindvik, Nesheim, Offerdal, Paulsrud, Benestad, Raastad Basmo, Tangen Aanerød, Tønseth, Van der Ros, Wik) anbefaler at hvert regionalt helseforetak skal sørge for å ha tilgjengelig endokrinologisk behandling, kirurgi (med unntak av genitalkirurgi) og annen nødvendig helsehjelp for voksne som opplever kjønnsdysfori. Dersom pasientens behov bare kan dekkes ved høyspesialisert kompetanse, skal pasienten henvises til NBTS.*

#### **11.4.1.2 Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus**

### **Vurdering**

*Ekspertgruppas flertall (medlemmene Aarre, Arver, Dalen Espseth, Fernsjø, Halvorsrud, Hellerslia, Lindvik, Nesheim, Offerdal, Paulsrud, Benestad, Raastad Basmo, Tangen Aanerød, Tønseth, Van der Ros, Wik) vil vise til at dagens organisering med en diagnosespesifikk nasjonal behandlingstjeneste har ført til at alle pasienter som opplever kjønnsdysfori, og ønsker kjønnsbekreftende helsehjelp, blir henvist til NBTS for utredning. Samtidig er det bare de pasienter som oppfyller NBTS sine kriterier for F 64.0 Transseksualisme som får et tilbud, og NBTS oppgir å være en tjeneste som utreder pasienter primært for kirurgisk kjønnsbekreftende behandling.*

Som det fremgår av kapittel 5 har tallene på henviste pasienter til NBTS økt betydelig de siste årene. I 2009 var totalt 309 voksne og barn i utredning og behandling. I 2014 er tilsvarende tall 500 pasienter, hvorav over 110 er barn. I 2013 fikk NBTS 132 nyhenviste pasienter. Antallet pasienter som gjennomgår kjønnsbekreftende genital kirurgi har de senere årene ligget på +/- 20 per år.

*Flertallet vil peke på at NBTS nå har et akkumulert pasientvolum som fører til at det blir alt for lang tid mellom konsultasjonene for hver enkelt pasient.*

*Flertallet kan etter gjennomgang av dagens tjenestetilbud stadfeste at LEON-prinsippet ikke er ivaretatt i dagens organisering av helsetjenestene til personer som opplever kjønnsdysfori. Som redegjort for over, har dagens organisering med en diagnosespesifikk nasjonal behandlingstjeneste ført til at samtlige som ønsker offentlig finansiert kjønnsbekreftende helsehjelp har måttet bli henvist til øverste nivå i spesialisthelsetjenesten. Flertallet mener at dette ikke er en hensiktsmessig organisering*

fordi mange vil kunne få nødvendig helsehjelp på et lavere nivå. NBTS oppgir selv at dagens ordning ikke fungerer optimalt, og imøtekommer en organisering av tjenestene slik at et større ansvar for helsehjelp til denne pasientgruppen kan ivaretas regionalt.

I dag har alle som ønsker offentlig finansiert kjønnsbekreftende helsehjelp, måttet gå gjennom til dels svært omfattende og langvarige utredningsløp. Det standardiserte utredningsløpet som NBTS i dag benytter seg av ser ikke ut til å være tilpasset de pasienter som i utgangspunktet ikke trenger den høyspesialisert pasientbehandlingen som NBTS har ansvar for å tilby.

Hovedoppgaven for nasjonale- og flerregionale behandlingstjenester er høyspesialisert pasientbehandling. En behandlingstjeneste skal bare dekke den delen av behandlingen som omfatter diagnostikk eller behandling som krever den spisskompetansen som er etablert ved den nasjonale tjenesten. Slik *flertallet* ser det, får NBTS i dag henvist langt flere pasienter enn nasjonale behandlingstjenester i utgangspunktet er ment å ivareta. En medvirkende årsak til dette kan være mangel på kunnskap i andre deler av tjenestene, samt at det ikke tidligere er blitt definert et tilbud om helsehjelp for kjønnsdysfori andre steder enn ved behandlingstjenesten.

Det lave antallet som søker genitalkirurgi som del av sin kjønnsbekreftende helsehjelp, og det faktum at få kirurger har kompetanse på dette i Norge i dag, tilsier at tilbud om dette bør gis på nasjonalt tredjelinjenivå. Det bør også vurderes om det vil være hensiktsmessig å inngå et formalisert samarbeid med andre nordiske land om kirurgi.

For å frigjøre kapasitet ved NBTS og sørge for at de ivaretar de høyspesialiserte funksjoner som ellers ikke skal ivaretas av den øvrige spesialisthelsetjenesten, bør NBTS etter *flertallets* vurdering for fremtiden primært ivareta de høyspesialiserte kirurgiske oppgavene og kompliserte endokrinologiske tilfellene hvor det ikke er tilstrekkelig kompetanse regionalt eller lokalt.

Noen pasienter vil ønske kirurgi som bare NBTS skal tilby. Det er naturlig at disse pasientene også kan få den nødvendige endokrinologiske oppfølging ved NBTS, ettersom disse to behandlingsformene må sees i sammenheng.

*Flertallet* vil presisere at faglige retningslinjer og tjenestetilbud i den øvrige spesialisthelsetjenesten må være på plass før det kan gjøres endringer i dagens organisering.

*Ekspertgruppas mindretall (medlemmene Hansen og Haraldsen)* mener at flertallets anbefaling kan få alvorlige konsekvenser for en videre drift av Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme på Rikshospitalet.

*Mindretallet* viser til at Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) har fått ansvaret for en høyspesialisert pasientbehandling på tredjelinjenivå for pasienter med diagnosen transseksualisme F.64.0 og F.64.2 (barn). Dette omfatter diagnose og behandlingsindikasjon ved transseksualisme. Herunder diagnostikk med utredning, og endokrinologisk og kirurgisk behandling i forbindelse med kjønnskorrigerende behandling på OUS-Rikshospitalet.

*Mindretallet* er sterkt bekymret for at anbefalingen fra flertallet i gruppen vil medføre at Rikshospitalet kan ende opp med kun nasjonal behandlingstjeneste for genitalkirurgi.

*Mindretallets* oppfatning er at flertallets anbefaling i praksis betyr en nedlegging av nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme. En nasjonal behandlingstjeneste skal kun etableres ved ett helseforetak i landet. Bestemmelsen innebærer at bare helseforetak som er tillagt ansvar for en nasjonal behandlingstjeneste skal drive høyspesialisert pasientbehandling innenfor dette fagområdet.

*Mindretallet* mener at flertallets vurdering om at NBTS for fremtiden primært skal ivareta de høyspesialiserte kirurgiske oppgavene og kompliserte endokrinologiske tilfellene, vil medføre at Rikshospitalet kun vil få ansvar for genital kirurgi. Det vil medføre en nedleggelse av nåværende NBTS.

Det er fra *mindretallets* side en sterk bekymring for at anbefalingen fra flertallet vil medføre at svært mange som i dag får behandling på NBTS ikke vil få en høyspesialisert behandling av et tverrfaglig team. Det er svært få leger og psykologer som har vist interesse for å arbeide med denne gruppen. Svært få leger og psykologer vil i sitt yrkesaktive liv møte en pasient som opplever å være «født i feil kropp» eller har andre kjønnsidentitetsutfordringer.

*Mindretallet* påpeker at NBTS fikk 164 henvisninger i 2014. Det utgjør 0,03 promille av Norges befolkning. Dette inkluderer også dem som har andre utfordringer, men som blir henvist til NBTS på grunn av manglende kunnskap fra henvisende fagperson. Det er derfor *mindretallets* syn uforsvarlig å spre behandlingen på flere foretak.

### **Flertallets anbefaling**

*Ekspertgruppas flertall (medlemmene Aarre, Arver, Dalen Espseth, Fernsjø, Halvorsrud, Hellerslia, Lindvik, Nesheim, Offerdal, Paulsrud, Benestad, Raastad Basmo, Tangen Aanerød, Tønseth, Van der Ros, Wik) anbefaler at en nasjonal behandlingstjeneste skal ha ansvar for å tilby høyspesialisert helsehjelp på tredjelinjenivå som kan omfatte diagnostikk og påfølgende hormonell og/eller kirurgisk behandling. I tillegg anbefaler ekspertgruppa at behandlingstjenesten skal tilby vurdering av kompliserte endokrinologiske i tilfeller som det ikke er tilstrekkelig kompetanse til på regionalt og lokalt nivå.*



## **Mindretallets anbefaling**

*Ekspertgruppas mindretall (medlemmene Hansen og Haraldsen) anbefaler at nåværende helsetjenestetilbud ved NBTS styrkes.*

*Et annet mindretall (medlemmet Hansen) anbefaler at for å ivareta alle diagnoser innenfor kjønnsidentitetstematikk i ICD-10, bør dagens nasjonale behandlingstjeneste endres til en flerregional behandlingstjeneste som kun skal etableres ved to helseforetak, og som kan utrede og behandle alle diagnoser innenfor kjønnsidentitetstematikk i ICD-10. Det vil si i praksis at virksomheten ved Oslo universitetssykehus HF videreføres og at det etableres en behandlingstjeneste i ytterligere helseforetak. Med et svært lite pasientvolum vil behandlingstjeneste i to helseforetak være tilstrekkelig for å ivareta alle grupper som i dag utredes og får diagnosene F.64.0, F.64.2, F.64.8 og F.64.9. Dette vil også muliggjøre en second opinion i Norge. OUS-Rikshospitalet vil beholde ansvar for behandlingstjeneste for F64.0.*

### **11.4.2    Spesialisthelsetjenester til barn under 16 år**

#### **Vurdering**

Med dagens organisering blir mange barn som opplever kjønnsinkongruens sendt til NBTS, etter først å ha blitt henvist fra sin fastlege til lokal BUP eller psykologspesialist.

På NBTS igangsettes et omfattende utredningsarbeid med sikte på å fastslå om barnet tilfredsstillende kravene for den psykiatriske diagnosen F64.2 Kjønnsidentitetsforstyrrelser i barndommen, med påfølgende kontroller over flere år. I tillegg bidrar NBTS med kompetanse og veiledning til lokalt helsepersonell og nettverk.

Behandlingstilbudet til ungdom under 16 år kan bestå av pubertetsutsettende hormonell behandling. Denne skal ideelt starte ved Tanner 2 (se pkt. 5.5.2) som i de fleste tilfeller innebærer at barnet har fylt 12 år. I følge dagens praksis er det først ved avslutningen av puberteten, for de fleste etter fylte 16 år, at det er aktuelt å starte opp med cross-sex behandling med hormoner.

*Ekspertgruppas flertall (medlemmene Aarre, Arver, Dalen Espseth, Fernsjø, Halvorsrud, Hellerslia, Lindvik, Nesheim, Offerdal, Paulsrud, Benestad, Raastad Basmo, Tangen Aanerød, Tønseth, Van der Ros, Wik) viser til at de internasjonale retningslinjene Standards of Care, versjon 7 (WPATH 2011) anbefaler at barn og unge utredes av helsepersonell med omfattende kunnskap om vurdering og behandling av kjønnsdysfori. Det er viktig at barn som har et ønske om det, får tilbud om samtale med helsepersonell.*

Imidlertid anser *flertallet* det ikke som hensiktsmessig at alle barn med kjønnsdysfori skal henvises til NBTS, med påfølgende langvarig utredning for om barnet tilfredsstillende kravene for en psykiatrisk diagnose. Som redegjort for under pkt. 11.3.2 mener ekspertgruppa at tiltakene overfor barn som skiller seg fra omverdenens forventning til kjønn, primært må bestå av informasjon, støtte og veiledning til voksne og andre barn i barnets sosiale nettverk.

