



Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 Hamar

Deres referanse: 08/02251-98
Vår referanse: 2018/185
Dato: 16/08/2023

Høring - rapport om behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens-/kjønnsdysfori

1. Innledning

Vi viser til Helse Sør-Øst sitt høringsbrev av 17. april 2018 angående rapport om behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori.

Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter («NIM») har som hovedoppgave å fremme og beskytte menneskerettighetene i tråd med Grunnloven, menneskerettsloven og den øvrige lovgivning, internasjonale traktater og folkeretten for øvrig, jf. lov om Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter § 1 annet ledd. NIM skal blant annet gi råd til regjeringen og andre offentlige organer om gjennomføringen av menneskerettighetene, jf. loven § 3 første ledd bokstav b. I dette ligger det særlig at NIM skal avgi høringsuttalelser, jf. Innst. 216 L (2014-2015) s. 3.

NIM har følgende bemerkninger til rapporten:

- (i) høringsfristen på fem uker er svært kort;
- (ii) helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori angår grunnleggende menneskerettigheter;
- (iii) hensynet til barnets beste er ikke vurdert; og
- (iv) helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori må styrkes.

2. Kort høringsfrist og lite åpenhet rundt arbeidet

NIM mener at en høringsfrist på fem uker er svært kort og at informasjon om høringen har vært lite tilgjengelig. Spørsmålet om organisering og styrking av helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori reiser sammensatte medisinske og rettslige spørsmål. Området er preget av uenighet blant fagmiljøene, interesseorganisasjoner og pasientorganisasjon.¹ Kompleksiteten gjør at høringsinstansene burde fått mer tid til å komme med sine bemerkninger, og at høringen

¹ Dette kommer blant annet til uttrykk i tilleggskommentarene fra enkelte av arbeidsgruppens medlemmer. Tilleggskommentarene er tilgjengelig her: <https://www.helse-sorost.no/nyheter/behandlingstilbudet-ved-manglende-samsvar-mellom-kjonnidentitet-og-kropp/tilleggskommentarer>

burde blitt gjort bedre kjent. NIM vil oppfordre til større grad av åpenhet i arbeidet med å styrke helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori for å sikre et best mulig beslutningsgrunnlag.

3. Menneskerettslig rammeverk

3.1. Innledning

Arbeidsgruppen avgrensner mot juridiske vurderinger og anser dette tilstrekkelig ivaretatt gjennom rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» fra 2015. Helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens berører en rekke grunnleggende menneskerettigheter, som retten til helse, identitet, privatliv og ikke-diskriminering. NIM mener det er uheldig at dette ikke kommer frem eller vurderes i tilknytning til de ulike forslagene.

3.2. FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

Retten til den høyest oppnåelige helsestandard følger av FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12. Rettigheten gjelder for «enhver», og dermed også for personer med kjønnsinkongruens. ØSK-komiteen understreker i generell kommentar nr. 14 at retten til helse omfatter både psykisk og fysisk helse, men gir ikke som sådan en rett til å være frisk.² ØSK-komiteen fremhever i generell kommentar nr. 22 at retten også inkluderer en rett til seksuell og reprodutiv helse.³ Retten favner vidt, og omfatter også forhold som kan ha en negativ innvirkning på retten til seksuell og reprodutiv helse.⁴ Retten til helse gir en rett til å benytte seg av et mangfold av tilgjengelige helsetjenester som er nødvendige for å realisere den høyest oppnåelige helsestandard. I dette ligger også en rett til forsvarlig helsehjelp og helsehjelp i rett tid.⁵ Slik arbeidsgruppens rapport og «Rett til rett kjønn» beskriver, finnes det helsetjenester som yter kjønnsbekreftende helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens, men helsehjelpen er ikke tilgjengelig for alle som opplever å ha behov for denne typen helsehjelp, og dermed for realisering av retten til helse.⁶

Artikkel 12 pålegger staten en forpliktelse til å sikre, respektere og beskytte retten til helse.⁷ Forpliktelsene er i all hovedsak progressive, slik at staten sett hen til tilgjengelige ressurser kan oppfylle forpliktelsene gradvis. Det er likevel slik at staten etter artikkel 2(2) har en umiddelbar forpliktelse til å garantere at retten til helse utøves uten diskriminering

² E/C.12/2000/4 avsnitt 8.

