

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

Hørings svaret er udformet af
Nico Miskow Friborg og Kris Vinther

For mere information kontakt
n.miskow.friborg@gmail.com
kris@aidsfondet.dk



Indholdsfortegnelse

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



1.0 OVERORDNEDE KOMMENTARER TIL DEN NYE VEJLEDNING

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

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

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

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



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

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

2.0 KORT OM RÅDGIVNING FOR TRANSPERSONER

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

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

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



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

3.0 EN NOTE OM KØN

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

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

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



4.0 DEFINITION AF TRANSPERSONER

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

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

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

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

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

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

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

5.0 SIKRING AF IKKEBINÆRE TRANSPERSONERS RETTIGHEDER

I den nyeste version af Standards of Care udgivet af WPATH i 2012 inkluderes og benævnes tre forskellige grupper af transpersoner: transsexuals³, transkønnede og nonbinære (Gender-

² www.statistikbanken.dk Udregnet for et befolkningstal på 5.756.170 pr. d. 31/7 2017. Til sammenligning er der 14.500 danskere, der lever med sklerose.

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

6.0 ANBEFALINGER OM SPROGBRUG

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

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

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

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

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



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

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



7.0 MULTIDISCIPLINÆRE TEAMS OG KØNSIDENTITETSKLINIKKER

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

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

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

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



7.1 Kønsidentitetsklinikker

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

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

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

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

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

7.2 Mulighed for behandling uden for kønsidentitetsklinikker

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

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



7.3 Behandlingsgaranti og ventetider

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

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

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

8.0 AFSKAFFELSE AF KRAV OM UDREDNING

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

8.1 Vigtigheden af adgang til behandling

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



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

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

8.2 Konkrete anbefalinger i forhold til adgang til behandling

Vi anbefaler i forhold til adgang til behandling og behandlingsopstart:

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

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

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

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

4. Transpersoner, der har påbegyndt køns- og kropsbekræftende behandling i udlandet skal ikke gennemgå udredning.

Har man påbegyndt behandling i udlandet, skal man umiddelbart efter ansøgt behandling tildeles koden DZ768E1 (kontakt pga. transkønnethed) eller DZ768E3 (kontakt pga. kønsidentitetsforhold i barndommen) og behandlingen bør øjeblikkeligt fortsættes (i det tilfælde at man ønsker fortsat at anvende denne i det danske behandlingssystem, og at man har fået adgang til behandling i henhold til internationale retningslinjer som SOC7).



5. Sundhedspersonale skal ikke vurdere eller beskrive "graden af kønsligt ubehag".

Det er op til den enkelte person at vurdere, hvorfor vedkommende har behov for at søge behandling, og dette skal ikke forklares eller bevises over for den sundhedsprofessionelle. Se mere herom i afsnit 9.2.

6. Der skal ikke være nogle psykiske kontraindikationer for påbegyndelse af behandling, og de bør derfor heller ikke vurderes i en eventuel udredning.

Dette betyder også, at det ikke skal kræves, at psykiske sårbarheder eller psykiatriske diagnoser behandles forud eller sideløbende. Se mere herom i afsnit 10.3.

7. Somatiske tilstande skal kun opfattes som kontraindicerende og/eller kan kun kræves behandlet forud, hvis de er akutte somatiske tilstande og/eller kan være livsskadende.
8. Alle former for personlighedstest, IQ-test, diagnostiske interviews af psykiatrisk karakter samt vurdering af den enkeltes socioøkonomiske forhold og spørgsmål om barndom og om seksualitet skal afskaffes, da disse forhold ikke har relation til eller relevans for den enkeltes kønsidentitet.

Vi er især bekymrede over, at der på s. 6 i udkastet nævnes, at "Standardiserede testmetoder kan anvendes ud fra en konkret vurdering, i det omfang de er relevante og valide ift. formålet med udredningen, og på en måde som ikke bidrager til øget stigmatisering." Dette giver mulighed for, at den enkelte behandler kan vælge at anvende problematiske testmetoder, hvilket vi mener, at vejledningen bør specificere, ikke er relevant. Ud fra vores praksiserfaringer, er det desuden heller ikke vores oplevelse, at sundhedspersonalet på det nuværende behandlingssted, Sexologisk Klinik, er i stand til at vurdere, som det fremgår af udkastet på s. 6 om en test "bidrager til øget stigmatisering."

9. Der skal ikke tilbydes støttende samtaler i en eventuel udredning, og der skal ikke kræves eller opfordres til refleksionstid.

Al rådgivning, terapi og støttende samtaler bør foregå eksternt og fuldstændig afkoblet fra den køns- og kropsbekræftende behandling – se mere herom i afsnit 13.0. Eventuelle udredende samtaler bør kun fokusere på at finde frem til, hvilke former for behandling den enkelte transperson ønsker.



Den nye vejledning til bør generelt afspejle, at den tidligere diagnose F64.0 er blevet omformuleret og flyttet ud af psykiatrien, og køns- og kropsbekræftende behandling til transpersoner bør derfor følge sundhedsloven og praksis på andre områder i sundhedsvæsenet.

8.3 Udredning af psykiatrisk karakter sygeliggør transpersoner

Den nye vejledning bærer præg af, at Sundhedsstyrelsen fortsat betragter det at være transperson som en psykiatrisk problemstilling, eftersom der hele vejen igennem tales om psykisk lidelse som en del af udredningen, samt jævnfør kravet om, at en psykiater skal være en del af MDT. Dette er ikke i overensstemmelse med afskaffelsen af diagnosen F64.0 og oprettelsen af en ny kode.

I den nye vejledning lyder det, at: "Kønsidentitetsforhold kan medføre ønske om sundhedsfaglig hjælp for tilstande, der i sig selv hverken er udtryk for psykisk eller somatisk lidelse." (s. 2), samtidig beskriver udkastet til den nye vejledning en udredningsproces, som er af psykiatrisk karakter, og hvor "Det tværfaglige team skal desuden omfatte relevante kompetencer indenfor vurdering af psykosociale forhold, herunder psykologer og speciallæger i psykiatri med særlig erfaring og kompetencer" (s. 6). Vi forstår ikke, at der skal være en psykiater i MDT, når det at være transperson ikke betragtes som en psykisk lidelse? Og når den behandling, der søges af transpersonen, ikke er af psykiatrisk karakter?

Kravet om, at en psykiater skal være en del af MDT sender ligeledes et klart signal om, at Sundhedsstyrelsen fortsat betragter transpersoner som personer med overvejende psykiske problemstillinger, og at tilgangen til transpersoners ønsker om og behov for behandling er mistænkeliggørende og sygeliggørende. Det er især problematisk, at vejledningen giver mulighed for, at en speciallæge i psykiatri kan være den hovedbehandlingsansvarlige, når selve behandlingen er af somatisk karakter.

Det skal fremgå i vejledningen, at der ikke er tale om en psykiatrisk udredning, og der skal ikke være en psykiater i MDT.

Læs mere om mulighed for henvisning til støttende samtaler og terapi i afsnit 13.0, og om psykiske kontraindikationer i afsnit 10.3.



8.4 Vurdering af, hvem der er en transperson

Vi finder, at der i vejledningen og i sundhedsvæsenet, i henhold til vidnesbyrd fra de transpersoner, vi er i kontakt med gennem vores arbejde, samt adskillige nationale undersøgelser (se fx Amnesty 2014, 2016; Johansen et. al. 2015), gives udtryk for og praktiseres en snæver opfattelse af, hvem der er en transperson. Konsekvensen af at anvende en snæver definition af transpersoner og/eller en binær kønsforståelse er, at en stor gruppe af transpersoner afskæres fra køns- og kropsbekræftende behandling.