*Flertallet* vil peke på at mange barn er pasienter ved NBTS i en rekke år uten at det blir gitt noen behandling. Sett i lys av at det i siste femårsperiode har blitt gitt pubertetsutsettende behandling til maksimalt 1-3 barn årlig, (som vist i pkt. 5.3.3.7.3) mener *flertallet* at utredning og den psykososiale oppfølgingen av barnet og dets omgivelser hovedsakelig bør skje på lokalt eller regionalt nivå. Hvor vidt barnet tilfredsstillende kravene til en diagnose er slik *flertallet* vurderer det, mindre relevant før barnet nærmer seg puberteten.

*Flertallet* vil presisere at anbefalingen om assistanse til foreldre og barnets nettverk som primære helsetiltak for ikke-kjønnsnormative barn, ikke utelukker tilbud om helsetjenester rettet til barnet. I takt med at barnet nærmer seg puberteten, vil det ofte oppstå behov for informasjon og samtale om blant annet pubertetsutsettende behandling og en kontakt med spesialisert tjeneste som kan vurdere en slik behandling kan startes opp.

I følge både en omfattende forskningslitteratur og internasjonale retningslinjer er behandling med GnRH-analoger, såkalt pubertetsutsettende hormonbehandling, et anbefalt tiltak for barn og ungdom som opplever kjønnsdysfori (The Endocrine Society 2009, WPATH 2011, Delemarre-van de Waal 2014, De Vries, et al. 2014). For utdyping av dette, se pkt. 4.3.3.

Når det er behov for utredning og behandling av barn og unge på spesialisthelsetjenestenivå, bør dette etter *flertallets* syn som hovedregel skje i regi av de regionale helseforetakene. Dette inkluderer både hormonbehandling, psykiatrisk behandling og annen nødvendig helsehjelp. Når det gjelder pubertetsutsettende og/eller annen hormonell behandling til unge under 18 år, innebærer dette at det må være tilgjengelig barneendokrinologisk kompetanse. *Flertallet* legger til grunn at pubertetsutsettende behandling krever tett samhandling mellom endokrinolog og helsepersonell med kompetanse i kjønnsdysfori.

*Ekspertgruppas mindretall (medlemmene Hansen og Haraldsen)* mener at flertallets anbefaling for behandling for barn med kjønnsdysfori vil medføre at nåværende nasjonal behandlingstjeneste for barn med kjønnsdysfori vil bli lagt ned på NBTS.

*Mindretallet* viser til at NBTS har ansvaret for en høyspesialisert pasientbehandling på tredjelinjenivå. NBTS har siden 2005 bygget opp et behandlingstilbud med høykvalifisert helsepersonell med kompetanse på å ivareta barn med kjønnsdysfori. Det eneste stedet i Norge med en tverrfaglig spesialistkompetanse på behandling av barn er på NBTS. De har en

tverrfaglig gruppe med barnelege, barne- og ungdomspsykiater, barneendokrinolog, og sykepleier. I tillegg kan de støtte seg til psykologer, psykiatere og kirurger som arbeider i den tverrfaglige gruppen.

*Mindretallet* vil også vise til at viktige oppgaver i forhold til barn vil være vurdering av henvisninger fra andrelinjetjenesten innen psykiatri, dvs. en spesialisttjeneste i lokalsamfunnet, vanligvis Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Barnet vil bli få tilbud om utredning og diagnostikk ved NBTS, og etter eventuelt pubertetsutsettende behandling og hormonell behandling, vurderes pasienten i forhold til kjønnskorrigerende kirurgi - hovedsakelig konverterende operasjoner på bryst og genitalia.

Tjenesten på NBTS har et helhetlig perspektiv som omfatter hele behandlingsforløpet fra barn, ungdom til voksen alder.

Etter *mindretallets* kunnskap og erfaring med barn med kjønnsdysfori mener mindretallet at antall pasienter er for få til at det er hensiktsmessig å opprette behandlinger på helseforetak rundt om i Norge, og det ville heller ikke være forsvarlig når man vet hvor lite kunnskap det er om kjønnsdysfori. Det er etter mindretallets syn viktig at barna følges opp på NBTS av en tverrfaglig gruppe fra barn til voksen alder, i tråd med veileder for Nasjonale behandlingstjenester.

### **Flertallets anbefaling**

*Ekspertgruppas flertall (medlemmene Aarre, Arver, Dalen Espseth, Fernsjø, Halvorsrud, Hellerslia, Lindvik, Nesheim, Offerdal, Paulsrud, Benestad, Raastad Basmo, Tangen Aanerød, Tønseth, Van der Ros, Wik) anbefaler at de regionale helseforetakene skal sørge for endokrinologisk behandling, og annen nødvendig helsehjelp til barn og unge ved ubehag og plager ved kjønnsinkongruens. Dersom pasientens behov bare kan dekkes ved høyspesialisert kompetanse, skal pasienten henvises til NBTS.*

### **Mindretallets anbefaling**

*Mindretallet (medlemmene Hansen og Haraldsen) anbefaler at nåværende behandling for barn med kjønnsdysfori på NBTS må styrkes. Mindretallet mener det er viktig å bygge opp kompetansen på ett eller maks to helseforetak, for å kunne kvalitetssikre at barn får en kontinuitet i behandlingen som er avgjørende for at de skal få faglig trygg og riktig behandling. Mindretallet anser det som viktig at barn blir fulgt tett opp lokalt, samtidig som barna har jevnlig oppfølging på NBTS og eventuelt ytterligere helseforetak.*

## 11.5 Hva slags helsetjenester skal tilbys

### Vurdering

Ekspertgruppa vil påpeke at mangel på tydelige, transparente og faglige begrunnelser for hvem som vurderes å ha helsegevinst av kjønnsbekreftende helsehjelp kan ha bidratt til at personer som opplever kjønnsdysfori ikke har søkt helsehjelp, eller at enkelte muligens er gitt mer behandling enn de i utgangspunktet hadde behov for.

Hvilke tiltak som i sum bidrar til å redusere eller eliminere kjønnsdysforien hos den enkelte vil variere fra person til person, og dette må gjenspeiles i tjenestetilbudet. Beslutningen om hvilken helsehjelp som tilbys skal tas av kvalifisert helsepersonell etter en faglig vurdering og alltid i samråd med pasienten.

Ekspertgruppa er av den oppfatning at helsehjelp for kjønnsdysfori bør tilbys på et bredere grunnlag enn det som tilfelle i dag, og vil peke på at en person med denne problemstillingen ikke nødvendigvis har et ønske om å gjennomgå et standard «pakkeforløp».

Ekspertgruppa understreker at dens fokus i all hovedsak har vært på strukturelle forhold rundt helsetilbudene til personer som har psykisk smerte, plager og ubehag ved kjønnsdysfori. Gruppa har ikke vurdert konkrete anbefalinger om for eksempel psykososiale, hormonelle eller kirurgiske behandlingsformer. Denne type normative anbefalinger bør komme gis i form av nasjonale faglige retningslinjer. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) har i den syvende versjonen av «Standard of care (SOC)», etter ekspertgruppas oppfatning, lagt et svært godt grunnlag for utvikling av en kunnskapsbasert og helhetlig helsetjeneste for personer som opplever kjønnsdysfori. Ekspertgruppa vil derfor anbefale at SOC 7 benyttes som et faglig og normativt fundament i arbeidet med utvikling av en nasjonal faglig retningslinje tilpasset norske forhold, slik det er gjort i blant annet Sverige, Skottland og England. Se punkt 5.1 for nærmere omtale av dette.

I tråd med WPATHs anbefalinger understreker ekspertgruppa at det viktigste tidlige tiltak helsetjenesten og andre kan gjøre overfor barn som skiller seg fra omverdenens forventninger til kjønn, er å tilby informasjon, støtte og veiledning til voksne og andre barn i barnets sosiale nettverk.

I takt med at barnet nærmer seg puberteten, vil det for enkelte oppstå behov for informasjon og samtale om blant annet pubertetsutsettende hormonell behandling.

For personer over 16 år kan tilbud om utredning og eventuelt behandling med feminiserende eller maskuliniserende hormoner være tilgjengelig. I enkelte tilfeller vurderes dette også for yngre ungdommer.

Ved fylte 18 år kan genital kirurgi i forbindelse med kjønnsbekreftende helsehjelp, være tilgjengelig som en del av den helsehjelpen pasienten har rett til. Det samme gjelder også fjerning av kjønnskjertler dersom pasienten ønsker det. Se også punkt 11.9.

Annen kjønnsbekreftende kirurgi og behandlingshjelpemidler bør tilbys etter fastsatte retningslinjer.

Det har vært en sterk vekst i antallet sexologiske rådgivere og spesialister i klinisk sexologi i Norge. Det generelle tilbudet om sexologisk rådgivning og behandling bør styrkes og være tilgjengelig som en del av helsetjenestene. Se for øvrig punkt 11.2 for mer om sexologisk helsehjelp.

Ekspertgruppa vil peke på at spørsmålet om eggdonasjon innad i ekteskap eller ekteskapsliknende forhold også er aktuelt dersom en av partene har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling. Dette spørsmålet må utredes nærmere i den pågående evaluering av bioteknologiloven. Utdypende om lagring av kjønnsceller og assistert befruktning i pkt. 4.4.1.1.

Ekspertgruppa vil fremheve at arbeidet med utredningen har synliggjort et stort behov for at det snarlig tas grep for å systematisere og tydeliggjøre hva slags helsehjelp personer med kjønnsdysfori kan ha krav på og hvor den skal gis. Helsedirektoratet må derfor sette i gang et arbeid med å utvikle en Nasjonal faglig retningslinje. Ekspertgruppa anser at nærmere regler om vilkårene for at de ulike former for helsehjelp skal tilbys, herunder innhold i og varighet av utredningsforløp, må bygge på gjeldende lovgiving, kunnskapsbasert praksis og faglige vurderinger.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at det utarbeides en nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer som opplever kjønnsdysfori.*

## **11.6 Hjelpemidler og hårfjerning**

For enkelte som opplever plager og ubehag ved kjønnsinkongruens vil hårfjerning og hjelpemidler for å bedre funksjonsproblemer bidra til fjerne eller dempe symptomene. Organisasjonen Harry Benjamin Ressurscenter har i langt tid arbeidet for å synliggjøre behovene mange som opplever kjønnsdysfori har for hjelpemidler og hårfjerning som behandling.

Dagens tilbud og regelverk er beskrevet i punkt 8.4 og 8.5. Ekspertgruppa påpeker at enkelte av ordningene som er etablert framstår som ekskluderende for mange personer som

opplever kjønnsdysfori. For eksempel kreves det, for å få stønad til brystprotese eller parykk, at personen må «ha fått tilsagn om at kjønnskifteoperasjon kan foretas og det ellers er iverksatt hormonbehandling». Hårfjerning kan i dag kun gis som behandling av diagnosen transseksualisme.

Ekspertgruppa legger til grunn at all helsehjelp og annen bistand som tar sikte på å dempe eller fjerne kjønnsdysfori må ta utgangspunkt i personens individuelle ønsker og behov. De ovenstående kravene for å få stønad til enkelte hjelpemidler og hårfjerningsbehandling framstår dermed som lite egnede.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at det foretas en gjennomgang og tilpasning av gjeldende regelverk på dette området slik at ordningene framstår faglig konsistente, likeverdige og individuelt tilpassede.*

## **11.7 Sterilisering og kastrasjon**

### **Vurdering**

Den enkeltes opplevelse av å ha primære kjønnskarakteristika som ikke samsvarer med egen kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk kan være en belastning som kan føre til et behov for å få gjennomført et kastrasjonsinngrep som et ledd i kjønnsbekreftelsesprosess. At et slikt ønske forekommer hos mange personer som opplever kjønnsdysfori er veldokumentert i faglitteraturen på feltet. For disse kan et slikt inngrep være en like nødvendig og ønsket del av helsehjelpen som genitalkirurgi i seg selv.