³ E/C.12/GC/22 avsnitt 1.

⁴ E/C.12/GC/22 avsnitt 7.

⁵ E/C.12/2000/4 avsnitt 9, 11 og 17.

⁶ Helsedirektoratet, *Rett til rett kjønn – Helse til alle kjønn*, IS-0496, 2015.

⁷ E/C.12/2000/4 avsnitt 33.

på grunnlag av blant annet kjønnsidentitet.⁸ Det innebærer at staten må sikre at helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens er tilgjengelig uten noen form for diskriminering på grunnlag av pasienters kjønnsidentitet. Retten til ikke-diskriminering innebærer også at personer skal respekteres for sin kjønnsidentitet og seksuelle orientering.⁹ Staten har videre etter artikkel 2(1) en umiddelbar forpliktelse til å iverksette tiltak for å realisere retten til helse. Kjønnsbekreftende behandling skal bedre den enkeltes psykiske helse.¹⁰ For noen vil hormonbehandling, brystkirurgi og/eller genital kirurgi være nødvendig for en bedre psykisk helse og på den måten nødvendig for realisering av retten til den høyest oppnåelige helsestandard.

3.3. Den europeiske menneskerettskonvensjon

Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) etablerer ingen rett til helsehjelp som sådan, men retten til helse er nært knyttet til andre grunnleggende menneskerettigheter, som retten til privatliv etter Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) har i flere saker angående transpersoners¹¹ rettigheter understreket at en persons kjønnsidentitet er en grunnleggende side ved en persons identitet og beskyttet under retten til respekt for privatliv under artikkel 8.¹² Kjønnsbekreftende helsehjelp, slik som hormonbehandling og brystkirurgi, kan hjelpe individer med å leve et liv i overensstemmelse med egen kjønnsidentitet og til å bli anerkjent av sine omgivelser i overensstemmelse med egen kjønnsidentitet. Tilgang på kjønnsbekreftende behandling berører på den måten den enkeltes privatliv og regnes av EMD som medisinsk nødvendig.¹³ Domstolen har konkludert med at det innebærer et brudd på retten til privatliv å anvende infertilitet som et vilkår for kjønnsbekreftende behandling,¹⁴ og å måtte bevise den medisinske nødvendigheten av kjønnsbekreftende behandling for å få dekket utgifter til slik behandling.¹⁵ Domstolen har videre konkludert med at det er i strid med artikkel 8 å gjøre dekning av utgifter til kjønnsbekreftende behandling betinget av en to års ventetid forut for kjønnsbekreftende behandling uten å ta hensyn til individuelle forhold.¹⁶

⁸ E/C.12/2000/4 avsnitt 30; E/C.12/GC/20 avsnitt 32.

⁹ E/C.12/GC/22 avsnitt 23.

¹⁰ Kim Alexander Tønseth et al., 'Kjønnskorrigerende Kirurgi ved Transseksualisme' (2010) 130 Tidsskrift for den norske legeforening, s. 376.

¹¹ Bufdir definerer begrepet «transperson» som «et paraplybegrep for personer som har et utseende eller identitet som uttrykker et annet kjønn enn det som ble registrert for dem ved fødsel.» Hentet fra: https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/#heading11863

¹² Se blant annet *Christine Goodwin v. Storbritannia* (28957/95); *van Kück v. Tyskland* (35968/97); *Y.Y. v. Tyrkia* (14793/08); *A.P. Garçon and Nicot v. Frankrike* (79885/12, 52471/13 og 52596/13).

¹³ *Schlumpf v. Sveits* (29002/06); *van Kück v. Tyskland* (35968/97).

¹⁴ *Y.Y. v. Tyrkia* (14793/08).

¹⁵ *van Kück v. Tyskland* (35968/97).

¹⁶ *Schlumpf v. Sveits* (29002/06).