Amnesty finder i deres seneste rapport om transpersoners adgang til sundhed i Danmark, at transpersoner, særligt på Sexologisk Klinik, er blevet mødt med strenge forventninger til, hvordan man agerer kvinde eller mand, samt at 'kvinde' og 'mand' er de to eneste anerkendte køns kategorier. Vi ved fra forskning og undersøgelser, samt fra vores arbejde med målgruppen, at konsekvensen af dette er, at transpersoner forsøger at passe ind i de kønsforståelser, som behandlingssystemet opererer med, og at de mennesker, der ikke passer ind i disse forståelser ikke kan rummes i behandlingssystemet og derfor presses til at finde alternative behandlingsmuligheder. Behandlingsmuligheder som kan være farlige, på grund af manglende sundhedsfaglig vejledning og kontrol.

Det er vigtigt at have en vejledning og behandlingstilbud, som arbejder *for* målgruppen og ikke *imod* målgruppen. Derfor er det også altafgørende at have respekt for transpersoners ret til at bestemme over egen identitet og krop. Den eneste, der kan vurdere om en person er transkønnet, er altså vedkommende selv.

Vi anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen i vejledningen anvender en bred definition af transpersoner, som bygger på den enkeltes egen vurdering af, om vedkommende er transperson. Formålet hermed skal være at skabe adgang til køns- og kropsbekræftende behandling for alle transpersoner, der har behov herfor.

Vi tilskynder, at Sundhedsstyrelsen sletter kravet om at konstatere og beskrive 'kønsligt ubehag' samt præciserer, at det ikke er en nødvendighed eller et mål med behandlingen, at den enkelte transperson kan leve op til normer for køn og seksualitet.

Vi mener, det er vigtigt at have en vejledning og et behandlingstilbud, som arbejder *for* målgruppen og ikke *imod* målgruppen. Derfor er det også altafgørende at have respekt for transpersoners ret til at bestemme over egen krop og identitet.



9.0 BEHANDLINGSFORLØB

I det følgende vil vi komme med en række overordnede anbefalinger i forhold til behandlingsforløb, samt en række konkrete kommentarer til udkastet, som vi mener, skal fremgå tydeligt i den kommende vejledning.

9.1 Overordnede anbefalinger til behandlingsforløb

1. Køns- og kropsbekræftende behandling skal tilbydes af sundhedsprofessionelle med erfaring og ekspertise på det konkrete område.

Hormonbehandling skal fx tilbydes af gynækologer og andre sundhedsprofessionelle med erfaring og ekspertise på området. Den enkelte behandler vurderer i forbindelse med første samtale med patienten, om der, i henhold til Sundhedslovens paragraf 15, kan afgives informeret samtykke, og om den enkelte patient kan overskue konsekvenserne af behandlingen, ligesom det er tilfældet for andre patientgrupper.

2. Der skal være behandlingstilbud flere steder i landet.

Her mener vi ikke, at åbningen af endnu en Sexologisk Klinik/kønsidentitetsklinik er tilstrækkeligt. Der skal være mulighed for frit at vælge mellem behandlere med ekspertise på området, som ikke er tilknyttet MDT eller kønsidentitetsklinikker.

3. Der skal være frit sygehusvalg/mulighed for selv at vælge behandler, som det er gældende for andre patientgrupper i det danske sundhedsvæsen.
4. Køns- og kropsbekræftende behandling skal være omfattet af behandlingsgarantien.

Det bør ikke kunne lade sig gøre og er ikke acceptabelt, at transpersoner skal vente i årevis på at påbegynde behandling.

5. Forud for påbegyndt hormonbehandling eller kirurgiske indgreb bør den sundhedsprofessionelle tilbyde fyldestgørende information om behandlingens kortsigtede og langsigtede konsekvenser.

Dette materiale bør sendes til patienten i skriftlig form, jævnfør sundhedslovens paragraf 15, stk. 3. I henhold til formuleringen om, at "Forventede forandringer bør visualiseres" på udkastets s. 8, mener vi desuden, at der skal stå, at forventede forandringer skal visualiseres.



6. Blodprøvekontrol og andre sundhedstjek skal være tilgængeligt for **alle** transpersoner, også de, der har påbegyndt behandling andetsteds, fx i udlandet eller ved selvmedicinering.

Vi vil gerne bede Sundhedsstyrelsen om at lade det tydeligt fremgå i vejledningen, at det skal være muligt fx at få en recept på et nyt hormonpræparat eller at få ændret dosis, hvis der ikke opnås den ønskede effekt, og at dette skal være muligt UDEN FOR kønsidentitetsklinikkerne og/eller MDT, således at man ikke skal vente på en ny tid der, som det antydes på s.

7. Det skal være muligt at anvende WPATH-breve til at blive overført til, fortsætte eller udvide sin køns- og kropsbekræftende behandling i Danmark.

Behandling påbegyndt i udlandet skal altså ikke føre til en udredning i Danmark inden behandling kan fortsættes.

8. Real Life Testen skal afskaffes.

Real Life Testen (RLT) er for mange transpersoner er umulig at gennemføre grundet diskrimination, familieforhold, arbejde, uddannelsessted mm, og da den ikke siger noget om en persons kønsidentitet. Kønsidentitet og kønsudtryk kan ikke observeres og vurderes. Den enkelte transperson kender selv sin kønsidentitet. Vi finder især formuleringen om nedre kirurgi foruroligende. Her lyder det, at der generelt bør være "tale om et vedholdende kønsligt ubehag og ønske om kirurgi, med afklaret kønsidentitet i minimum 12 sammenhængende måneder svarende til de køns karakteristika, der søges opnået med de ønskede kirurgiske indgreb" (s. 10). Dette lyder som om, at man har tænkt sig at udsætte transpersoner for RLT, hvilket vi finder dybt problematisk. Formuleringen ekskluderer desuden ikkebinære transpersoner fra adgang til behandling.

9. Der skal ikke være nogen krav om sammenhængen eller rækkefølgen af køns- og kropsbekræftende behandlinger.

Den enkelte transperson vurderer selv, hvilke behandlinger denne har behov for, hvornår og i hvilken rækkefølge. Se mere herom i afsnit 10.3.

10. Det skal være muligt at få foretaget kirurgiske indgreb i udlandet, som kirurger i Danmark ikke har den nødvendige ekspertise og erfaring til at udføre, med tilskud fra den danske stat.



I kraft af vores nære kontakt til målgruppen har vi kendskab til transpersoner, der ikke er tilfredse med resultatet af deres køns- og kropsbekræftende kirurgi af denne årsag, samt til transpersoner, der opsøger behandling i udlandet, fordi ekspertisen er større.

11. Der skal ikke søges om tilladelse til kastration hos Sundhedsstyrelsen.

Det bør være op til den enkelte at beslutte, hvilke operationer, man ønsker. Det er desuden problematisk, at vejledningen henviser til den afskaffede diagnose F64.0 jf. en henvisning til sundhedsloven: "Efter gældende regler^{xii} kan en ansøger få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf." (s. 14), på trods af, at der tages højde for dette, og det omskrives til "den pågældende har en vedvarende tilstand af ubehag eller forpinthed som følge af uoverensstemmelse mellem fødselskøn og egen kønsidentitet, og at denne tilstand af kønsligt ubehag er vurderet og bekræftet af en speciallæge med særlige kompetencer som led i et tværfagligt udredningsprogram" (s. 14). Se mere om afskaffelse af udredning i afsnit 8.

12. Det skal være muligt at få en 'second opinion' fra en anden sundhedsprofessionel, hvis der ikke gives adgang til køns- og kropsbekræftende behandling.

13. Det skal være muligt at klage over beslutningen, hvis der ikke gives adgang til køns- og kropsbekræftende behandling.

14. Det skal fremgå tydeligt i vejledningen, at sundhedspersonale skal arbejde efter internationale retningslinjer som SOC7.