Som gjort rede for i pkt. 7.3 gjelder Lov om sterilisering<sup>173</sup> ikke ved inngrep eller behandling som av medisinske eller andre grunner er rettmessig etter andre rettsregler. Vilkårene for å gjennomføre kastrasjon og sterilisering med «kjønnsendrende formål» følger av de alminnelige reglene i Lov om pasient- og brukerrettigheter.<sup>174</sup> Det følger av samtykkebestemmelsene i § 4-3 at den helserettslige myndighetsalder er 16 år, men dersom tiltakets art tilsier det vil gjelde en 18 års grense.

Ekspertgruppa vil peke på at det her dreier seg om inngripende og irreversible tiltak og legger til grunn at det derfor i utgangspunktet vil gjelde en 18-årsgrense for å avgi et gyldig

---

<sup>173</sup> LOV-1977-06-03-57 Lov om sterilisering.

<sup>174</sup> LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

samtykke. Det legges også til grunn at det foreligger rutiner som sikrer at personer som ønsker inngrepet gis grundig informasjon om inngrepet og dets konsekvenser og at det stilles krav om skriftlig samtykke. De nærmere krav til aldersgrenser, innholdet i informasjon og krav til samtykkets form, bør utredes nærmere i forbindelse med de faglige retningslinjene som er foreslått i pkt. 11.5.

### **Ekspertgruppas anbefaling**

*Ekspertgruppa anbefaler at de alminnelige reglene i Lov om pasient- og brukerrettigheter legges til grunn dersom en person ønsker å gjennomgå kastrasjon/sterilisering i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling. På grunn av tiltakets art bør det gjelde en 18 års aldersgrense.*

## 12. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Ekspertgruppas anbefalinger fremgår av rapportens kapittel 9 og 10. Vurderinger og begrunnelser er redegjort for i de nevnte kapitlene, og bygger på faktagrunnlaget i rapportens del I.

Etablering av nye vilkår for endring av juridisk kjønn vil kunne føre til økte kostnader tilknyttet eventuelt lovarbeid, samt utsendelse av informasjonsskriv til søkere, og saksbehandling i forbindelse med eventuell pålagt refleksjonstid.

Ekspertgruppas anbefalinger når det gjelder helsetjenestene fordrer ikke etablering av nye administrative enheter eller stillinger, og de administrative konsekvenser vil være relatert til klargjøring av ansvarsområder og visse endringer i etablerte ansvarsforhold. Konkrete tiltak for kompetanseheving og samhandling, som utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og etablering av faglige nettverk vil medføre kostnader.

Ekspertgruppa har i sine vurderinger pekt på en rekke positive konsekvenser av de anbefalte endringene vedrørende juridisk kjønn og helsetjenestetilbudet, både når det gjelder økte helsegevinster for målgruppa og en mer kostnadseffektiv oppbygging av tjenestene.

Ekspertgruppa har ikke gjort konkrete økonomiske beregninger med utgangspunkt i de enkelte anbefalingene. Dette er på grunn av lite tilgjengelig kunnskap om hvor stor økning og nedgang i respektivt pasienttall og søknader om endring av juridisk kjønn anbefalinger vil føre til.

### 12.1 Selvbestemt juridisk kjønn

Ekspertgruppas anbefaling om å la en egenerklæring om manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og juridisk kjønn være vilkåret for endring av juridisk kjønn, redegjort for i pkt. 10.2, vil kunne føre til at flere enn i dag vil endre juridisk kjønn. I Danmark begjærte 123 personer endring den første uka etter en tilsvarende regelendring ble foretatt i 2014.<sup>175</sup> Fram til 2012 var det i Sverige ca 50-70 personer pr år som søkte om endring av juridisk kjønn. I 2013 ble kravet om kastrasjon fjernet i Sverige og dette året økte antallet søknader til 170. Ekspertgruppa vurderer at en tilsvarende effekt vil kunne forventes i Norge, men at antallet begjæringer om endring av juridisk kjønn den første tiden først og fremst avspeiler at mange har ventet lenge på en mulighet til å endre juridisk kjønn uten krav om

---

<sup>175</sup> <http://www.information.dk/telegram/508745>



forutgående medisinsk intervensjon. Det kan som følge av fjerning av kastrasjonskravet forventes et større antall enn i dag. Dagens antall ligger på rundt 30 i året i Norge.

Regjeringen nedsatte i oktober 2014 en interdepartemental arbeidsgruppe bestående av Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justisdepartementet og Finansdepartementet for å vurdere konsekvenser av hva ulike vilkår for endring av juridisk kjønn kan innebære på det enkelte departements område. Departementsgruppen skal også skissere økonomiske og administrative konsekvenser ved anbefalt løsning. Ekspertgruppa henviser derfor til dette arbeidet for en nærmere vurdering av eventuelle konsekvenser en gjennomføring av anbefalingene vil få når det gjelder arbeid med eventuelle endringer av regelverk og saksbehandlingsrutiner.

Endring av juridisk kjønn er for mange mennesker med kjønnsinkongruens et tiltak som har stor praktisk og psykososial nytte, da manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og -uttrykk og kjønnsangivelse i identitetspapirer ofte fører til ubehagelige situasjoner. Enkel adgang til endring av juridisk kjønn vil i seg selv ha en stor helsefremmende effekt for de det gjelder. For mange personer med kjønnsinkongruens vil dette, sammen med eventuelt endring av navn være et av de mest avgjørende steget i en kjønnsbekreftelsesprosess. Mer om dette i pkt. 4.2 og 4.3.

I dag er vilkåret for å endre juridisk kjønn kirurgisk fjerning av testikler eller eggstokker og livmor, etter omfattende psykiatrisk og somatisk utredning, samt hormonbehandling. For en viss andel personer med kjønnsdysfori er hormonell og kirurgisk behandling, inkludert fjerning av primære kjønnskarakteristika, en svært viktig del av den kjønnsbekreftende prosessen. Ekspertgruppa vurderer imidlertid, som redegjort for i pkt. 10.2, at etablering av et klart skille mellom de juridiske og medisinske aspekter av en kjønnsbekreftelsesprosess vil kunne føre til at færre vil oppleve behov for den høyspesialiserte kirurgiske behandlingen som i dag er et vilkår for endring av juridisk kjønn. En slik utvikling vil kunne føre til nedgang i offentlig ressursbruk hva angår den mest kostbare behandlingen.

## **12.2 Flere har rett på helsehjelp**

Ekspertgruppa anbefaler at også personer som ut fra dagens kriterier i ICD 10 diagnostiseres med F 64.8 eller F 64.9, skal få tilbud om kjønnsbekreftende helsehjelp. Dette gis i varierende grad i Norge i dag. Denne anbefalingen er i tråd med internasjonal utvikling på feltet og begrunnes nærmere i pkt. 11.1.

En tydeligere definering om tilbud om helsehjelp til flere kan på kort sikt føre til at flere pasienter seg som tidligere ikke har opplevd å ha et tilbud, henvender seg til helsetjenestene med ønsker om helsehjelp. Ut fra de pasienttallene ekspertgruppa har hatt tilgjengelig (se pkt. 5.3.2.1) er det imidlertid ingen grunn til å tro at dette vil utgjøre et stort antall personer.

Ekspertgruppa vurderer at tilgang på nødvendig helsehjelp ved kjønnsdysfori på lengre sikt vil føre til økt helsegevinst grunnet høyere livskvalitet og deltakelse i samfunnet blant personer som har mottatt kjønnsbekreftende helsehjelp. Dette er dokumentert gjennom nyere forskning, redegjort for i pkt. 4.3.

Kjønnsdysfori er ikke en psykisk lidelse, men kan uten nødvendig helsehjelp føre til store psykiske, sosiale og fysiske problemer for den enkelte. Personer som opplever kjønnsdysfori har høy risiko for alvorlig helsetap og selvdrap, og har på grunn av det manglende samsvaret mellom det kjønn de ble tillagt ved fødsel og sin kjønnsidentitet blant annet lavere arbeidsdeltakelse enn den øvrige befolkningen. Tilgang på individuelt tilpasset helsehjelp og økt kompetanse om kjønnsdysfori i helsetjenesten har, som redegjort for i pkt. 4.3, en dokumentert effekt på pasientens livskvalitet og psykiske helse.

### **12.3 Rett helsehjelp på rett nivå**

Ekspertgruppas anbefalinger om organisering av helsetilbudet til personer som opplever kjønnsdysfori, redegjort for i kapittel 11, handler i stor grad om bedre utnytting av eksisterende helsetjenester regionalt og lokalt og styrking av eksisterende kompetanse i helsetjenesten. Som en følge av dagens organisering med en nasjonal behandlingstjeneste, som redegjort for i pkt. 5.3.3, har pasienter som opplever kjønnsdysfori raskt blitt henvist oppover i nivåene, for så å være til utredning, behandling og oppfølging på høyeste nivå i mange år. Høye akkumulerte pasienttall skaper et stort press på den nasjonale tjenesten, og er ikke alltid til det beste for pasientene.

Hvilke konsekvenser ekspertgruppas anbefaling om igangsetting av nødvendige tiltak i de regionale helseforetakene for å sikre tilstrekkelig kompetanse vil ha, forventes å variere fra region til region. Her vil etablering av regionale og/eller et nasjonalt fagnettverk bidra til samarbeid mellom regioner når det gjelder spisskompetanse og på sikt kunne gi et sammenhengende og velfungerende helsetilbud. Mer om dette i pkt. 11.2.

Ekspertgruppa legger i sin vurdering vekt på at kompetanseheving i de regionale helseforetakene samt omorganisering for å kunne tilby et forsvarlig helsetilbud til pasienter regionalt, vil gi en rekke fordelaktige konsekvenser når det gjelder ressursbruk. Tiltak for å øke kompetansen i ulike deler av helsetjenesten vil etter ekspertgruppas mening ikke kreve særskilte investeringer, men vil kunne skje innenfor eksisterende økonomiske rammer.

Utredning for diagnosefastsettelse ved NBTS tar mellom 7 og 12 konsultasjoner over opp til to år (som vist i pkt. 5.3.3.5.1.1). I tillegg til dette kommer oppfølging under «virkelighetserfaring», hormonbehandling, samt bryst- og genitalkirurgi. Dette er et forløp som varer i mange år med tilhørende kostnader.

Som redegjort for i pkt. 5.3.2.1 var rundt 500 pasienter i ulike deler av sitt forløp ved NBTS, og 110 av disse var barn. Det er ønsket at henvisende helsepersonell medfølger til første konsultasjon ved NBTS, og pasienten ønsker ofte å ha noen med seg til videre konsultasjoner. En organisering hvor flere pasienter kan få den helsehjelpen de har behov for regionalt, og helsetjenesten kun henviser pasienter til den nasjonale behandlingstjenesten når det er behov for høyspesialisert kompetanse, vil kunne gi en innsparing i pasientreisekostnader.

Som redegjort for i pkt. 5.3.4.2, bestiller et antall personer som opplever kjønnsdysfori hormonpreparater via nettet eller andre kanaler, med den potensielle risiko for skade og feilbehandling dette medfører. Ekspertgruppa vurderer at lettere tilgjengelig helsehjelp lokalt og regionalt, med mulighet for igangsetting av hormonbehandling, vil ha en potensiell skadereduserende virkning for den enkelte pasient.