Etter artikkel 14 sett i sammenheng med artikkel 8, skal retten til privatliv sikres uten noen form for diskriminering. EMD har gjennom domstolspraksis klargjort at «kjønnsidentitet» faller inn under den åpne listen av karakteristikk det er forbudt å diskriminere på grunnlag av.¹⁷ Det er derfor sentralt etter både EMK og ØSK at retten til privatliv og retten til helse skal sikres uten diskriminering på grunnlag av noens kjønnsidentitet. Det samme følger av likestillings- og diskrimineringsloven § 6.¹⁸

4. Manglende barneperspektiv

4.1. Innledning

NIM savner et grundigere barneperspektiv i rapporten og en vurdering av hvilken betydning forslagene kan ha for barn. Det er slik NIM ser det for eksempel viktig at et forslag om opprettholdelse av dagens funksjonsfordeling bygger på en vurdering av hva et slikt forslag vil ha å si for barna det gjelder. Et sentralisert helsetilbud kan eksempelvis på grunn av lang reisevei og dermed stort skolefravær få følger for barns skolegang.

4.2. Hensynet til barnets beste

Det følger av Grunnloven § 104 at hensynet til barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved «handling og avgjørelser» som vedrører barn. Hensynet til barnets beste følger også av FNs barnekonvensjon artikkel 3. Hva som ligger i hensynet til barnets beste er nærmere konkretisert av FNs barnekomité i generell kommentar nr. 14. Barnekomiteen spesifiserer at forpliktelsen til å vurdere og ta hensyn til barnets beste gjelder ved alle handlinger som direkte eller indirekte vedrører barn enten det er et individuelt barn, barn som gruppe eller barn som sådan.¹⁹ Spørsmålene om organisering og styrking av helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori er handlinger som også vedrører barn, og utløser en plikt til å utrede hensynet til barnets beste. Barnets beste må vurderes og forstås i lys av de særlige forholdene til den enkelte gruppen av barn.²⁰ Det innebærer at barnets beste må vurderes i lys av livssituasjonen til barn med kjønnsinkongruens. Komiteen understreker at hensikten med barnets beste er å sikre rettighetene til barn etter barnekonvensjonen og barns holistiske utvikling.²¹

4.3. Andre relevante bestemmelser etter barnekonvensjonen

¹⁷ *Identoba and Others v. Georgia* (73235/12).

¹⁸ Lov om likestilling og forbud mot diskriminering av 16. juni 2017 nr. 51.

¹⁹ CRC/C/GC/14 avsnitt 17-19.

²⁰ CRC/C/GC/14 avsnitt 32, 48.

²¹ CRC/C/GC/14 avsnitt 82.

En rekke andre bestemmelser under barnekonvensjonen er særlig relevante for spørsmålet om helsetilbudet til barn med kjønnsinkongruens. Etter barnekonvensjonen artikkel 2 er staten forpliktet til å respektere og sikre rettighetene under konvensjonen uten noen form for diskriminering. Barnekomiteen har tolket sekkebestemmelsen «annen status» til å omfatte «kjønnsidentitet».²² Barn har videre en rett til identitet etter artikkel 8. I juridisk teori forstås «kjønnsidentitet» som en del av retten til identitet etter artikkel 8.²³ Bestemmelsen kan forstås som å innebære en rett for barn til nødvendig kjønnsbekreftende behandling, men slik at innholdet i helsehjelpen må fastlegges i lys av retten til helse (artikkel 24) og retten til utvikling (artikkel 6).²⁴ Artikkel 16 om retten til privatliv forstås også i juridisk teori dithen at bestemmelsen i likhet med artikkel 8 etter EMK omfatter den enkeltes kjønnsidentitet.²⁵ Barn har ikke en rett til selvbestemmelse etter artikkel 16, men bestemmelsen setter en skranke for inngrep i barnets rett til privatliv, inkludert kjønnsidentitet. Barn har videre en rett til å bli hørt og til å få sine meninger tillagt vekt etter artikkel 12, og slik delta i avgjørelser om eget liv. Det innebærer at i avgjørelser som vedrører barnets kjønnsidentitet, slik som spørsmål om kjønnsbekreftende helsehjelp, skal barnets mening tillegges behørig vekt.²⁶

Etter artikkel 24 har barn en «rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester». I likhet med forståelsen av «helse» under ØSK, må «helse» etter artikkel 24 forstås bredt og til å omfatte både psykisk og fysisk helse. Det innebærer at kjønnsbekreftende helsehjelp som kan bedre barns helse, må være tilgjengelig. For barn som har behov for pubertetsutsettende behandling, hormonbehandling og/eller brystkirurgi kan denne typen behandling være viktig for å

²² CRC/C/GC/15 avsnitt 8.