I udkastet står det nævnt flere gange, at sundhedspersonale skal forholde sig til faglige retningslinjer både nationalt og internationalt, men det er ikke specificeret hvilke. Dette bør tydeligt fremgå.

15. Hvis sundhedsprofessionelle vil udføre forskning om transpersoner, skal den enkelte transperson give sit samtykke til, at data anvendes til forskning.

Beslutningen om at give samtykke til forskning må ikke have nogen betydning for patientens videre behandlingsforløb.

9.2 Kongruenskravene skal fjernes

Formuleringen om, at "tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag" skal konstateres og beskrives for at opnå adgang til køns- og kropsbekræftende behandling er uhensigtsmæssig.



For det første manifesterer formuleringen ideen om, at køn og kønsidentitet er vedvarende gennem livet og hermed ikke afspejler forståelsen af, at køn er processuelt, flydende og relationelt. For det andet anerkendes det hermed heller ikke, at et forholdsvis nyt ønske om at få adgang til køns- og kropsmodificerende behandling er lige så validt som et mangeårigt ønske. For det tredje fremgår det ikke, hvordan man gradbøjer kønsligt ubehag? Og for det fjerde er den måde, hvorpå "tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag" er blevet vurderet indtil nu yderst problematisk.

Amnestys (2016) rapport viste, at en lang række transpersoner er blevet tvunget til at vise billeder fra deres barndom, og at en stor del er blevet afkrævet pårørendesamtaler, hvor forældre eller søskende skulle bevidne om den enkelte transpersons oplevelser i barndommen (ibid.). Dette med formålet at bevise, om den enkelte transperson gennem længere tid har haft ønske om at gennemgå behandling. Sådanne krav og praksisser viser begrænset indsigt i transpersoners livsvilkår og udfordringer. Eksempelvis er det for mange transpersoner fuldstændig umuligt at udforske og/eller udleve kønsidentitet og kønsudtryk i hjemmet, familien, skolen, på arbejdspladsen etc., på grund af diskrimination, trusler om vold, samt dominerende normer for køn i samfundet generelt.

Desuden kræver man ikke af andre patientgrupper, at de skal bevise "tilstedeværelsen og graden" af det ubehag eller forhold, der gør, at de søger behandling.

Vi anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen fjerner kravet og formuleringen om, at "tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag" skal konstateres og beskrives for at man kan påbegynde køns- og kropsbekræftende behandling.

9.3 Kontraindikationer

På side 2 i vejledningen står der, at: "Kønsidentitetsforhold kan medføre ønske om sundhedsfaglig hjælp for tilstande, der i sig selv hverken er udtryk for psykisk eller somatisk lidelse." (side 2), og på side 6, at tilbud om køns- og kropsmodificerende behandling ikke forudsætter bestemte diagnoser. På trods af dette nævnes psykiske og somatiske kontraindikationer flere steder i vejledningen og særligt i henhold til udredning.



Rådgivning for transpersoner er enige i vejledningens udsagn om, at transpersoner ikke er syge, og at transkønnethed ikke er udtryk for en sygdomstilstand. Vi henstiller derfor til, at denne holdning skinner igennem i hele vejledningen.

Rådgivning for transpersoner anbefaler, at det gøres klart i vejledningen, at tilstedeværelsen af psykiske og somatiske lidelser **IKKE** anses som hindringer eller kontraindikationer for at påbegynde en køns- og kropsbekræftende behandling.

Da man ikke anser det at være transperson som en sygdomstilstand, giver det ikke mening at tale om psykiske sårbarheder og/eller psykiatriske diagnoser som kontraindicerende. Ligesom det heller ikke giver mening at kræve dem behandlet forud eller sideløbende. Omvendt er det faktisk sådan, at mange transpersoner har psykiske trivselsproblemer netop fordi, de ikke kan opnå adgang til køns- og kropsbekræftende behandling, og/eller fordi de oplever stigmatisering, diskrimination og social isolation forbundet med at være transperson. Ingen psykiske sårbarheder eller psykiatriske diagnoser bør ses som kontraindicerende, og kravet om, at de skal behandles forud for eller sideløbende med køns- og kropsbekræftende behandling bør afskaffes. Har en transperson behov for psykiatrisk assistance eller for at se en psykolog, bør dette opsøges eksternt og ses som fuldstændig frakoblet fra den transspecifikke behandling, sådan som det er tilfældet inden for andre behandlingsområder i sundhedsvæsenet.

Rådgivning for transpersoner mener altså, at hvis man kan tåle hormoner, skal man have mulighed for at få hormoner, og at hvis man kan klare en operation, skal man have mulighed for at få en operation. Der bør ikke være andre kontraindikationer end de somatiske, som er af en svær alvorlighedsgrad og/eller livstruende karakter.

9.4 Valg af og rækkefølge af behandlinger

Det skal være op til den enkelte transperson, at beslutte, hvilke køns- og kropsbekræftende behandlinger vedkommende ønsker, hvornår og i hvilken rækkefølge.

Rådgivning for transpersoner finder det dybt problematisk, at man stiller hormonbehandling forud for kirurgi som et krav, at man henstiller til en specifik tidsramme på op til 24 mdr., hvor hormonbehandlingens effekter skal afventes, og at man fx anbefaler styrketræning til transpersoner, der ønsker bilateral mastektomi (s. 9).



Vi finder det ligeledes problematisk, at man gør rekonstruktiv kirurgi til et krav, således at kirurgi kun kan fås som en såkaldt pakkeløsning. Ønsker en transperson fx en bilateral mastektomi uden genplacering af brystvorter skal det være muligt. Vi finder også formuleringen: "Det bemærkes i den forbindelse, at de beskrevne indgreb og den generelle faglige praksis på området er binær fsv. at der tilstræbes enten mandlige eller kvindelige køns karakteristika ved den rekonstruktive kirurgi" problematisk. Det må være op til den enkelte transperson, hvilket resultat, der er ønskværdigt. Ligeledes finder vi det problematisk, at man formulerer tilbuddet om øvre kirurgi således, at: "der kun tilbydes indgreb, så brystet bliver normalt anatomisk proportionelt til kropsbygningen" (s. 9). Vi er meget uforstående over for, hvad denne formulering betyder, da der også blandt cispersoner findes en meget bred variation af fx bryststørrelser og kropsstørrelser. Størrelsen og/eller udformningen må være op til den enkelte transperson at beslutte.

Generelt i forhold til beskrivelser af risici, skal det være tydeligt, hvilke risici, der er tale om, og det skal fremgå, at det i sidste ende er den enkelte transpersons eget valg og vurdering, om der er tale om relevante risici.

Overordnet set beskrives kirurgisk behandling i vejledningen som enten alt eller intet, og som noget, der skal foregå i en bestemt rækkefølge. Dette ekskluderer ikkebinære personer og personer med helbredsmæssige forhold som umuliggør eller medfører særligt forværrede risici ved dele af behandlingen.

Det skal fremgå tydeligt af vejledningen, at det er op til den enkelte transperson, at beslutte, hvilke køns- og kropsbekræftende behandlinger vedkommende ønsker, hvornår og i hvilken rækkefølge.

11.0 SEKSUALITET, SEKSUALLIV OG REPRODUKTION

I afsnit 8 i den nye vejledning, lyder det, at: "Udredningen skal i relevant omfang suppleres med fysisk undersøgelse af bryst og kønsorganer, ligesom relevante fysiske og psykosociale forhold vedr. den pågældendes seksualitet og seksualliv skal være afdækket og evt. fremtidige reproduktive ønsker skal være drøftet." (s. 8). Vi finder en udgranskning af seksualitet og seksualliv fuldstændig irrelevant i denne sammenhæng. Det er udelukkende relevant, at den



behandlingsansvarlige læge beskriver de konsekvenser, som indgrebet vil have på organernes funktioner – herunder de seksuelle – men derudover må det være op til den enkelte transperson selv at tage stilling til, om operationen vil have konsekvenser for måden, personen bruger sine nedre dele på. Det skal fremgå tydeligt af vejledningen, at den pågældende ikke skal udspørges om sin seksuelle praksis eller seksualitet.