#### **12.4 Nasjonale faglige retningslinjer**

Ekspertgruppa ser det som en forutsetning for flere av anbefalingene som omhandler helsehjelp at det snart settes i gang et arbeid med å utvikle nasjonale faglige retningslinjer på området kjønnsdysfori. En nasjonal faglig retningslinje vil i tillegg til å gi kunnskapsbaserte anbefalinger om diagnostikk, behandlingsmuligheter og pasientforløp også gi prioriteringer i tråd med gjeldende regelverk. Konkrete kostnader knyttet til en slik prosess er ikke beregnet av ekspertgruppa.

## LITTERATURLISTE

- Almås, E, og E.E.P Benestad. «Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 1: Teoretisk bakgrunn.» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2004.
- American Psychiatric Association. «Highlights of changes from DSM-IV to DSM-V.» 2013.
- Amnesty International. «The state decides who I am. Lack of Legal Gender Recognition for Transgender people in Europe.» 2014.
- Anchersen, Langfeldt, Bremer, og Kinnerød. «Upublisert utredning til helsedirektøren.» 1956.
- Arntzen, Marion, og Kari Kahrs. *Mann er da kvinne*. Piratforlaget, 2011.
- Aspling, Fredrik, og Carina Djärv. *Hatbrott 2012. Statistik över självrappporterad utsatthet förhatbrott och polisanmälningar med identifierade hatbrottsmotiv*. Stockholm: Bråttsförebyggande rådet., 2013.
- Bakkeli, Vidar, og Arne Backer Grønningsæter. *LHBT i arbeidslivet. En kunnskapsgjennomgang*. . Fafo, 2013.
- Barne- og likestillingsdepartementet. «Regjeringens handlingsplan for bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012.» 2008.
- Benestad, Esben Ester Pirelli. «Addressing the disturbed, like ripples in water: intervention with the social networks of children who transe.» *Sexual and relationship Therapy*, 2009.
- Benum, V. «Stigmatisering og minoritetsstress. Betydningen av kunnskap i møte med lesbiske klienter. .» I *Vite for å forstå - 10 artikler pm homoseksualitet og lesbiske og homofiles livsvilkår i Norge i dag*. , av Friis og Offerdal Benum. Landsforening for lesbisk og homofil frigjøring, 1997.
- Bockting, Walter. «Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity.» *Sexologies*, 2008.
- Bockting, Walter. «The Impact of Stigma on Transgender identity Development and Mental Health.» I *Gender dysphoria and Disorders of Sex Development. Progress in Care and Knowledge*., av Baudewijntje P. C. Kreukels, Thomas Steensma og Annelou L. C. de Vries. 2014.

- Ceglie, Domenico Di. «Care for gender-Dysphoric children.» I *gender dysphoria and disorders og sex-development*, av Kreukels, Steensma og de Vries. 2014.
- Clementz-Nolle, K, R. Marx, og M. Katz. «Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization.» *Journal of Homosexuality.* , 2006.
- Darj, F., og H. Nathoorst-Böös. *Är du kille eller tjei? En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor.* . RFSL Ungdom Sverige, 2008.
- De Sutter, P, K Kira, A Verschoor, og A Hotimsky. «The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: a survey.» *International Journal Transgender*, 2002.
- De Vries, A.L.C, J.K McGuire, T.D Steensma, E.C.F Wagenaar, T.A.H Doreleijers, og P.T Cohen-Kettenis. «Young Adult Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment.» *Pediatrics*, 2014.
- Delemarre-Van de Waal, H. A., og P. T. Cohen-Kettenis. «Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects.» *European Journal of Endocrinology*, 2006.
- Delemarre-van de Waal, Henriette A. «Early medical Intervention in Adolescents with Gender Dysphoria.» I *Gender Dysphoria and Disorders of Sex development*, av Kreukels, Steensma og de Vries. 2014.
- Department of Health. «Trans people's health - Briefings for health and social care staff.» 2007.
- Drescher, Jack, Peggy Cohen-Kettenis, og Sam Winter. «Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11.» *International review of Psychiatry*, 2012.
- Drummond, K. D, S. J Bradley, M Peterson-Badali, og M. J. Zucker. «A follow up study of girls with Gender Identity Disorder. .» *Developmental Psychology*, 2008.
- Eggen, Bernt. *Bastard! En sannferdig roman om skjønnsskifte i Norge.* Aschehoug, 1979.
- Elgvin, Olav, Kristine Bue, og Arne Backer Grønningseter. *Åpne rom, lukkede rom: LHBT i etniske minoritetsgrupper.* FAFO, 2013.
- Engdahl, Ulrica. *Att vara som den en är: En etisk diskussion om begrepen rättvisa, erkännanda och identitet i en trans\*kontext.* Linköpings universitet, 2010.

- Erin C. Wilson, Robert Garofalo, Robert D. Harris, Amy Herrick, Miguel Martinez, Jaime Martinez, Marvin Belzer,. «Transgender Female Youth and Sex Work: HIV Risk and a Comparison of Life Factors Related to Engagement in Sex Work.» 2009.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). «European Union Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender survey.» 2013.
- European Union Agency for Fundamental Rights. «Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data.» 2014.
- Grønningsæter, Arne Backer, og Hilse Haualand. *Usynlig og selvlysende. Å være lesbisk, homofil, bifile eller transperson med nedsatt funksjonsevne* . FAFO, 2012.
- Hage, J.J., og F.H De Graaf. «Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique.» *Microsurgery*, 1993.
- Hammarberg, Thomas. *Human Rights and Gender identity*. FNs Høykommissær for menneskerettigheter, 2009.
- Herbst, Jeffrey H., Elizabeth D. Jacobs, og Teresa J. Finlayson. «Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review.» *Aids and Behaviour*, 2007.
- Kennedy, N., og M. Hellen. «Transgender children: More than a theoretical challenge.» *Graduate journal of Social Science*, 2010, 7 (2).
- Keuzenkamp, S. *Worden wie je bent: Het leven van transgenders in Nederland* . Haag: Social en Cultureel Planbureau, 2012.
- Knudson, G., G. De Cuypere, og W. Bockting. «Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. .» *International Journal of Transgenderism*, 12 (2), 2010.
- Kreukels, B.P.C., I.R. Haraldsen, G De Cuypere, D Richter-Appelt, L Gijs, og P.T Cohen-Kettenis. «A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative.» *European Psychiatry*, 2012.
- Kuyper, L. «Transgenders in Nederland: Prevalentie en attitudes. .» *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36 (2), 2012.

- Light, Alexis D., Juno Obedin-Maliver, Jae M. Sevelius, og Jennifer L. Kerns. «TRansgender Men who experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning.» *Obstetrics & Gynecology*, 2014.
- Moon, L. «The gentle Violence of Therapists: Misrecognition and Dis-location of the Other.» *Psychotherapy and Politics International* , 2011.
- Morton, J., G. Ritchie, og A. Roch. *Out of sight, out of mind? Transgender people's experiences of Domestic abuse*. LGBT Youth Scotland, 2010.
- Motmans, J. *Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. European Union Agency for Fundamental Rights, 2014.
- Motmans, J., I. Biolley, og S. Debunne. *Being Transgender in Belgium. Mapping the social and legal situation of transgender people*. Brussel: Institute for the equality of women and men, 2010.
- Nadal KL, Davidoff KC, Fujii-Doe W. «Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination.» *Journal of Trauma and Dissociation*, 2014 15/2.
- Nadal, K.L. «Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination .» *Journal of Trauma & Dissociation* , 2014.
- National Health Service Scotland. *Gender Reassignment Protocol*. Directorate for Health Workforce and Performance, 2012.
- Open Society Foundation. «License to be yourself. Laws and advocacy for legal gender recognition of trans people. .» 2014.
- OSCE/ODIHR. *Hate crimes in the OSCE Region: Incidents en responses*. Warsaw: OSCE/ODIHR, 2007.
- Paap, Muirne Caitlin Shonagh. *Examining the validity of the assessment of Gender Identity Disorder. Diagnosis, self-reported psycological distress and strategy adjustment*. . Universitetet i Oslo, 2011.
- Reed, Bernard, stephenne Rhodes, Pieta Schofield, og Kevan Wylie. *Gender Variance in the UK: Prevalence, Incidence, Growth and Geographic Distribution*. Gender Identity Research and Education Society (GIREs), 2009.

- Ros, Janneke van der. *Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk.* . Hamar: Likestillingscenteret, 2013.
- Janneke Van der Ros. *Når kjønn er et valg : transpersoners inntreden i verden.* Fontene forskning, 2014.
- Royal College of Psychiatrists. «Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria.» London, 2013.
- Skattedirektoratet. «Konseptvalgutredning: Ny personidentifikator i Folkeregisteret.» 2014.
- Socialstyrelsen. «Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av barn och ungdomar med könsdysfori (Høringsversjon).» 2014 b.
- Socialstyrelsen. «Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori.» 2014.
- Socialstyrelsen. «Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar. Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd.» 2010.
- Statens folkehelseinstitutt. «Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapporering av regeringsoppdrag att undersøka och analysere hälsosituationen hos hbt-personer.» 2005.
- Stefan D Baral, Tonia Poteat, Susanne Strömdahl, Andrea L Wirtz, Thomas E Guadamuz, Chris Beyrer. «Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis.» *The Lancet. Infectious Diseases*, 2013 13(3).
- Sørli, Anniken. *Retten til kjønnsidentitet som menneskerettighet. Kan norsk forvaltningspraksis krav om irreversibel sterilisering ved endring av fødselsnummer forsvares?* . Det juridiske fakultet. Universitetet i Oslo, 2013.
- TGEU. «Checklist Legal Gender Recognition.» 2014.
- The Commissioner for human rights. *Human Rights and Gender identity: Issue Paper.* Strasbourg: The Commissioner for human rights. Council of Europe, 2009.
- The Endocrine Society. «Endocrine Treatment of Transsexual Persons.» 2009.
- «The Yogyakarta Principles. The Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity .» 2006.



- Van der Ros, Janneke. *Alskens folk. Levekår, livssitusjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. Hamar: Likestillingscenteret, 2013.
- Wallace, S.A., K.L Blough, og L.A Kondapalli. «Fertility preservation in the transgender patient: expanding oncofertility care beyond cancer.» *Gynecological Endocrinology*, 2014.
- Wallien, M. S. C, og P. T. Cohen-Kettenis. «Psychosexual outcome of gender dysphoric children.» *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008.
- Whittle, S., L. Turner, og M. Al-Alami. *Engendered Penalties: Transgender and Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination*. Wetherby, 2007.
- Whittle, S., L. Turner, R. Combes, og S. Rhodes. *Transgender Eurostudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. The European Region og the International Lesbian and Gay Association. , 2008.
- WHO. *ICD 11 Beta draft*. September 2014.
- Wierckx, K, E Van Caenegem, G Pennings, og et al. «Reproductive wish in transsexual men.» *Human Reproduction*, 2012.
- Wilson, Erin C., et al. «Transgender Female Youth and Sex Work: HIV Risk and a Comparison of Life Factors Related to Engagement in Sex Work .» *Aids and behavior*, 2009.
- WPATH. «Standards of Care for the Health of Transsexuals, Transgenders and Gender Nonconforming People. .» *International Journal of Transgenderism*, 13 (4) , 2011.
- WPATH. «Standards of Care for the Health of transsexuals, Transgendered and gender Nonconforming People.» 2011.

## **Lover, forarbeider, utredninger m.m**

### **Lover**

LOV-1977-06-03-57 Lov om sterilisering

LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter

LOV-2003-12-05-100: Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.

