
Et forskningsbasert helsetilbud til unge transpersoner krever tillit

DEBATT

KETIL SLAGSTAD

Ketil Slagstad er postdoktor ved Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Berlin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han var ansatt som stipendiat i det medisinhistoriske forskningsprosjektet Biomedicalization from the Inside Out, støttet av Forskningsrådet (nr. 283370), og skrev ph.d.-avhandling om transmedisinens historie.

ANNE KVEIM LIE

Anne Kveim Lie er professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun ledet det medisinhistoriske forskningsprosjektet Biomedicalization from the Inside Out, støttet av Forskningsrådet (nr. 283370).

Det er akutt behov for å samle brukere og behandlere til felles innsats for å bedre helsetilbudet til unge transpersoner.

Flere europeiske land har i senere tid innskrenket medisinsk kjønnsbekreftende behandling til unge transpersoner og kjønnskreative ungdommer. Storbritannia er sist ut etter at en rapport forfattet av Hilary Cass konkluderte med at evidensen for pubertetsutsettende og hormonell kjønnsbekreftende behandling til ungdom er svak [\(1\)](#), tilsvarende konklusjonene i en nylig svensk oppsummering [\(2\)](#). I tråd med britiske og svenske helsemyndigheter har helseforetakene i Norge besluttet at pubertetsutsettende legemiddelbehandling skal defineres som utprøvende og dermed kun gis som ledd i en klinisk studie [\(3\)](#).

Helseforetakenes beslutning reiser komplekse spørsmål som ikke har blitt diskutert, og mulige konsekvenser har ikke blitt tilstrekkelig belyst. Vi ønsker å bidra til en åpnende samtale i et felt som er preget av steile fronter og manglende inkludering av en

marginalisert gruppe i beslutningsprosessene. For det første anlegges svært strenge og snevre krav for hva som skal regnes som etablert behandling. For det andre er det usikkert om frivillig samtykke i en klinisk studie er mulig. For det tredje er det underkommunisert at en klinisk studie ikke alene kan løse de etiske og sosiale spørsmålene kjønnsbekreftende behandling til unge transpersoner reiser.

Utprøvende eller etablert behandling?

Cass finner at pubertetshemming for unge transpersoner har svak støtte i forskningen (1). Men med de samme strenge kravene til evidens, der randomiserte kontrollerte studier er eneste design som gir tilfredsstillende gradering i GRADE-systemet, vil nesten alt vi driver med i medisinen måtte regnes som udokumentert og utprøvende. Gitt så strenge evidenskrav viser systematiske oversikter at mer enn 90 % av all medisinsk behandling mangler evidens (4).

«Gitt så strenge evidenskrav viser systematiske oversikter at mer enn 90 % av all medisinsk behandling mangler evidens»

Vi trenger flere studier av høy kvalitet på effekter av medisinsk behandling til transungdom, men vi må være ærlige om forskningens begrensninger. Randomiserte kontrollerte studier er verken etisk eller praktisk mulig å gjennomføre. Det er åpenbart hvilken behandling man får når hensikten med behandlingen nettopp er å stoppe puberteten eller endre kjønnskarakteristika (5, 6). I beste fall, dersom finansieringen kommer, kan man få til en kohortstudie med kontrollgruppe, men manglende randomisering gjør at man uansett ikke vil kunne trekke sikre slutninger om behandlingseffekt. Spørsmålet reiser seg derfor: *Når* og *hva* slags kunnskap vil være tilstrekkelig for at en behandling skal anses som etablert?

Man skal heller ikke underspille usikkerheten i behandlingen av hver enkelt pasient. Helt uavhengig av hvor gode studier man har, vil ethvert behandlingsmøte *alltid* være et klinisk eksperiment. Det er umulig å forutsi om den enkelte pasient vil profitere på behandlingen gitt gjennomsnittskunnskapen man har fra kliniske studier. Evidensbasert praksis skal derfor også inkludere klinisk erfaring og pasientens preferanser og kunnskap. Dette gjelder all medisinsk behandling – og må også gjelde i dette tilfellet.