Derudover virker det som om, at det i vejledningen antydes, at en persons seksualitet siger noget om en persons seksuelle praksis og om, hvordan vedkommende bruger sine nedre og øvre dele, hvilket ikke er tilfældet, hvorfor det ikke giver mening at spørge ind til seksualitet.

Senere i samme afsnit lyder det, at eventuelle fremtidige reproduktive ønsker skal være drøftet. Det skal fremgå tydeligt af vejledningen, at den enkelte transperson skal oplyses om, hvilke konsekvenser kirurgi vil have for reproduktionsmuligheder, og det skal ligeledes indskrives i vejledningen, at transpersonen skal oplyses om reproduktive rettigheder og efterfølgende muligheder for reproduktion.

12.0 BØRN OG UNGE

Børn og unge transpersoner og/eller børn og unge, der udforsker deres kønsidentitet og kønsudtryk skal tilbydes en relevant hjælp i det offentlige sundhedssystem. Overordnet set mener vi, at børn og unge skal have de samme muligheder for vejledning, behandling og terapi som voksne transpersoner. Dette afsnit er med for at understrege, at der er bestemte forhold, der skal tages særlige hensyn til, når det drejer sig om børn og unge.

For det første mener vi, at afsnittet langt fra er godt nok gennemarbejdet i nærværende udkast, og vi mener også, det er et område, hvor vi både nationalt og internationalt vil se store forandringer i den nærmeste fremtid.

Vi anbefaler derfor, at der laves en separat vejledning om muligheder for køns- og kropsbekræftende behandling for transpersoner under 18 år.

Dette vil gøre det muligt at revidere vejledningen for børn og unge oftere, uden samtidig at skulle revidere vejledningen for transpersoner over 18 år.



Derudover finder vi det helt centralt, at det prioriteres og sikres, at transpersoner kan tilbydes relevant behandling så tidligt som muligt, da dette i mange tilfælde mindsker mistrivsel og fører til gode medicinske og kirurgiske behandlingsresultater.

Vi anbefaler derfor, at det skal være muligt at starte på stophormoner **FØR** barnet eller den unge går i puberteten. Det skal bero på en individuel vurdering, fx i forhold til Tanner stadie 2, og der skal ikke være noget nedre alderskrav.

Dette stemmer overens med WPATH's seneste anbefalinger til behandling af transkønnede børn og unge (WPATH 2012: 10-21).

Behandlingen af børn og unge transpersoner skal foregå på en respektfuld måde, således at der i behandlingsforløbet tages højde for, at ikke alle har en binær kønsidentitet, og at det varierer fra person til person, hvilke medicinske og kirurgiske behandlingsmuligheder, der er relevante. I behandlingen skal barnet eller den unge støttes i de ønsker og behov som vedkommende har. Der bør tages udgangspunkt i det enkelte barn eller unges livssituation og behov (WPATH 2012: 10-21). Herved tages der også højde for børns ret til medbestemmelse i en hver alder og særligt ved 12. år, jf. børnekonventionen og børneloven.

Hvis barnet eller den unge ikke har forældre, der kan eller vil støtte op om barnets eller den unges kønsidentitet, skal der være mulighed for, at en anden myndig person tæt på vedkommende kan inddrages i behandlingsforløbet, hvis dette er nødvendigt. Ydermere skal det være muligt at modtage behandling flere steder i landet, så alle børn og unge uagtet social og økonomisk status har mulighed for at få adgang til nødvendig behandling.

Vi anbefaler, at det skal være muligt for transpersoner under 18 år at have en bisidder med til samtaler under udrednings- og behandlingsforløb.

Men vi vil gerne igen understrege, at vi ikke mener, det nuværende udkast er brugbart til brug for transpersoner under 18 år. Vi opfordrer derfor kraftigt til, at Sundhedsstyrelsen opprioriterer arbejdet med en vejledning for transpersoner under 18 år.



13.0 TILBUD OM RÅDGIVNING OG STØTTENDE SAMTALER

Transpersoner er særligt udsatte for mistrivsel, social isolation og diskrimination i samfundet. I rapporten "LGBT-sundhed – Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner" (Johansen et. al. 2015) påpeges det, at transpersoner mistrives når det gælder visse psykosociale problemstillinger. Fx svarer en markant andel af transpersoner i undersøgelsen, at de ikke har nogle at snakke med, hvis de har problemer (ibid.).

Vi anbefaler derfor, at transpersoner skal kunne tilbydes kvalificeret og støttende terapi. Behandlingen skal have til formål at støtte den berørte transperson i, hvad end denne måtte have behov for. At være transperson i et cisnormativt⁴ og transfobisk samfund kræver for mange transpersoner redskaber til at håndtere mødet med andre mennesker. Derudover er det vigtigt af have adgang til et terapeutisk rum, der kan fungere som et trygt rum. Derfor anbefales det, at terapeutiske og rådgivende tilbud afkobles fuldstændigt fra den medicinske og/eller den kirurgiske behandling.

I dag fungerer det sådan, at både udredning, behandling og terapi finder sted det samme sted, og i den nye vejledning lægges der op til, at dette fortsat skal foregå samlet på en såkaldt kønsidentitetsklinik. Dette er uhensigtsmæssigt, da der på den måde er gatekeeper/adgangsgivende funktion for køns- og kropsbekræftende behandling og terapi på samme sted. Der kan ikke oprettes et reelt terapeutisk og trygt rum på et sted, hvor der samtidig foretages vurderinger af personen med henblik på at give adgang til køns- og kropsbekræftende behandling. Beslutninger som altså har store konsekvenser for vedkommendes liv.

Vi anbefaler derfor, at der skabes psykoterapeutiske forløb til transpersoner, som er fuldstændigt afkoblet fra den medicinske og/eller kirurgiske behandling. Det skal fremgå tydeligt i vejledningen, at sundhedspersonalet **IKKE** skal rådgive transpersoner og/eller tilbyde støttende samtaler.

⁴ Når noget er cisnormativt bygger det på antagelser og forventninger om, at alle er ciskønnede – dvs. identificerer sig med det køn de blev tildelt ved fødslen – og heteroseksuelle, at der kun findes to køn, og at de kan kategoriseres binært og dikotomisk. Cisnormer er gennemgående på alle niveauer i samfundet og er institutionaliserede i form af fx tokønnede cpr-numre, tokønnet opdeling af toiletter, omklædningsrum og aktiviteter i skoler og identifikationskrav i lufthavne, biblioteker, arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner mm.



Psykoterapi skal udbydes af terapeuter med viden og erfaring på området, og bør medtænkes uanset, hvordan vejledningen kommer til at se ud.

14.0 KVALITETSSIKRING OG VIDEREUDDANNELSE AF SUNDHEDSPERSONALE

I afsnit 4.1 formuleres det, at: "Både det samlede team og de deltagende sundhedspersoner skal opbygge og vedligeholde særlige kompetencer." Vi vil gerne have det præciseret nærmere, hvilke særlige kompetencer, der er tale om. Det bør ligeledes fremgå, at der som minimum skal arbejdes i henhold til SOC7.