LOV-1970-01-16-1 Lov om folkeregistrering

LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell

LOV-1998-07-17-61 Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa

LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

LOV-1814-05-17 Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven).

### **Forskrifter**

FOR-2012-08-29-842 Forskrift om fastlegeordning i kommunene

FOR-2003-04-03-450 Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

FOR- 2007-11-09-1268 Forskrift om folkeregistrering

FOR-2011-12-16-1255 Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

FOR-2010-12-17-1706 Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

### **Proposisjoner**

Prop. 88 L (2012-2013). Diskrimineringslovgivning (diskrimineringsloven om seksuell orientering, likestillingsloven, diskrimineringsloven om etnisitet, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)

Ot.prp 46 1976-1977 Om lov om sterilisering m.v,

## **Utredninger**

NOU 2009:14 Et helhetlig diskrimineringsvern

## **Internasjonale konvensjoner, erklæringer og prinsipper**

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK),

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP)

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)

FNs barnekonvensjon (BK)

FNs menneskerettighetserklæring fra 1948

## **Svenske lover og utredninger:**

Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (1972:119)

SOU 2014:91. Juridisk kön och medicinsk könskorrigering. Betänkande av Utredningen om åldersgränsen för fastställelse av ändrad könstillhörighet. S 2014:03

## **Danske lover og rundskriv:**

L 182: Forslag til lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister (Tildeling af nyt personnummer til personer, der oplever sig som tilhørende det andet køn).

*L 189: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. (Kriterier for kastration og justeringer som følge af indførelse af juridisk kønsskifte m.v.)*

Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om pas m.v. Justitsmin., j.nr. 2014-271-0005

## Vedlegg 1: Oversikt over pasienter med F 64-diagnoser i Norge 2008 – 2013

Nedenfor følger en oversikt levert av Nasjonalt pasientregister (NPR) over antall pasienter med en tilstandskode F 64.X, fordelt på variablene behandlingsnivå, bostedsregion, alder og kjønn.

Alle opphold med ICD-10-tilstand F64. X som hovedtilstand innrapportert fra somatiske sykehus, psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og avtalespesialister innen psykisk helsevern i perioden 1.1.2008-31.12.2013 inngår i totalutvalget.

Datasettet består av totalt 14.013 episoder fordelt på 980 pasienter.<sup>176</sup> Alder er gruppert i 0-5 år, 6-15 år, 16-18 år, 19-29 år, 30-39 år, 40-49 år og 50 år eller eldre for alle alderstabeller.

De utleverte tabellene vurderes å være anonyme.

Det er unike pasienter som telles i hver tabell. Likevel er det ikke her tatt høyde for hvor mange pasienter som i løpet av et år registreres innenfor flere behandlingsnivåer. En kan dermed ikke legge sammen samtlige pasienttall og finne et totalanslag over forekomst per år.

Det er heller ikke mulig å finne et anslag over pasientantall ved å legge sammen pasienttall for flere år, da det er vanlig at pasienter registreres innen samme eller flere behandlingsnivåer flere år på rad.

I de tabellene der det er oppgitt kjønn er dette registrert på bakgrunn av det første kjønnet pasienten ble registrert med. pasientens kjønnede personnummer. To pasienter ble innrapportert med uspesifisert kjønn. Disse pasientopplysningene presenteres som de foreligger, med uspesifisert kjønn i den aktuelle tabellen (tabell 5c).

---

<sup>176</sup> Totalt 181 pasienter er innrapportert uten gyldig fødselsnummer, og for 12 pasienter var det ulikheter mellom innrapportert kjønn og kjønn registrert hos Det sentrale folkeregister. Komplettheten på innrapporteringen fra avtalespesialistene innen psykisk helsevern var 76,3 % i 2008 og 94,4 % i 2013 (82,2 % i 2009, 88,3 % i 2011, 93,8 % i 2012). Et skjerpet innrapporteringskrav ovenfor avtalespesialistene i 2010 førte til tekniske problemer hos systemleverandørene som igjen medførte at innrapporteringen til NPR ble mangelfull. NPR er dessverre usikker på hvor omfattende manglene er, og det ble ikke publisert en rapport over aktiviteten hos avtalespesialistene for dette året. Detaljerte rapporter om datakvaliteten for øvrige årganger og sektorer kan lastes ned fra nett ([følg link](#)).

## 1. Somatiske sykehus

Tabell 1a. Antall pasienter per år innenfor somatiske sykehus fordelt på tilstandskode						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
F64.0	182	170	199	98	111	124
F64.1 <sup>177</sup>	1	3	1	0	0	0
F64.2	4	8	17	10	5	3
F64.8	3	1	0	0	0	0
F64.9	64	71	60	19	6	5
<b>Total</b>	254	253	277	127	122	132

Tabell 1b. Antall pasienter per år innenfor somatiske sykehus fordelt på pasientens bostedsregion						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Helse Sør-Øst	184	183	190	90	83	92
Helse Vest	24	29	36	13	13	18
Helse Midt-Norge	25	25	28	11	12	10
Helse Nord	20	16	23	13	13	12
Annet	1	0	0	0	1	0
<b>Total</b>	254	253	277	127	122	132

Tabell 1c. Antall pasienter per år innenfor somatiske sykehus fordelt på kjønn og alderskategorier							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Mann</b>	6-15 år	8	7	11	9	8	7
	16-18 år	10	8	10	3	2	3
	19-29 år	53	55	60	16	18	18
	30-39 år	31	41	42	21	18	14
	40-49 år	26	25	16	11	7	10
	50 år <	15	11	11	6	7	7
	<b>Total</b>	143	147	150	66	60	59
<b>Kvinne</b>	6-15 år	7	6	8	4	1	0
	16-18 år	14	14	20	8	4	5
	19-29 år	40	41	43	29	33	46
	30-39 år	23	25	26	13	11	12
	40-49 år	18	12	14	5	9	7
	50 år <	9	8	16	2	4	3
	<b>Total</b>	111	106	127	61	62	73

<sup>177</sup> Diagnosen F 64.1 *Transvestisme* ble gjort ugyldig for bruk i Norge i 2010.

## 2. Psykisk helsevern

Tabell 2a. Antall pasienter per år innen psykisk helsevern for voksne, fordelt på tilstandskoder						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>F64.0</b>	29	20	28	28	189	204
<b>F64.1</b>	2	0	0	0	0	0
<b>F64.2</b>	0	1	0	1	19	29
<b>F64.8</b>	0	1	0	1	1	2
<b>F64.9</b>	6	6	7	10	82	86
<b>Total</b>	37	28	35	40	291	321

Tabell 2b. Antall pasienter per år innen psykisk helsevern for voksne, fordelt på pasientens bostedsregion						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Helse Sør-Øst</b>	21	12	20	20	184	191
<b>Helse Vest</b>	9	5	5	5	47	58
<b>Helse Midt-Norge</b>	6	8	9	9	34	50
<b>Helse Nord</b>	1	3	1	6	26	22
<b>Total</b>	37	28	35	40	291	321

Tabell 2c. Antall pasienter per år innen psykisk helsevern for voksne, fordelt på kjønn og alderskategorier							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Mann</b>	6-15 år	0	0	0	0	17	15
	16-18 år	4	1	1	2	8	16
	19-29 år	13	9	18	18	63	65
	30-39 år	2	5	2	4	29	28
	40-49 år	2	1	1	1	12	11
	50 år <	3	2	2	2	9	10
	<b>Total</b>		24	18	24	27	138
<b>Kvinne</b>	6-15 år	0	0	0	0	15	13
	16-18 år	3	1	1	4	26	32
	19-29 år	7	6	6	6	75	87
	30-39 år	2	3	3	1	22	29
	40-49 år	1	0	1	1	10	9
	50 år <	0	0	0	1	5	6
	<b>Total</b>		13	10	11	13	153

### 3. BUP-institusjoner

Tabell 3a. Antall pasienter per år, BUP-institusjoner, fordelt på tilstandskoder						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
F64.0	11	9	12	16	19	25
F64.1	1	1	1	0	0	0
F64.2	6	3	7	10	15	20
F64.8	0	0	0	0	0	2
F64.9	4	3	4	4	8	13
<b>Total</b>	22	16	24	30	42	60

Tabell 3b. Antall pasienter per år, BUP-institusjoner, fordelt på pasientens bostedsregion						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Helse Sør-Øst	13	11	17	17	27	33
Helse Vest	2	4	6	9	8	12
Helse Midt-Norge	4	1	0	1	3	10
Helse Nord	3	0	1	3	4	5
<b>Total</b>	22	16	24	30	42	60

Tabell 3c. Antall pasienter registrert per år, BUP-institusjoner, fordelt på kjønn og alderskategorier							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Mann</b>	0-5 år	0	0	0	0	1	
	6-15 år	2	2	5	6	7	
	16-18 år	4	4	3	4	10	
	19-29 år	2	0	1	1	3	
	<b>Total</b>	8	6	9	11	21	
<b>Kvinne</b>	6-15 år	5	1	2	8	8	
	16-18 år	8	7	12	10	10	
	19-29 år	1	2	1	1	3	
	<b>Total</b>	14	10	15	19	21	

#### 4. Privatpraktiserende avtalespesialister

<b>Tabell 4a. Antall pasienter per år for privatpraktiserende avtalespesialister innen psykisk helsevern fordelt på tilstandskoder</b>						
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
F64	5	5	1	0	1	0
F64.0	10	12	26	28	28	27
F64.1	1	2	2	4	1	0
F64.2	7	7	6	2	5	6
F64.8	0	1	3	2	1	3
F64.9	1	0	5	4	10	10
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>43</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>46</b>

<b>Tabell 4b. Antall pasienter per år for avtalespesialister innen psykologi og psykiatri fordelt på kjønn</b>						
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Mann	17	17	26	20	26	18
Kvinne	7	9	17	20	19	28
Uspesifisert	0	1	0	0	1	0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>43</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>46</b>

<b>Tabell 4c. Antall pasienter per år, avtalespesialister innen psykologi og psykiatri, fordelt på pasientens bostedsregion</b>						
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Helse Sør-Øst	20	17	24	28	27	31
Helse Vest	4	10	18	12	16	15
Helse Midt-Norge	1	0	2	0	2	1
Helse Nord	0	1	1	1	2	1
Annet	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>47</b>	<b>48</b>

<b>Tabell 4d. Antall pasienter per år hos avtalespesialister innen psykologi og psykiatri fordelt på alderskategorier</b>						
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
0-5 år	0	0	0	0	1	0
6-15 år	2	3	5	2	3	2
16-18 år	8	5	3	3	6	7
19-29 år	7	7	14	17	18	21
30-39 år	4	4	11	10	11	10
40-49 år	1	5	5	4	3	2
50 år <	1	2	5	4	4	4
Alder ikke innrapportert	1	1	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>43</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>46</b>



**5. Antall nye pasienter til behandling, og statistikk over deres episoder og oppfølgingstid i perioden 2008-2013.**

Første året pasienten er tatt til behandling	Koblingsstatus for pasienten	Antall nye pasienter	Antall episoder			
			Summert	Mean	Minimum	Maximum
2008	Gyldig f.nr.	245	4 143	17	1	221
	Ulikt kjønn	1	1	1	1	1
	Ikke koblet	66	497	8	1	61
	Total	312	4 641	15	1	221
2009	Gyldig f.nr.	96	1 439	15	1	143
	Ikke koblet	38	196	5	1	22
	Total	134	1 635	12	1	143
2010	Gyldig f.nr.	111	1 761	16	1	366
	Ulikt kjønn	3	17	6	1	8
	Ikke koblet	12	114	10	1	40
	Total	126	1 892	15	1	366
2011	Gyldig f.nr.	55	973	18	1	85
	Ulikt kjønn	4	12	3	1	4
	Ikke koblet	10	84	8	1	31
	Total	69	1 069	15	1	85
2012	Gyldig f.nr.	99	1 199	12	1	82
	Ulikt kjønn	4	14	4	3	5
	Ikke koblet	15	71	5	1	32
	Total	118	1 284	11	1	82
2013	Gyldig f.nr.	121	709	6	1	37
	Ikke koblet	27	125	5	1	24
	Total	148	834	6	1	37
Total	Gyldig f.nr.	727	10 224	14	1	366
	Ulikt kjønn	12	44	4	1	8
	Ikke koblet	168	1 087	6	1	61
	Total	907	11 355	13	1	366