²³ Hodgkin og Newell, *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child* (UNICEF, 2007), s. 115; Melinda Jones, 'Adolescent Gender Identity and the Courts', i Michael Freeman (red.), *Children's Health and Children's Rights* (Martinus Nijhoff Publishers, 2006), s. 129; Kirsten Sandberg, 'The Rights of LGBTI Children under the Convention on the Rights of the Child', i Anne Hellum (red.), *Human Rights, Sexual Orientation, and Gender Identity* (Routledge, 2017), s. 67.

²⁴ Anders Sondrup Skjellerudsveen, *Har barnet en rett til rett kjønn: en vurdering av hvorvidt barnet har krav på pubertetsutsettende og feminiserende eller maskuliniserende hormonbehandling ved kjønnsinkongruens*, Mastergradsoppgave, Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo (2015), s. 39. Tilgjengelig her: <http://www.jus.uio.no/ior/forskning/omrader/kvinnerett/publikasjoner/skriftserien/dokumenter/nr-97-anders-sondrup.pdf>

Ifølge professor Kirsten Sandberg kan en slik dynamisk forståelse av retten til identitet ikke utelukkes. Sandberg ser retten til identitet etter artikkel 8 som et argument for at retten til helse under artikkel 24 gir barn en rett til kjønnsbekreftende behandling. Kirsten Sandberg, 'The Rights of LGBTI Children under the Convention on the Rights of the Child', i Anne Hellum (red.), *Human Rights, Sexual Orientation, and Gender Identity* (Routledge, 2017), ss. 68-70.

²⁵ Kirsten Sandberg, 'The Rights of LGBTI Children under the Convention on the Rights of the Child', i Anne Hellum (red.), *Human Rights, Sexual Orientation, and Gender Identity* (Routledge, 2017), s. 68.

²⁶ Kirsten Sandberg, 'The Rights of LGBTI Children under the Convention on the Rights of the Child', i Anne Hellum (red.), *Human Rights, Sexual Orientation, and Gender Identity* (Routledge, 2017), s. 68.

bedre barnets helse og for å sikre at barnets rett til helse realiseres.²⁷ Staten er forpliktet til å sikre retten til helse uten diskriminering.²⁸

5. Helsetilbudet må styrkes gjennom faktiske endringer

5.1. Innledning

NIM er bekymret for at personer med kjønnsinkongruens sin rett til helse ikke ivaretas under dagens praksis, og etterlyser derfor en styrking av helsetilbudet. Vi har uttrykt vår bekymring til FNs barnekomité. NIM har i den forbindelse anbefalt at staten tar grep for å styrke helsetilbudet til barn som opplever å ha en kjønnsidentitet som ikke samsvarer med kjønn de ble tillagt ved fødselen.²⁹ NIM understreker viktigheten av gode prosesser for å avgjøre hvordan helsetilbudet kan styrkes på best mulig måte og viktigheten av at arbeidsprosesser fører til reell endring og styrking av helsetilbudet.

5.2. Arbeidet med å styrke behandlingstilbudet

NIM minner om at arbeidet med å styrke helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens har pågått i mange år uten at det har ført til vesentlige endringer. Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2010 Helsedirektoratet følgende oppdrag: «Helsedirektoratet skal i samarbeid med aktuelle miljøer gjennomgå behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner i Norge».³⁰ Helsedirektoratets rapportutkast ble i 2011 sendt på høring til aktører som under Helsedirektoratets arbeid bidro med innspill til rapporten.³¹ I 2012, etter en vesentlig endring, ble rapporten oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet.³² I likhet med rapporten som nå er på høring, var denne prosessen preget av stor grad av uenighet.³³ På bakgrunn av gjennomgangen av behandlingstilbudet foreslo Helsedirektoratet i 2012 blant annet at «direktoratet i samarbeid med de regionale helseforetak nedsetter en arbeidsgruppe som vurderer om det bør utpekes kliniske fagmiljøer i hvert RHF som bygger opp spesifikk kompetanse til å

²⁷ Kirsten Sandberg, 'The Rights of LGBTI Children under the Convention on the Rights of the Child', i Anne Hellum (red.), *Human Rights, Sexual Orientation, and Gender Identity* (Routledge, 2017), s. 70.