På side 8 står der: "De kirurgiske indgreb, der tilbydes, herunder deres type, omfang, rækkefølge, kombination m.v., skal følge etableret faglig praksis samt nationale og internationale faglige retningslinjer m.v. Ved anvendelse af nye behandlingsprincipper skal der sikres relevant og systematisk erfaringsopsamling og kvalitetssikring". Vi har meget svært ved at forestille os, hvordan det skal kunne lade sig gøre i praksis. Vejledningen lægger umiddelbart op til, at det er de samme kirurger som hidtil har behandlet transpersoner, som fortsat skal udføre operationerne i fremtiden, til trods for, at hverken internationale retningslinjer eller standarder er blevet fulgt tidligere, og til trods for, at der har været sager med meget ringe udførte operationer med store konsekvenser for den enkelte.

Som nævnt i afsnittet om MTD undrer vi os også over, at der ikke stilles minimumskrav til de læger, der foretager de kirurgiske indgreb. Det burde netop være på dette område, at der fastsættes et krav om et minimum antal af operationer om året, for at sikre kvaliteten af de operationer som transpersoner tilbydes. Det skal derfor fremgå af vejledningen, at hvis kompetent behandling i Danmark ikke kan tilbydes, så henvises der til behandling i udlandet.

Vi finder det nødvendigt, at det præciseres yderligere, hvordan man kan kvalitetssikre den køns- og kropsbekræftende behandling i Danmark, og vi finder det helt centralt, at dette sker i henhold til overholdelse af internationale retningslinjer som SOC7, hvilket også skal fremgå tydeligt i vejledningen.



15.0 INFORMERET SAMTYKKE

Overordnet set skal behandling af transpersoner bero på princippet om informeret samtykke. Mødet med sundhedssystemet skal ske ud fra præmissen om, at transpersoner, der søger køns- og kropsbekræftende behandling, såvel som andre patientgrupper i sundhedssystemet, er kompetente mennesker, som er eksperter i eget liv. Den umyndiggørende behandling, som, jævnfør forskellige nationale undersøgelser (se fx Johansen et. al. 2015; Amnesty 2016), har fundet sted på området gennem en årrække, skal stoppe. Transpersoner skal have adgang til den køns- og kropsbekræftende behandling, som de har behov for, og det skal være muligt at modtage behandling som passer lige præcis til den enkeltes behov. De standardiserede udrednings- og behandlingsforløb, som finder sted i dag og som fortsat beskrives i den nye vejledning, skal udskiftes med individuelle forløb, til gavn for den enkelte transpersons trivsel og sundhedstilstand.

Vi anbefaler, at adgang til køns- og kropsbekræftende behandling skal ske gennem informeret samtykke.

Dette kan praktisk foregå ved, at den enkelte transperson møder op til en samtale hos den sundhedsprofessionelle, der varetager behandling på det specifikke område. Forud for samtalen får patienten tilsendt fyldestgørende information om den ønskede medicinske behandling og/eller kirurgiske indgreb. Til samtalen med den sundhedsprofessionelle skal der være mulighed for at stille spørgsmål til behandlingen, og den enkelte transperson afgiver her sit skriftlige informerede samtykke til den beskrevne behandling. Herefter kan vedkommende starte i behandling eller blive skrevet på en venteliste, hvis der skulle forefindes sådan én til den ønskede behandling. Principperne om informeret samtykke vil hermed være i overensstemmelse med Sundhedslovens §15, som det er tilfældet for andre patientgrupper.

16.0 OPSUMMERING OG OVERORDNEDE ANBEFALINGER

Nærværende dokument er Rådgivning for transpersoners høringsvar, input og anbefalinger til Sundhedsstyrelsens arbejde med revisionen af "vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling". I det følgende vil vi opsummere vores overordnede anbefalinger til at arbejde transinkluderende og anerkendende i



sundhedsvæsenet, for derefter kort at opsummere vores overordnede anbefalinger til vejledningen.

16.1 Transinkluderende praksis i sundhedsvæsenet

Følgende anbefalinger er skrevet på baggrund af vores erfaringer med at rådgive transpersoner, udvikle trivsels- og sundhedsfremmende indsatser for transpersoner, samt opkvalificere relevant personale til at arbejde transinkluderende.

Vi anbefaler, at sundhedspersonale:

1. **Undgår** at anvende sygeliggørende sprog, at lave cisnormative og heteronormative antagelser, at kønne personer, hvor de ikke kender pronomener og/eller kønsidentitet (dette gælder også personens partnere, venner, forældre mv.), at fejkønne og anvende forkerte navne og pronomener, at seksualisere eller eksotificere transpersoner.
2. **Ikke antager**, at man kan se/gætte kønsidentitet, eller at kønsidentitet og kønsudtryk er statisk.
3. **Udfordrer** to-kønstænkning.
4. **Støtter** transpersoner ved at spørge (helst forud) om navn og pronomener, bekræfter muligheden for at være transperson, bevidner (og evt. bekræfter) transpersonens oplevelser, imødekommer tvivl og forandring.

17.2 Opsummering af overordnede anbefalinger til den nye vejledning

Vi anbefaler selvfølgelig, at man læser det fulde dokument for at få en fyldestgørende forståelse for vores input og anbefalinger, men her følger en opsummering af vores mest centrale anbefalinger til revideringen af vejledningen:

1. **Vejledningen skal rumme en bred definition af 'transpersoner', således at der skabes adgang til køns- og kropsbekræftende behandling for alle transpersoner, der har behov for dette – inklusive ikkebinære transpersoner.**
2. **Adgang til køns- og kropsbekræftende behandling af transpersoner, skal ske gennem informeret samtykke.**
3. **Udredning forud for adgang til køns- og kropsbekræftende behandling skal afskaffes.**



4. Køns- og kropsbekræftende behandling skal tilbydes forskellige steder i landet af sundhedspersonale med erfaring og ekspertise på det konkrete område, hvor der ønskes behandling. Behandling skal kunne tilbydes uden for de såkaldte kønsidentitetsklinikker og MDT.
5. Det skal være op til den enkelte, hvilke behandlinger, der ønskes og i hvilken rækkefølge de skal udføres.
6. Der skal være mulighed for frit at vælge behandler, at få en 'second opinion' samt at klage over beslutningen om tilbud om behandling, og køns- og kropsbekræftende behandling skal være omfattet af behandlingsgarantien.
7. Psykoterapeutiske forløb og støttende samtaler til transpersoner skal være afkoblet fra den medicinske og/eller kirurgiske behandling.
8. Sundhedspersonale skal arbejde i henhold til internationale retningslinjer, der som minimum opfylder SOC7.

Vi regner med, at I vil tage vores bidrag seriøst og ser frem til at læse den reviderede vejledning. Vi står til rådighed, hvis I har uddybende spørgsmål.

Med venlig hilsen,

Rådgivning for transpersoner



LITTERATUR

- Amnesty International (2014). The state decides who I am: lack of legal gender recognition for transgender people in Europe.
- Amnesty International (2016). Transkønnedes adgang til sundhed i Danmark – En opfølgning på Amnestys rapport fra 2014.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), p. 211–224.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Butler, Judith (1993). *Bodies that matter*. New York: Routledge.
- Butler, Judith (2004). *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- FRA (2014). Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Vienna: FRA–European Union Agency for Fundamental Rights.
- Gransell, L., & Hansen, H. (2009). Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår. Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA).
- Grant, Jaime M., Lisa A. Mottet, Justin Tanis, Jack Harrison, Jody L. Herman, and Mara Keisling. *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.
- Graugaard, C., Giraldi, A. & Frisch, M. (2014). Sundhed og trivsel blandt danske LGBT-personer. I: Månedsskrift for almen praksis, Vol. 9, s. 735-743.
- Halberstam, J. Jack (2005). *In a queer time and place: Transgender bodies, subcultural lives*. New York: New York University Press.
- Johansen, Katrine Bindesbøl Holm, Laursen, Bjarne & Juel, Knud (2015). LGBT-Sundhed. Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Larsson, Sam, John Lilja & Björn Fossum (2008). *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Meyerowitz, Joanne (2004). *How Sex Changed. A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge & London: Harvard University Press.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). *Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes*. *Clinical Endocrinology*
- Ortner, Sherry (1974). Is Female to Male as Nature is to Culture? I: *Woman, Culture and Society*. M. Z. Rosaldo and L. Lamphere (red.). Stanford University Press.
- Simonsen, R. K., Hald, G. M., Giraldi, A. G. E., & Kristensen, E. M. (2015). A sociodemographic study of Danish individuals diagnosed with transsexualism. I: *Sexual Medicine*.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity*. London: Routledge, s. 280-304
- Stryker, Susan, & Whittle, Stephen, red. 2006. *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.
- Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, De Cuypere G, T'Sjoen G. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. (2015). I: *Archives of Sexual Behavior*, Vol. ;44(5), s. 1281-7.
- WPATH (2012): *Standards of care – for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*. World Professional Association for Transgender Health (WPATH).