## **Vedlegg 2: Oversikt over forskningsaktivitet og publisert forskning ved NBTS**

Notat fra Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme OUS, 24. februar 2015

### **1. *Hvordan pasienter inviteres til forskning ved NBTS***

OUS har som en av sine hovedoppgaver å drive med forskning. I tråd med dette tar NBTS del i mange parallelle forskningsprosjekter ved OUS. Disse er alle formelt godkjente, og de fleste krever aktivt samtykke for inkludering. Kun unntaksvis søkes det dispensasjon fra samtykke, og da begrunnes dette til Regional etisk komité, som kan gi dispensasjon. Pasientene ved NBTS forespørres om inkludering i studier, og de fleste pasienter er positive til å delta. Alle forskningsstudier som pågår ved NBTS, forutsetter aktivt samtykke fra pasienten før vedkommende inkluderes. Det er altså ikke slik at det er en automatikk mellom å være pasient ved NBTS og deltagelse i forskningsprosjekter. Vi beklager at dette ikke har fremkommet tydelig nok i tidligere kommunikasjon.

Interne kvalitetsregistre benyttes jevnlig i OUS for å kvalitetssikre den behandling som gis. Disse følger gjeldende krav til formalisering, og krever at leder beslutter behovet og melder til OUS personvernombud. Slike registre etableres for å ivareta at behandlingen opprettholder den kvalitet som er nødvendig, og over tid bedres. Dersom pasienten reserverer seg fra slik registrering, respekteres dette.

### **2. *Forklaring på sammenhengen mellom studiene ENIGI og SOBER***

NBTS søkte og fikk REK-godkjenning av SOBER (Sex on Brain European Network) prosjektene, se under punkt 3 for detaljer.

NBTS deltar også i et europeisk forskningsprosjekt som heter ENIGI (European Network of Gender Incongruence). NBTS har her en sentral rolle og er ansvarlig for den samlede databank i ENIGI og bidrar med analyse og lagring av data fra alle 4 deltakende europeiske land, som sender NBTS kodede data. Etter prosessering av data i den samlede databank, utleveres kun anonyme opplysninger til de andre partene.

### **3. *Oversikt over SOBER prosjekter***

I det følgende gis en oversikt over studier som er del av SOBER. For de studier det har vært stilt spørsmål ved, er det gitt en utdypende forklaring under aktuell studie.

**3.1 S-06419a SOBER Hormoner og hjerneutvikling; Virkningen av Gonadotropin Releasing Hormon-blokkade og steroidhormoner på hjernens utvikling gjennom puberteten og ungdomsårene (2.2006.2607; ref S-06419 a).**

3.1.1 *Formålsbeskrivelse:* Phenomenologisk beskrivelse av pasienter med transseksualisme før og etter behandlingstiltak. Prosjektet omfatter i dag publiserte data-evalueringer av voksne pasienter **over 17 år**. I fremtiden vil resultatene også publiseres med data fra ungdommer mellom **12 og 16**.

3.1.2 *REK Sør 5.3.07*, ref S-06419a; Komiteen tilrår at prosjektet gjennomføres og at forskningsbiobank opprettes.

3.1.3 *Varighet på studien:* inntil 2023

**3.2. S-06419a Hormoner og hjerneutvikling Virkningen av Gonadotropin Releasing Hormon-blokkade og steroidhormoner på hjernens utvikling gjennom puberteten og ungdomsårene (2.2006.2607)**

3.2.1 *Formålsbeskrivelse:* Mulighet for MR undersøkelse av hodet innføres for å evaluere potensielle hormonelle behandlingseffekter på hjernen.

3.2.2 *REK Sør 22.9.08* (ref S-06419 a): Komiteen godkjenner at prosjektet videreføres med de endringer som er beskrevet i skjema for protokolltillegg og -endringer.

3.2.3 *Varighet på studien:* inntil 2023

**Utdypende forklaring:** I en periode kunne vi også tilby våre pasienter som var yngre enn 20 år MR undersøkelser, som del av studien. Dette basert på samtykke fra den enkelte. Hensikten var å dokumentere potensielle langtidseffekter av cross-sex-hormon-behandling.

**3.3 S-06419a SOBER Hormoner og hjerneutvikling Virkningen av Gonadotropin Releasing Hormon-blokkade og steroidhormoner på hjernens utvikling gjennom puberteten og ungdomsårene (2.2006.2607;). Oppfølgingsdata om pasienter 1,3 og 5 år etter operasjon.**

3.3.1 *Formålsbeskrivelse:* 3 oppfølgingsundersøkelser om psykososiale og kroppslige faktorer tilbys i løpet av 5 år etter at kirurgisk behandlingen har blitt avsluttet. 1 år, 3 år og 5 år etter).

3.3.2 *REK Sør-Øst A 07.04.09* (ref s-06419a 2008/22355): Komiteen godkjenner at prosjektet videreføres med de endringer som er beskrevet i skjema for protokolltillegg og endringer

### 3.3.3 *Varighet inntil 2027*

**Utdypende forklaring:** Alle pasienter får tilbud om postoperativ oppfølging som del av ordinær behandling. Pasientgruppen vil forespørres om inkludering i oppfølgingsstudien. Dersom pasienten samtykker til inkludering i studien, benyttes innsamlede data fra postoperative behandlingen i forskningen. Vi erfarer at de fleste samtykker til å delta. Vår erfaring er at også pasienter som ble behandlet tidligere enn 2009 kontakter oss for å bidra.

### **3.4 *S-06419a SOBER Endringsprotokoll. Hormoner og hjerneutvikling Virkningen av Gonadotropin Releasing Hormon-blokkade og steroidhormoner på hjernens utvikling gjennom puberteten og ungdomsårene (2.2006.2607)***

3.4.1 *Formålsbeskrivelse:* Studie i samarbeid med Statped. Stemmeutvikling under hormonell behandling evalueres.

3.4.2 *REK Sør-Øst A 19.2.2010 (ref 2010/344):* Komiteen godkjenner at studien videreføres med det som fremgår av søknaden om prosjektendring.

3.4.3 *Varighet på studien: inntil 2023*

**Utdypende forklaring:** Alle pasienter ved NBTS som ønsker stemmeveiledning som del av behandlingen, henvises til Statped/logoped. I en periode, siden 2010, ble disse også invitert til å delta i en oppfølgingsstudie av stemmeutviklingen. Også denne inkludering forutsatte skriftlig samtykke.

### **3.5 *2009/2212 Effekt av pubertetsutsettende behandling på barnets kognitive funksjon***

3.5.1 *Formålsbeskrivelse:* En studie som skal muliggjøre evaluering av GnRH behandling hos barn med cross-sex kjønnsidentitet.

3.5.2 *REK Sør-Øst C 24.04.2010 (ref 2009/2212):* Komiteen godkjenner prosjektet.

3.5.3 *Varighet på studien:* Tillatelsen for prosjektet er fra 28.04.2010 til 31.12.2017.

Forlengelse vil søkes i 2017.

**Utdypende forklaring:** For denne pasientgruppen, forespørres både pasienten selv og foreldre/foresatte om de er villige til å inkluderes i studien. Kun dersom både pasienten selv og foreldre/foresatte samtykker, inkluderes disse pasientene i studien. Inkludering pågår fremdeles.

**3.6 S-06419a SOBER Hormoner og hjerneutvikling Virkningen av Gonadotropin Releasing Hormon-blokkade og steroidhormoner på hjernens utvikling gjennom puberteten og ungdomsårene (2.2006.2607). Endringsprotokoll – Endokrinologi**

3.6.1 Formålsbeskrivelse: Prosjektendring som inkluderer bentetthetsmåling (DXA) og måling av benmineralinnhold. Blodprøver og Standardiserte kliniske registreringskjemaer/spørreskjemaer før og under behandling med cross-sex hormoner.

3.6.2 REK Sør-Øst A 09.11.2010 (ref 2010/344): Komiteen godkjenner prosjektet med vilkår at prosjektet videreføres i samsvar med det som framgår av søknaden om prosjektendring.

3.6.3 Varighet på studien: som hovedstudien 2023

**Utdypende forklaring:** Alle pasienter ved NBTS som behandles med hormoner, tilbys oppfølging av endokrinolog, og er en del av behandlingen. Denne pasientgruppen forespørres om å delta i en endokrinologisk studie om langtids- og bieffekter av cross-sex-hormon. Vi erfarer at de fleste pasienter samtykker til deltakelse i studien. Denne pasientgruppen forespørres også om å inkluderes i ENIGI.

**3.7 S-09203c 2009/4337 "Tankekvernen stopper, livsvansker og fremtidstro knyttet til kjønnsbekreftende behandling".**

3.7.1 Formålsbeskrivelse: En kvalitativ studie om Kjønnsbekreftende behandling

3.7.2 REK Sør-Øst C S-09203c 2009/4337): Komiteen godkjenner prosjektet.

3.7.3 Varighet på studien: Tillatelsen mastergradsoppgaveformål 2009/2010.

Ellen Margrete Hveding (2010) "Tankekvernen stopper, livsvansker og fremtidstro knyttet til kjønnsbekreftende behandling". Hovedoppgave ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. **Utdypende forklaring:** Dette var en kvalitativ studie hvor de forespurte informanter etter samtykke, ble inkludert.

#### **4 Artikler og presentasjoner:**

##### **Artikler assosiert til studiet beskrevet under 3.1**

Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo O.; Briken, Peer; Cohen-Kettenis, Peggy T.; Cuypere, Griet De; Haraldsen, Ira Hebold; Kreukels, Baudewijntje P.C.; Richter-Appelt, Hertha:  
Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender-Dysphoric Individuals Before the Start of Medical Treatment. *International Journal of Sexual Health* 2014; Volum 26.(1) s. 52-65

Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo O.; Cohen-Kettenis, Peggy; de Cuypere, Griet; Haraldsen, Ira Hebold; Kreukels, Baudewijntje P.C.; Richter-Appelt, Hertha:  
Sexual behavior of gender-dysphoric individuals before gender-confirming interventions: A European multicenter study. *Journal of sex & marital therapy* 2014; Volum 40.(5) s. 457-471

Paap, Muirne Caitlin Shonagh; Haraldsen, Ira Ronit; Breivik, Kyrre; Butcher, Phillipa R; Hellem, Frøydis Martha; Stormark, Kjell Morten:  
The Link between Peer Relations, Prosocial Behavior, and ODD/ADHD Symptoms in 7–9-Year-Old Children. *Psychiatry Journal* 2013; Volum 2013.

