



COPENHAGEN  
PRIDE



Trans  
Politisk  
Forum

Sundhedsstyrelsen

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

Kopi:

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby

02. august 2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2. Multidisciplinære teams**

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

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

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

### 3. Psykiske lidelser som kontraindikation

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

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

### 4. Sikring af kompetencer

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

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

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

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

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

## **5. Behandlingsgaranti**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **10. Mulighed for henvisning til psykolog**

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

## **11. Børn og unge**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Konventionen om afskaffelse af alle former for diskrimination af kvinder (CEDAW) fastslår, at alle deltagende stater skal tage passende forholdsregler "for at ændre mænds og kvinders sociale og kulturelle adfærdsmønstre med henblik på at opnå afskaffelse af fordomme, sædvaner og al anden adfærd, som hviler på den opfattelse, at det ene køn er mere eller mindre værd end det andet, eller på fastlåste kønsroller". Der kan også henvises til Yogyakarta-principperne, som i princip 18 kræver, at ingen person må tvinges til at gennemgå nogen former for medicinsk eller psykologisk behandling, procedurer eller tests baseret på seksuel orientering eller kønsidentitet<sup>6</sup>. Yderligere understreges det, at en persons seksuelle orientering og kønsidentitet ikke i sig selv kan ses som sygdomstilstande, og ej heller skal behandles som sådan.

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

Ifølge den danske sundhedslov, kap. 5 §16, har alle borgere ret til at blive aktivt inddraget i de beslutninger der tages om deres helbred. Dette har ikke været tilfældet for de transkønnede, som har beskrevet processen som ugenomsigtig, og præget af uvished. Dette opfordrer Amnesty Sundhedsstyrelsen til at gøre op med, så transkønnede i Danmark bliver stillet lige for loven.

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

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

### **Afsluttende bemærkninger**

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

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

Med venlig hilsen,

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