Desuden må de nævnte vejledninger og lovgivningen forventes, at være kendt af sundhedspersonale.

Informativ omtale af vejledninger og lovgivning kan mere hensigtsmæssigt ske i en informationspiece/vejledning til transkønnede.

Herudover finder Styrelsen for Patientsikkerhed det vigtigt at fastholde, at der gælder de samme krav for behandlingen af transkønnede, som for andre patienter i det offentlige sundhedsvæsen, herunder eksempelvis kravet om informeret samtykke og om indikation som betingelse for behandling.

Indikationen er begrundelsen for påbegyndelse af al udredning og behandling, og der skal foreligge en indikation for behandling efter autorisationslovens § 17.

I kapitel 6 sidste afsnit anføres: ” *Tilbud om behandling forudsætter ikke bestemte diagnoser, men lægefaglige indikationer* som f.eks.

tilstedeværelsen og graden af kønsligt ubehag skal beskrives i journalen ligesom evt. tilstande og lidelser, der kan udgøre kontraindikationer.”

Når diagnosen DF64 ”Kønsidentitetsforstyrrelser” er fjernet fra SKS, uden der er oprettet en anden anvendelig diagnose, og der anvendes

kontaktdiagnoserne DZ768E i stedet, behandles de transkønnede anderledes end andre patienter i sundhedsvæsenet når diagnose og indikation stilles.

Diagnosen og dermed indikationen kan herved blive uklar.

SOC anvender ordet ”kønsdysfori”, som også bør indgå i vejledningen for en præcis beskrivelse, i sær med baggrund i, at diagnosen DF64 er fjernet.

Styrelsen for Patientsikkerhed har noteret sig, at Sundhedsstyrelsen har valgt ikke at fastsætte alderskrav for behandling med ”stophormon” eller kønshormon.

Styrelsen for Patientsikkerhed skal desuden mere specifikt foreslå, at:

- Kapitel 4, 2. afsnit: ”bør” skal ændres til ”skal”.
- De præcise krav til det MDT beskrives ét sted og der henvises hertil. Kravene er spredt. Styrelsen anbefaler, at kravene til den forløbsansvarlige læge bliver beskrevet herunder.
- Titlen på kapitlet ”Rådgivning, udredning og behandling af personer under 18 år” bibeholdes da dette findes langt bedre dækkende end ”Kønsmodificerende behandling hos personer under 18 år”, da rådgivning skal være et stærkt element heraf i behandlingen af unge under 18 år.

Afdelingslæge, MPH, HD

Specialkonsulent

Sundhedsstyrelsen
Danmark
Attn.: Christina Debes Helm

By email: Enhedeub@sst.dk

Berlin, August 01 2017

**Subject: Submission to Public Consultation on a Trans-specific
Healthcare protocol in Denmark (Høring af vejledning om
sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende
behandling)**

Dear Christina Debes Helm,

Hereby we wish to submit our observations and suggestions on behalf of Transgender Europe – TGEU on the consultation on the proposed healthcare protocol concerning trans-related care, as published on 02 June 2017.

TGEU is the leading European human rights umbrella organisation with more than 100 member organisations in 42 states in Europe working for the equality and human rights of all transgender people in Europe. TGEU has been spearheading the paradigm shift of how legal gender recognition is understood and implemented in Europe. Denmark has been pioneering in this field in 2014 with the first fully demedicalised legal gender recognition law in Europe. Denmark took an even braver step in being the first country in Europe to depathologize transgender identities while continuing to provide trans-specific healthcare without classifying it as a disease. This change in the books needs to be followed by changes in practice. Provision of trans-specific healthcare must have an empowerment and decentralised approach at its heart.

However, we have learnt from our members and partners in the country that the already then worrying situation of trans-specific healthcare provision has further deteriorated since 2014. We were thus delighted to learn that a public consultation process including a conference earlier this year looking into international good practice was organised, facilitating a long-over due dialogue between service providers, health authorities and the trans community. TGEU had been very pleased to be invited to the conference to share insights and recommendations on how to reform trans-specific

healthcare to match international human rights standards. On our own costs, TGEU made available additional expertise from Clinic Q (London, UK), a leader in meeting healthcare needs of trans people taking a holistic view.

It is with great regret that the proposed healthcare protocol falls short of providing a care model that is accessible, adequate, based on informed consent and meeting international quality standards. In fact the proposed changes are of cosmetic nature and would not substantially reform the existent system and thus perpetuate monopolism in care provision.

We call upon the Health Authorities to engage in a meaningful dialogue with the people who will be affected by the protocol, namely trans people and organisations representing their interests, in a genuine quest for better healthcare provision for trans people in Denmark. Amnesty International Denmark, Transpolitisk Forum and LGBT Denmark made constructive proposals to this end at the conference. Therefore, we deliver our observations as additions to these and strongly encourage you to continue the development process in close consultation together with trans people in Denmark.

TGEU observations:

In general, a system of trans-specific healthcare should have the following characteristics:

- It is based on informed consent and care provision is based on the individual's needs.
- It is accessible without discrimination in regard to health status, sexual orientation, age or other personal characteristic of the individual.
- It is available in close proximity of the individual seeking treatment.
- Its implementation is regularly monitored by external experts and in close consultation with trans organisations.

1. Involvement of psychiatrists should be excluded from the evaluation and treatment of trans individuals. Mandatory multidisciplinary teams should be dropped in favour of a more flexible and needs-based approach. Trans individuals should not be forced to go through a psychiatric evaluation (screening for personality disorders or psychiatric disorders) in order to access treatment. The main specialist in charge of giving access to treatment should no longer be a psychiatrist. Instead a practitioner who is a specialist in physical health and knows about treatment options should be the leading expert.
2. Training about transgender matters should be introduced to all GPs and in fact ideally, to all health care professionals in the Danish Health care system. GPs should be trained, informed and reminded of their duty to provide services such as hormone replacement treatment as well as related blood works, and aftercare of surgical interventions also to their transgender patients.
3. Practicing gynaecologists should be able to make decisions regarding access to hormone treatment for trans individuals based on their

individual expertise without having to meet unrealistic criteria (e.g. annual case numbers).

4. It should be possible for trans individuals to be referred to a mental health specialist as many trans individuals suffer from anxiety, depression or distress as it can be overwhelming to live in a transphobic society and emotionally difficult to go through a transition. Mental health provision should however be optional and should be provided by psychologists who are not involved in decisions regarding access to treatment.
5. Trans-specific healthcare should be made available also to underage individuals without subjecting them to a mandatory psychiatric screening, let alone having to go through a second psychiatric assessment.
6. Transgender people should have the same guaranties as other groups in the healthcare system, regarding maximum waiting times, quality control, and possibility to choose form of treatment and place of treatment etc.