Kreukels, B. P. C.; Haraldsen, Ira Hebold; De Cuypere, G.; Richter-Appelt, H.; Gijs, L.; Cohen-Kettenis, P.T: A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *European psychiatry* 2012 ;Volum 27.(6) s. 445-450

Paap, Muirne Caitlin Shonagh; Meijer, BR; Cohen-Kettenis, PT; Richter-Appelt, H.; De Cuypere, G.; Baudewijntje, P; Pedersen, Geir Feigum; Karterud, Sigmund; Malt, Ulrik Fredrik; Haraldsen, Ira Hebold: Why the factorial structure of the SCL-90-R is unstable: comparing patient groups with different levels of psychological distress using Mokken Scale Analysis. *Psychiatry Research* 2012; Volum 200.(2-3) s. 819-826

Nieder, Timo O.; Herff, Melanie; Cerwenka, Susanne; Preuss, Wilhelm F.; Cohen-Kettenis, Peggy T.; de Cuypere, Griet; Haraldsen, Ira Hebold; Richter-Appelt, Hertha:  
Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females. *The Journal of Sexual Medicine* 2011; Volum 8.(3) s. 783-791

Paap, Muirne Caitlin Shonagh:  
Examining the validity of the assessment of Gender Identity Disorder: diagnosis, self-reported psychological distress and strategy adjustment. Unipub forlag 2011 (ISBN 978-82-8264-014-5) Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo(1073)

Paap, Muirne Caitlin Shonagh; Kreukels, Baudewijntje P.C.; Cohen-Kettenis, Peggy T.; Richter-Appelt, Hertha; de Cuypere, Griet; Haraldsen, Ira Hebold:  
Assessing the Utility of Diagnostic Criteria: A Multisite Study on Gender Identity Disorder. *The Journal of Sexual Medicine* 2011; Volum 8.(1) s. 180-190

Tønseth, Kim Aleksander; Bjark, Therese Halvorsen; Kratz, Gunnar; Gross, Annika; Kirschner, Rolf Steinar; Schreiner, Thomas; Diseth, Trond H; Haraldsen, Ira Hebold:  
Kjønnskorrigerende kirurgi ved transseksualisme. Tidsskrift for Den norske legeforening 2010; Volum 130.(4) s. 376-379

Paap, Muirne Caitlin Shonagh; Haraldsen, Ira Hebold:  
Sex-based differences in answering strategy and the influence of cross-sex hormones. Psychiatry Research 2010; Volum 175.(3) s. 266-270

### **Artikler assosiert til studiet beskrevet under 3.2**

Nuruddin, Syed; Bruchhage, Muriel; Ropstad, Erik; Krogenæs, Anette; Evans, Neil P.; Robinson, J; Endestad, Tor; Westlye, Lars Tjelta; Madison, Cindee; Haraldsen, Ira Hebold.  
Corrigendum to Effects of peripubertal gonadotropin-releasing hormone agonist on brain development in sheep - A magnetic resonance imaging study [Psychoneuroendocrinology, 38(10), (2013), 1994-2002]. Psychoneuroendocrinology 2014; Volum 40.(1) s. 286

Nuruddin, Syed; Bruchhage, Muriel; Ropstad, Erik; Krogenæs, Anette; Evans, Neil P.; Robinson, Jane E.; Endestad, Tor; Westlye, Lars Tjelta; Madison, Cindee; Haraldsen, Ira Hebold.  
Effects of peripubertal gonadotropin-releasing hormone agonist on brain development in sheep-A magnetic resonance imaging study. Psychoneuroendocrinology 2013; Volum 38.(10) s. 1994-2002

Cingulate gyrus har redusert aktivitet hos pasienter med kjønnsidentitetsforstyrrelse: en fMRI-studie om funksjonell konnektivitet

Breines, Nils, Psykologisk Institutt (Master thesis, 2012).

Haraldsen, Ira Hebold: Early onset GID and its effects on hippocampus measured by neuropsychological tests and MRI. The Journal of Sexual Medicine 2011; Volum 8. s. 106-106

### **Artikler assosiert til studiet beskrevet under 3.3**

Gulbrandsen, Kjersti. Livskvalitet etter kjønnskorrigerende behandling: En prospektiv studie av norske transseksuelle pasienters livskvalitet Begrenset tilgang. (Master thesis, 2013).

Gulbrandsen, Kjersti et al. Quality of Life in Norwegian Transsexual Patients. In process.

### **Artikler assosiert til studiet beskrevet under 3.4**

Phonetisk utvikling av cross-sexhormon terapi – dataanalyse påbegynt. Foreløpig publikasjoner.

### **Artikler assosiert til studiet beskrevet under 3.5**

Innsamling av data og foreløpig ingen publikasjoner.

### **Artikler assosiert til studiet beskrevet under 3.6**

Wierckx, Katrien; Van Caenegem, Eva; Schreiner, Thomas; Haraldsen, Ira Hebold; Fisher, Alessandra; Toye, Kaatje; Kaufman, Jean-Marc; T'Sjoen, Guy:

Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. The Journal of Sexual Medicine 2014 ;Volum 11.(8) s. 1999-2011

OUS

Low bone mass is prevalent in transsexual women before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy By: Van Caenegem, Eva; Taes, Youri; Wierckx, Katrien; et al.

Conference: European Congress on Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO-IOF) Location: Rome, ITALY Date: APR 17-20, 2013. OSTEOPOROSIS

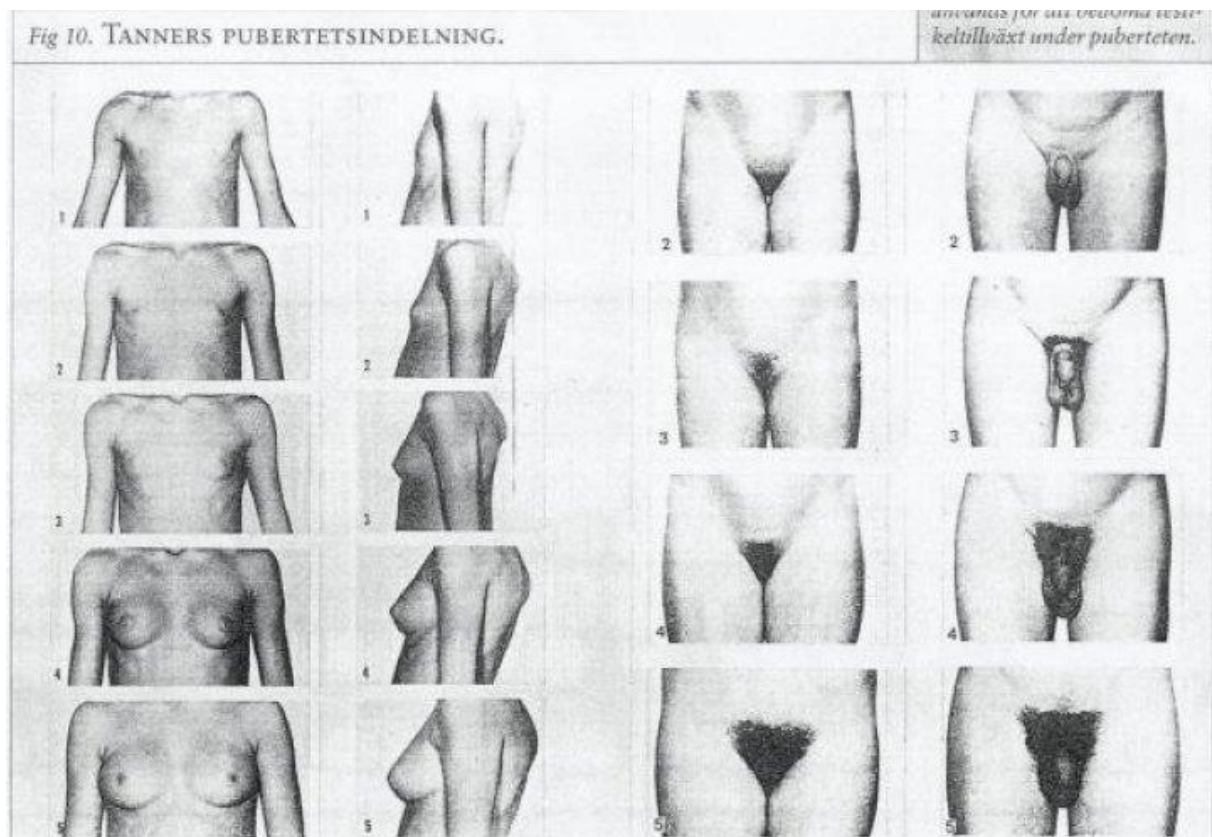
INTERNATIONAL Volume: 24 Supplement: 1 Pages: S319-S319

Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy By: Van Caenegem, E.; Taes, Y.; Wierckx, K.; S. Vandewallea, K. Toyea, J.-M. Kaufmana, T. Schreiner, I. Haraldsenc, G. T'Sjoena, et al. BONE 2013

Volume: 54 Issue: 1 Pages: 92-97



### Vedlegg 3: Tanners tabell for pubertetsinndeling



Kilde: Trond Markestad. Klinisk pediatri, Bergen. Fagbokforlaget, 2003: 21.

## **Vedlegg 4: Skisse til infoskriv ved eventuell svarslipp/refleksjonsordning for endring av juridisk kjønn**

*NB: Dette er kun en skisse til informasjonsskriv og er ikke uttømmende. En endelig versjon må eventuelt utarbeides av Skatteetaten i samarbeid med relevante bruker- og interesseorganisasjoner*

- *Bør legges til Altinn pga. sikkerhet for personopplysninger*

### **Praktisk informasjon om endring av juridisk kjønn**

- Folkeregisteret har mottatt din søknad om endring av juridisk kjønn. Det er en betingelse for å få tildelt et nytt personnummer at du først bekrefter din søknad ved å returnere svarslippen nedenfor.
- Du bestemmer selv når du ønsker å bekrefte din søknad.
- Når vi har mottatt en slik bekreftelse vil det bli registret et nytt personnummer for deg. Da vil du i løpet av 2-3 uker motta et brev med det nye nummeret til din folkeregistrerte adresse.
- Informasjonen og veiledningen er ment for at du lettere skal kunne legge opp en plan for enkelte av de praktiske konsekvensene ved å endre juridisk kjønnsstatus i Folkeregisteret.
- Vi oppfordrer deg til å lese gjennom punktene før du sender inn bekreftelsen på din søknad.

### **Informasjon og veiledning:**

- Du har rett til god informasjon og veiledning fra det offentlige om konsekvensene av å endre juridisk kjønn. Du bestemmer selv hvor og av hvem denne informasjonen kan gis. For noen vil det være naturlig å søke råd hos helse- og sosialpersonell, for andre vil for eksempel folkeregistermyndigheten være et naturlig sted å henvende seg med spørsmål.
- Det finnes flere organisasjoner for andre som har vært samme situasjon som deg og som kan gi gode råd og tips. Du finner en oversikt over disse på slutten av dette skrevet.

### **Navneendring og endring av personnummer:**

- Endring av navn og endring av personnummer er to ulike prosesser. Retten til endring av navn er hjemlet i Navneloven og endring av personnummer er hjemlet i lov om folkeregistrering.

- Uansett om du kun bytter navn eller både navn og personnummer er det en del praktiske ting som ikke går automatisk, men som krever at du selv må henvende deg til ulike instanser for å få endret opplysningene som er registrert om deg.
- *Særskilt om endring av juridisk kjønn hos umyndige:*
  - Under 18
  - Under 16
  - Under 12
  - Personer under vergeansvar

### **Registeropplysninger:**

- Folkeregisteret er innrettet slik at når en person får et nytt personnummer kobles det nye og det tidligere tildelte nummeret sammen. Opplysningene fra det tidligere personnummeret overføres til det nye nummeret hvorunder nye opplysninger framover vil bli registrert.
- En del offentlige registre samkjøres med/får data automatisk fra Folkeregisteret, men for å sikre at gamle og nye nummer blir korrekt sammenkoblet må dette enkelte ganger gjøres manuelt.