²⁸ Se artikkel 2 og 24.

²⁹ Tilgjengelig her: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/NOR/INT_CRC_IFN_NOR_31143_E.pdf

³⁰ Brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet, 'Gjennomgang av behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner', 1. oktober 2012, ref. 10/5482.

³¹ Helsedirektoratet, 'Behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner i Norge', rapportutkast av 31. oktober 2011.

³² Brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet, 'Gjennomgang av behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner', 1. oktober 2012, ref. 10/5482.

³³ Brev fra Harry Benjamin Ressurscenter til Helse- og omsorgsdepartementet av 28. november 2011; Brev fra Oslo Universitetssykehus til Helsedirektoratet av 30. november 2011; Brev fra Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner til Helse- og omsorgsdepartementet av 5. november 2012

ta seg av pasienter med kjønnsidentitetsforstyrrelser».³⁴ Direktoratet anbefalte videre at det bør tas initiativ for å etablere et tilbud om fornyet vurdering for personer som søker kjønnsbekreftende behandling.³⁵

I desember 2013 nedsatte Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en arbeidsgruppe med blant annet mandat til å «vurdere behovene for og foreslå endringer i dagens pasient- og behandlingstilbud til personer som opplever kjønnsdysfori». Arbeidsgruppen avleverte sin rapport «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn» i april 2015. Rapporten viste store mangler i helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori. Ekspertgruppen konkluderte enstemmig, og basert på en gjennomgang av relevant lovgivning, med at flere personer enn de som har et tilbud gjennom Nasjonal behandlingstjeneste for transeksualisme (NBTS) bør få tilgang til kjønnsbekreftende helsehjelp og har en rett til helsehjelp etter pasientrettighetsloven og menneskerettighetene. Ekspertgruppen delte seg i et flertall og et mindretall når det kom til anbefalingene om hvordan helsetilbudet burde styrkes. Flertallet mente at helsetilbudet må desentraliseres for å sikre et helsetilbud til de som ikke har det under dagens organisering av helsetilbudet. Mindretallet mente at Nasjonal behandlingstjeneste for transeksualisme må styrkes. Ekspertgruppens rapport ble sendt på høring i 2015³⁶ før ny arbeidsgruppe ble nedsatt av de regionale helseforetakene i 2017.

Slik Nasjonal institusjon ser det, viser gjennomgangen at arbeidet med å styrke helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens bærer preg av stadig nye prosesser som ikke fører til reell endring i helsetilbudet, annet enn at Nasjonal behandlingstjeneste for transeksualisme i 2017 ble delt mellom Barne- og ungdomsklinikken og Nevroklinikken på Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.³⁷

5.3. Avsluttende anbefalinger

NIM er bekymret for at arbeidsgruppens rapport ikke gir det nødvendige beslutningsgrunnlaget. NIM anbefaler at de gjennomførte utredningene ses i sammenheng, og at det gjennomføres endringer som styrker helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens og som ivaretar deres grunnleggende menneskerettigheter. NIM anbefaler videre at hensynet til barnets beste i tråd med Grunnloven § 104 og

³⁴ Brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet, 'Gjennomgang av behandlingstilbudet til transeksuelle og transpersoner', 1. oktober 2012, ref. 10/5482, s. 15.

³⁵ Brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet, 'Gjennomgang av behandlingstilbudet til transeksuelle og transpersoner', 1. oktober 2012, ref. 10/5482.

³⁶ Høringssvarene er tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-anbefalinger-fra-ekspertgruppe-om-helsetilbudet-ved-kjonnsdysfori/id2423040/?factbox=horingssvar>

³⁷ <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-behandlingstjeneste-for-transeksualisme>

barnekonvensjonen artikkel 3 tas inn som en integrert og uttrykkelig del av den individuelle vurderingen av hva slags helsehjelp barn med kjønnsinkongruens skal tilbys.

Vennlig hilsen
for Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter

Petter Wille
Direktør

Anniken Sørli
Seniorrådgiver

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har dermed ingen signatur.