We look forward to discuss with you how this reform can help trans people to obtain the best care possible and for Denmark to become again a European champion in the provision of trans-specific healthcare.

Sincerely Yours,



Richard Köhler
Transgender Europe
Deputy Executive Director

richard@tgeu.org
+49 177 65 31 518

Transpolitisk Interesseorganisations hørings svar til *Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og kønsmodificerende behandling, udkast 22-05-2017*

Sprogligt

Først og fremmest sætter vi stor pris på det arbejde, der er blevet gjort på at efterkomme nogle af os transkønnedes ønsker i forhold til sprogbrug i det nyeste udkast. Vi er særligt tilfredse med, at begrebet "biologisk køn" er helt fraværende til fordel for det mere korrekte "ved fødslen tildelte køn" eller i tilfælde af faktiske biologiske forhold, direkte benævnelse af de konkrete forhold.

Vi har derfor i forbindelse yderligere nogle bemærkninger til, hvordan vejledningen rent sprogligt kan gøres endnu bedre.

Først og fremmest er der gjort en graverende fejl i overgangen fra brugen af "biologisk køn" til at bruge "tildelt køn". Det er simpelthen en misforståelse af proportioner, at "tildelt køn" bruges til at beskrive kropslige forhold i afsnit 8 om "kønsmodificerende kirurgi hos voksne". Begrebet er udelukkende til for at beskrive et socialt forhold; Altså en social transaktion, der almindeligvis tager sted umiddelbart efter et barns fødsel, deraf ordet tildelt. Det kan ikke bruges som stedfortræder for specifikke biologiske forhold så som udseende eller funktion af kønsorganer, bryststørrelse eller aktuelle androgen- og østrogen forhold i kroppen.

Det er også vigtigt for os at udfordre begrebet "kønsmodificerende behandling". Vi mener at dette er et meget underligt begreb at bruge til at beskrive den medicinske behandling, transpersoner søger, da det lyder som om, at sundhedssystemet står for at ændre transpersoners køn. Hvad et individs køn er, kan udelukkende defineres af individet selv. Det skulle lovændringen omkring juridisk kønsskifte stadfæstet i 2014 gerne have slået fast. Vi mener dette er en farlig og fejltagtig identificering af, hvilken behandling transpersoner søger.

Vi oplever ikke, at vores medlemmer opsøger sundhedssystemet for at få "modificeret" deres køn.

Vi oplever, at vores medlemmers medicinske behov, er at afstemme kroppen med det køn, de identificerer stærkest med. For transkvinder og transmænd handler dette ofte om de gængse synlige og usynlige normer for henholdsvis kvinder og mænd, mens det for ikke-binære ofte handler om at have den krop, der passer til selvopfattelsen af, hvad en normal krop er for det gældende ikke-binære køn. Derfor finder vi det langt mere hensynsfuldt overfor transkønnede patienter at anse den behandling, de søger, som en "kropsnormaliserende behandling".

Her bliver sprog meget vigtigt, fordi hele retorikken om at "skifte køn" eller på anden måde lave "ændringer" på køn, tager transpersoner væk fra ciskønnede patientgrupper, der oplever samme eller lignende behov og problemer som transpersoner.

Når en ciskønnet kvinde oplever gener ved androgen skægvækst, kan hun få konstateret måske f.eks. "hirsutisme", fordi der eksisterer en norm i samfundet om, at kvinder ikke har skæg. Ligeledes eksisterer der normer for hormonniveauer og mange andre kropslige forhold for mænd og kvinder. Falder en ciskønnet kvinde uden for normen, f.eks. ved at have androgen skægvækst eller polycystisk ovariesyndrom, og lider hun tilstrækkelig overlast af dette, kan hun tilbydes medicinsk intervention - f.eks. laserbehandling eller hormontilskud. Det samme gør sig f.eks. gældende for ciskønnede mænd og forhold som f.eks. hypogonadisme. Alt dette for at få disse cispersoners kroppe til at passe bedre ind i normen. Vi ønsker at transpersoners behandling i udgangspunktet skal opfattes på samme vis, der hvor det giver mening. Således transpersoner som oplever gener ved f.eks. ikke-normativ hårvækst, hormoner, osv, gives samme vilkår for udredning og behandling som cispersoner i samme situation.

Udkastet insinuerer også, at transpersoner søger medicinsk behandling pga. en uoverensstemmelse mellem kønsidentitet og deres ved fødslen tildelte køn. Dette er ukorrekt. En transpersons ved fødslen tildelte køn er et historisk faktum, og kan ikke ændres på. Det kan derimod dennes synlige kønstræk. Vi foreslår derfor formuleringen "uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet" ændret til "uoverensstemmelse mellem kønsidentitet og synlige kønstræk" alle de steder, den optræder.

Vi forholder os dertil skeptiske overfor at karakterisere den behandling transpersoner søger som noget der skal "afhjælpe kønsligt ubehag". Det virker som et forsøg på at bevare det sygeliggørende begreb "kønsdysfori" nu oversat til "kønsligt ubehag". Problemet med "kønsdysfori" ligger ikke i ordet selv, men i idéen om, at transpersoners reaktion på egen krop er en sygelig reaktion.

Sidst men ikke mindst, finder vi det suspekt, at den generelle behandlings sigte i indledningen formuleres således "tilsigter ændring af medfødte køns karakteristika". Her kan vi kun forestille os, at "medfødte køns karakteristika" refererer til kønsorganer, da sekundære kønstræk efter vores bedste viden ikke normalvis er til stede ved fødslen, men først udvikles meget senere, i puberteten. Det virker inkonsistent med resten af artiklen, som også nævner mange andre typer indgreb såsom hormonbehandling og indgreb på brystet. Vi slår særligt ned på denne formulering også af frygt for, at transkønnede børns behov bliver glemt. Selvom "tilsigter ændring af køns karakteristika" formentlig er gældende for mange af de behandlingstilbud denne vejledning beskriver, er den ikke komplet dækkende i f.eks. tilfælde, hvor behandlingen tilsigter at forhindre uønsket udvikling af køns karakteristika, som f.eks. stophormoner.

Stigmatisering

Vi er meget glade for, at dette udkast til vejledningen indeholder afsnittet 3.1, "respekt og inddragelse", og særligt henrykte over, at dette afsnit gør det klart, at patienters foretrukne navne og stedord bør respekteres.

Vi er imidlertid bekymrede om, hvorvidt dette kommer til rent faktisk at blive respekteret i praksis. Vores medlemmer oplever, at det er kotume at referere til dem med udgangspunkt i deres tildelte køn i stedet for at respektere deres kønsidentitet, især når det gælder journaler, hvor transmænd betegnes som "biologiske kvinder" og transkvinder betegnes som "biologiske mænd". Dette er for vores medlemmer meget ubehageligt at læse, og gør at de mister tilliden til at deres behandler ønsker at give dem en behandling, der tager udgangspunkt i hjælpe dem med at komme biologisk så tæt som muligt på normen for det køn, de identificerer sig stærkest med. Vi mener det bør indskræpes tydeligere overfor behandlere, at de ikke bør bruge begreber som "biologisk køn", "biologisk mand" eller "biologisk kvinde", men i stedet referere til de konkrete biologiske forhold de tænker på hermed, om dette så gælder udseendet på patientens kønsorganer, deres aktuelle androgen- og østrogenniveauer, kønnede kromosomsammensætninger, eller hvad end behandleren ellers kunne finde på at lægge bag dette vagt defineret begreb "biologisk køn". Hertil undres vi, om det er kotume at notere et "biologisk køn" i ciskønnede patienters journaler, eller om det kan passe, at denne term kun bruges om transkønnede patienter.