### **Oversikt over type registre som samkjøres med Folkeregisteret:**

- Nav
- Utlendingsregisteret/UDI
- Sykehus
- Politi
- Andre

### **Oversikt over type registre som ikke samkjøres med Folkeregisteret:**

- Private medlemsregistre (lag og foreninger, interesseorganisasjoner)
- Arbeidsgivers registre
- Bank og forsikring (her er noen unntak)
- Enkelte studiesteder

### **Registeropplysninger:**

- *Fødselsattest:* Dersom du trenger en ny fødselsattest får du det etter henvendelse til Skattekontoret der du bor. Her finner du kontaktopplysninger om ditt skattekontor [www.skatteetaten.no](http://www.skatteetaten.no)
- *Dåpsattest:* Den Norske kirke kan utstede ny dåpsattest dersom du ber om det. [www.kirken.no](http://www.kirken.no)

- *ID-papirer:* ID-papirer/legitimasjon som er knyttet til personnummeret ditt må du selv sørge for å få utstedt på nytt. Eksempler på dette er pass, førerkort og bankkort. Politiet utsteder pass, veikontoret i kommunen utsteder førerkort og banken din utsteder nytt bankkort.
- *Eksamenspapirer/attester fra tidligere arbeidsgivere:* Vitnemål og attester må du selv be om å få endret dersom du trenger det.
- *Posten:* Posten har eget skjema for endring av oppført navn (personnummer?)

**Helse:**

- Huske å gi opplysning om «kjønnshistorikk» når det er relevant i møte med helsepersonell.
- Ved bytte av fastlege
  - Prostataundersøkelse
  - Mammografiscreening
  - Cervix kreftscreening

## **Vedlegg 5: Engelsk sammendrag – English summary**

The expert group was appointed by the Norwegian Directorate of Health in December 2013 to review the present conditions for changing legal gender recognition in Norway, and to assess the requirements for and propose changes to the current patient and treatment services offered to people who experience gender dysphoria. The background to this was the assignment received from the Ministry of Health and Care Services in October 2013.

The present conditions for changing legal gender recognition are that the person in question must first undergo gender confirmation medical treatment that includes castration. Public treatment options of a hormonal and/or surgical nature are only given to people who are diagnosed with F64.0 Transsexualism by the National Treatment Unit for Transsexualism (NBTS) at Oslo University Hospital. Other than this, there are presently no arrangements for the provision of treatment in the public system at other locations.

### **Conditions for changing legal gender**

Pursuant to applicable administrative practice, castration is required for changing legal gender in Norway. The expert group deems the current practice to be contrary to fundamental human rights.

The expert group recommends that the right to change legal gender must apply without conditions being stipulated for specific forms of medical assistance. The expert group recommends that a person's desire to change legal gender must be separated from the medical treatment the person in question may wish to undergo.

The expert group recommends that people must be able to change legal gender in Norway without the requirement of castration or other form of sterilisation.

When discussing the conditions that should apply for changing legal gender, the expert group has used three different models as a basis: The *diagnosis model*, which requires that people who want to change legal gender are given a specific diagnosis, the *assessment model*, which requires that there is a professional psychological/medical assessment of the individual's desire and decision and finally, the *declaration model*, which is based on people who experience a lack of conformity between their own gender identity and registered legal gender, being able themselves to request a change of legal gender.

The expert group recommends that a personal declaration to the national registry authorities should be adequate for changing legal gender.

To ensure that the change of legal gender takes place through an informed decision, the expert group recommends that the person who requests the change of legal gender should receive an information letter stating the consequences of the change when the first request to the national registry authorities is made. To confirm that the decision is definite, the applicant must return a reply form enclosed with the information letter.

In Denmark, the applicant must have completed a "period of reflection" before legal gender can be changed. The arrangement entails that the person who requests a change of legal gender must, after a period of six months, confirm the request before the change is made in the national registry. With regard to the question of whether an equivalent period of reflection should be introduced in Norway, the expert group has divided into a majority and two minorities.

The majority recommends that no requirements should be set for an imposed period of reflection for changing legal gender.

The minority recommends that the declaration model is combined with a requirement for a time-specified period of reflection. There are two alternative proposals for the period of reflection which are of one month and six months in duration.

Based on current practice, there is no explicit provision regarding the age limit for changing legal gender. However, the present requirement of castration has meant that no one under the age of 18 has changed legal gender.

The expert group recommends that the age limit for the right to request a change of legal gender based on personal declaration should be 18 years.

In addition, the expert group recommends that guardians be granted the right to submit a declaration of change of legal gender for children upon approval from the County Governor. The child should be heard. If the child has turned 12 years of age, it is a requirement for approval that the child has given consent.

Adolescents between 16 and 18 years of age must themselves be able to submit a declaration for change of legal gender. The child's guardians must be informed, unless there are special grounds for not doing so. If one or both guardians oppose the change of legal gender or are not informed, there must be approval from the County Governor.

The expert group recommends that all those who are registered as residents in the Kingdom of Norway and who intend to reside here permanently, shall have the right to apply for a change of legal gender. It is further recommended that Norway acknowledges the legal

gender a person has had stipulated by a competent authority abroad in accordance with the laws of the country in question.

The expert group recommends that the conditions for changing legal gender must be regulated by law.

The expert group recommends that the issue of introducing a third gender category be examined in more detail.

### **Medical assistance to people who experience gender dysphoria**

Norway's human rights obligations, health legislation and general principles for organising health care services provide the framework for the expert group's proposal for the formulation of a future health service option to people who experience gender dysphoria.

The review of the present health services offered shows that many receive the medical assistance they request. However, it has also become clear to the expert group that there are a number of deficiencies and challenges in the services that are presently offered. This means that many who are entitled to medical assistance relating to gender dysphoria do not receive the medical assistance they need and want.

The expert group recommends that a greater number than those who are currently offered treatment in the health service are offered treatment and follow-up in connection with distress and discomfort relating to gender incongruence.

### **Increased expertise in all parts of the health services**

In the view of the expert group, there is a major need for increased expertise in all parts of the health services to ensure that people who experience gender dysphoria are offered adequate professional medical assistance and are met by health personnel who show them understanding and respect.

The expert group is of the view that measures must be introduced to build up the necessary expertise for assessing, diagnosing and treating patients with gender dysphoria in all parts of the health services. In the view of the expert group, the regional health trusts must initiate measures for, among other things, identifying areas in which there is presently inadequate expertise.

The expert group's recommendations to offer medical assistance to more groups who experience gender dysphoria than what is presently the case and the goal that the correct level of medical assistance is provided require that routines and guidelines are prepared for necessary diagnosis and treatment in the regions.

The expert group recommends that the regional health trusts commence necessary measures for ensuring there is sufficient expertise for being able to provide adequate medical assistance for gender dysphoria.

### **Services offered by the municipal health service**

Based on all available information, the number of people who require medical assistance for gender dysphoria is and will remain at such a low level in Norway that it is not realistic that patients will be able to receive specialist expertise in the municipal health service. However, health personnel must still have sufficient knowledge and information in order for patients to be met with understanding and for correct measures to be able to be initiated. Many patients can have their needs covered by the municipal health service through, for example, the regular GP, psychologist and health centre and school health service.

The expert group recommends that regular GPs and other health personnel in the municipal health service are assigned a clearer role in the medical assistance offered to people who experience gender dysphoria.

In the view of the expert group, the primary monitoring of pre-pubescent children who differ from the outside world's gender expectations should be locally based.

The expert group recommends that the municipalities offer advice and guidance to parents, day-care centre, school and others when a child differs from the outside world's gender expectations.

### **Services offered by the specialist health service**

In the recommendations that apply to services offered to adults by the specialist health service, the expert group has divided into a majority and two minorities.

The majority of the expert group is of the opinion that there is a need for significant decentralisation of the medical services offered to people who experience gender dysphoria in order to service the groups that are not currently offered medical assistance.

The majority recommends that each regional health trust must ensure that there is available endocrinological treatment, surgery (with the exception of genital surgery) and other necessary medical assistance for adults who experience gender dysphoria. If the needs of the patient can only be met by highly-specialised expertise, the patient shall be referred to the national treatment unit for transsexualism at the Oslo University Hospital (NBTS, OUS).

The majority recommends that the national treatment unit be responsible for offering highly-specialised medical assistance at third-line level which can include diagnosis and



subsequent hormonal and/or surgical treatment. In addition, the expert group recommends that the national treatment service offers assessments of complicated endocrinological matters in instances in which there is inadequate expertise at regional and local level.

The minority is of the view that the majority's recommendation could have serious consequences for the continued operation of NBTS.

The minority recommends that the medical assistance presently offered at NBTS is strengthened.

A second minority recommends that to service all diagnoses relating to gender identity disorders in ICD-10, the present national treatment service should be changed to a multi-regional treatment service that shall only be established at two health trusts and which can assess and treat all diagnoses within gender identity disorders in ICD-10. In other words, in practice the activities at OUS will be continued and treatment services will be established at additional health trusts. With an extremely small patient volume, treatment services at two health trusts will be sufficient for servicing all groups who are currently assessed and diagnosed with F.64.0, F.64.2, F.64.8 and F.64.9. This will also make a second opinion possible in Norway. NBTS, OUS will retain responsibility for the treatment service for F64.0

In the recommendations that apply to the services offered by the specialist health service to children and adolescents, the expert group has divided into a majority and a minority.

When there is a need to assess and treat children and adolescents at specialist health service level, it is the view of the majority that this should, as a main rule, occur under the direction of the regional health trusts. Children and adolescents should only be referred to NBTS when there is a need for highly-specialised expertise.

The minority is of the view that the majority's recommendation for treatment of children with gender dysphoria will result in the discontinuation of the present national treatment service for children with gender dysphoria. The minority makes reference to the fact that since 2005, NBTS has developed a treatment option with highly-qualified health personnel with expertise in servicing children with gender dysphoria and is the only place in Norway with multi-disciplinary specialist expertise in the treatment of children.

The majority recommends that the regional health trusts be responsible for providing endocrinological treatment and other necessary medical assistance to children and adolescents who suffer from distress and discomfort due to gender incongruence. If the needs of the patient can only be met by highly-specialised expertise, the patient must be referred to NBTS.

The minority recommends that the present treatment for children with gender dysphoria at NBTS must be strengthened. The minority considers it important to build up the expertise at one or a maximum of two health trusts to be able to ensure that children have the continuity in their treatment that is decisive to them receiving safe and correct professional treatment. In the view of the minority, the number of children with gender dysphoria is too low to justify the establishment of treatment services at more health trusts. The minority considers it important that children are closely monitored locally and that children are regularly followed-up by NBTS and possibly by additional health trusts.

### **National guidelines**

The decision regarding the medical assistance that is to be offered shall be made by qualified health personnel after a professional assessment in consultation with the patient. The lack of clear, transparent and professional reasons for identifying who is considered to benefit from gender confirming medical assistance may have contributed to people who experience gender dysphoria not seeking medical assistance or some people receiving more treatment than they in fact required.

The expert group's work has highlighted a major need for systematising and clarifying the content of the medical assistance to people with gender dysphoria

The expert group recommends that national guidelines are prepared for medical assistance to people who experience gender dysphoria.

### **Sterilisation and castration**

The individual's experience of having primary gender characteristics that do not match their own gender identity or gender expression can be a strain that may result in the need for undergoing a castration procedure as part of the gender confirmation process.

The expert group recommends that the general rules in the Act relating to patient and user rights is used as a basis if a person wishes to undergo castration/sterilisation in connection with gender confirmation treatment. Due to the nature of the procedure, an age limit of 18 years should apply.