Dette er af betydning for patientens velbefindende, og for at de kan stole på, at behandleren har de bedste intentioner, men vi tror også det har en påvirkning på kvaliteten af den behandling, de får. Flere af vores medlemmer har udtrykt bekymring for, at behandlere, der opfatter dem som "biologisk set" deres ved fødslen tildelte køn, er tilbøjelige til at give dem lavere doser af hormontilskud eller hormonblokkere end behandlere, som anerkender deres kønsidentitet. Hvis sådanne forskelsbehandling foregår baseret på om behandlere anerkender en transpersons kønsidentitet eller fortsat ser denne som noget indbildt, er det dybt problematisk. Hvis dette afsnit 3.1 kommer til at stå i den endelige vejledning, håber vi at Sundhedsstyrelsen vil lægge en målrettet indsats i at se til, at det efterleveres i praksis.

Kategorisering af behandlingstilbud

Vi ser det som et vigtigt fremskridt, at der i afsnit 6, Vurdering før kønsmodificerende behandling, fastslås følgende om betingelser: "Det er ikke en betingelse for at modtage kønsmodificerende medicinsk behandling, at den pågældende ønsker efterfølgende kønsmodificerende kirurgi"

Det giver en meget tiltrængt anerkendelse af, at kirurgi på kønsorganerne og øvrige indgreb er forskellige ting, og anerkendelse af, at der ikke findes en "samlet pakke", som alle transpersoner nødvendigvis må forventes at ønske. Men her ser vi også potentiale for forbedring.

Vi har allerede kritiseret begrebet "kønsmodificerende" i den sproglige del, men forholder os ydermere stærkt kritiske overfor den måde, det bliver brugt på i vejledningen til at kategorisere behandling. Vi mener at det er et alt for bredt begreb, og virker til at have til formål at beskrive visse behandlingstilbud til transpersoner som noget særligt, selvom disse oprindeligt er udviklede til ciskønnede patienter.

Her tænker vi igen særligt på hormonbehandling, der ikke udføres anderledes alt efter om det er en transperson eller en cisperson, der modtager injektioner, piller, gel eller plastre. Vi ved godt, at en del af denne kritik går udover denne vejlednings domæne og ind i specialeplanlægningen, men vil alligevel minde om, at vi finder det stærkt kritisabelt og diskriminerende, at visse typer hormonbehandling på transkønnede personer anses som højt specialiseret, mens samme typer hormonbehandling på ciskønnede personer ikke har samme specialiseringsgrad.

Det virker for os indlysende, at behandlere i et sundhedssystem uden institutionaliseret diskrimination, vil gøre deres bedste for at give personer af samme juridiske køn ens muligheder for behandling efter der er taget højde for den enkeltes særlige kropslige forhold. Der kan ikke findes nogen god faglig begrundelse for at forskelsbehandle patienter for behandling af hormoner baseret på om de er transkønnede, da transkøn er en social konstruktion, der ikke har endokrinologisk karakter.

Kravet om det multidisciplinære team bør afskaffes

Vi ser behovet for at have et højt specialiseret multidisciplinært team som et behov, der kommer udelukkende indefra sundhedsvæsenet som modreaktion på fremskridt i transpersoners retslige vilkår i forbindelse med afskaffelsen af kastrationskravet for juridisk kønsskifte. For os at se har de tårnhøje krav til behandlere ingen gavnlig effekt for os transkønnede patienter, men gør til gengæld at mængden af tilbud til transpersoner bliver holdt kunstigt nede, således der er opstået først et landsdækkende monopol i Sexologisk Klinik, RH og senere regionale monopoler i kraft af den store afstand til Sexologisk Center, AU.

Vi ønsker heller ikke, at de forskellige behov transpersoner har skal blandes sammen. Det er særligt vigtigt for os, at vejledning og psykologhjælp foregår uden forbindelse til udredningen, da vi ikke tror på, at en transkønnede patienter kan opbygge den nødvendige tillid for et succesfuldt forløb med en rådgiver eller psykolog som samtidigt rapportere tilbage til folk, som agerer gatekeepers for behandling af somatisk karakter.

Debatindlæg eller faglig vejledning?

Vi opfatter, at dele af udkastet virker mere som et debatindlæg, der prøver at gendrive kritik, I måske forventer at få, end de virker som faglige vejledninger skrevet til behandlere. Dette gælder f.eks. nogle af bemærkningerne omkring fortolkningen af "informeret samtykke". Selvom det er mere interessant som lægfolk at læse en tekst, der virker tilpasset efter vores faglige niveau, finder vi det upassende, at der bruges krudt på at forsvare praksis både

transpersoner, menneskerettighedsorganisationer og folketingspolitikere har rettet kritik imod i stedet for at fokusere på at sikre, at transkønnede patienter inddrages og får den bedste behandling. Det gør vejledningen unødvendig lang og præget af redundans, der tager fokus væk fra behandlingen.

Vi mener især, at gendrivelse som "deltagelse af psykologer eller psykiatere i udredning og behandling betyder ikke, at de mennesker, der søger hjælp, opfattes som psykisk syge" har ingen plads i en sundhedsfaglig vejledning. Sundhedsstyrelsen bør anerkende, at det at være transperson ikke længere figurerer som en personlighedsforstyrrelse. Vi på vegne af Transkønnedes Interesseorganisation mener fortsat, at det er fuldstændigt urimeligt at tvinge transpersoner igennem en psykiatrisk udredning, hvor der ikke er rimeligt belæg for mistanke om psykisk sårbarhed.

Opsummering og anbefalinger

Vi observerer, at på trods af få forbedringer, bevarer udkastet langt de fleste af de problematiske elementer fra tidligere hørte udkast, selvom vi har kritiseret dem igen og igen. Vi vil ikke gå mere i dybden med udkastet, men gentage vores holdninger til udredning og behandling af transpersoner generelt:

- Vi accepterer ikke, at alle transpersoner partout tvinges ind i psykiatriske udredninger uden rimelig grund til mistanke.
- Afskaf de multidisciplinære team og tårnhøje krav til behandlere.
- Transkønnede personer skal have adgang til hormonbehandling og kirurgi på bryst under samme vilkår som ciskønnede personer - vi opfatter det som diskriminerende, at transpersoner har en særlig udredningsvejledning forskellig fra den for cispersoner, når det gælder samme typer kropsnormaliserende behandling.
- Når det gælder særlige indgreb på kønsorganer, som sjældent foretages på ciskønnede personer, bør for transpersoner efterstræbes en tilgængelighed, omsorgsfuldhed og tilfredshedsrate sammenlignelig med andre typer rekonstruktiv kirurgi på kønsorganerne. Der bør for denne type kirurgi (som udføres udelukkende på transpersoner) fastsættes et rimeligt minimum for antal operationer en kirurg bør udføre om året for at være kvalificeret til at udføre behandlingen, og patienter sendes til kompetent behandling i udlandet så længe der ikke er nok efterspørgsel til at opfylde dette krav i Danmark. 0-1 operationer om året er absurd lavt. Mens vi foretrækker afskaffelsen af de interdisciplinære teams, finder vi det, rimeligt, at en kirurg skal udføre minimum 30 indgreb om året af en given type kirurgi på kønsorganerne for at være kvalificeret. Det er også nødvendigt at se på flere udenlandske behandlingssteder, så den aktuelt mangeårige ventetid bringes ned.
- Vi forholder os stærkt kritiske til kravet om, at seksualitet og seksualliv gøres blandes ind i udredningen. Vi ser ikke, at det kommer sundhedspersonale ved, medmindre patienten selv bringer emnerne op.

- Minimumskrav til refleksionstid bør afskaffes.
- Vi anbefaler, at hyre en konsulent med forstand på lingvistik og transinkluderende sprogbrug til at gennemse kommende udkast for at undgå forkert brug af begreber, der har sin oprindelse uden for medicinfaget.