Cass finner at psykososiale intervensjoner mangler støtte i forskningen, men anbefaler en tverrfaglig «holistisk tilnærming» blant annet med psykososial støtte og målrettet tilbud til ungdom med nevrodversitet og psykiske lidelser som angst og depresjon (1). Hvorfor skal evidenskravet være høyere for medikamentell behandling enn for psykososiale intervensjoner? Man kan mene at evidenskravet bør være høyere for behandling der fallhøyden er stor, for eksempel risiko for infertilitet etter pubertetsstoppende behandling etterfulgt av kjønnsbekreftende hormonbehandling, men da må man begrunne det.

Er samtykke mulig?

Å gjøre deltagelse i forskning til et kriterium for å få behandling er et alvorlig skritt. Det er uklart hvordan man skal sikre et reelt samtykke når transungdom og deres foreldre som ser at barnet har det vondt, er desperate etter å få hjelp. Vi vet fra historien hvordan en desperat situasjon kombinert med manglende samarbeid med brukergruppen har gjort at folk tilpasser historiene sine (7) eller på ulike måter manipulerer forskningsdesignet for å oppnå behandlingen de ønsker (8). Det vil slå beina under forskningsresultatene.

Behandlingsfeltets manglende uttrykte støtte til unge og voksne transpersoner, i en situasjon der konservative og autoritære krefter har gjort transpersoner og kjønnsidentitet til skyteskive, har gjort at pasientgruppens tillit til behandlingsapparatet er tynnslett (9). Det kommer i tillegg til at ungdommer har hatt opplevelse av å bli presset til å fylle ut spørreskjemaer med svært intime spørsmål da de var til utredning ved den nasjonale behandlingstjenesten (10). Et av spørsmålene var: «Tenker du på dine foreldre når du onanerer?» Spørreskjemaet var etisk godkjent til bruk i et forskningsprosjekt, men ble videreført i flere år etter at prosjektet var avsluttet. Mange forteller at de ikke opplevde at det var frivillig å fylle ut skjemaet. Nå forventer helseforetakene at brukerne skal gi den samme tjenesten den nødvendige tillit for å kunne gjennomføre en studie.

Tillit er avgjørende for evidens

Pubertetsutsettende og hormonell kjønnsbekreftende behandling til ungdom reiser vanskelig etiske og medisinske spørsmål (11–13). Alle bør være enige om at vi trenger flere robuste langtidstudier av pubertetsutsettende og hormonell kjønnsbekreftende behandling til unge. Samtidig er vi bekymret for at de store endringene som nå skjer innen transhelsefeltet, kan være drevet av frykt (14). Gitt politiseringen av diskusjonen er det forståelig at enkelte tolker omleggingen av helsetilbudet til unge transpersoner som vitenskapens seier over aktivismen (15). Men de som har jobbet lenge i feltet, vet at dette ikke bare er et spørsmål om medisinsk behandling. Det er også et spørsmål om anerkjennelse og sosial rettferdighet (16).

«De som har jobbet lenge i feltet, vet at dette ikke bare er et spørsmål om medisinsk behandling. Det er også et spørsmål om anerkjennelse og sosial rettferdighet»

Dessverre har den polariserte diskusjonen, den manglende tilliten og det marginale helsetilbudet medført at kampen for anerkjennelse har blitt redusert til spørsmålet om tilgang til medisinsk behandling. Men en reelt anerkjennende politikk for unge transpersoner og kjønnskreative ungdommer må inkludere åpenhet om hva vi vet og ikke vet om behandling med potensielt inngripende følger. En anerkjennende politikk må skape rom for å snakke om tvil og gi stemme til mange måter å leve som ung transperson også uten medisinsk behandling.

Det er akutt behov for samarbeid mellom brukerorganisasjonene og behandlerne i feltet for å sikre oppslutning om forskning av høy kvalitet. Å skape et evidensbasert helsetilbud til transpersoner krever tillit og samarbeid med dem man ønsker å hjelpe.

REFERENCES

1. Cass H. Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/> Lest 22.5.2024.
2. Statens beredning för medicinsk og social utvärdering. Hormonbehandling vid könsdysfori – barn och unga. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/hormonbehandling-vid-konsdysfori/> Lest 22.5.2024.
3. Interregionalt fagdirektørmøte. Sak 234 - 2023. Kjønnsinkongruens hos barn og unge. 11.12.2023.
4. Howick J, Koletsi D, Ioannidis JPA et al. Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2022; 148: 160–9. [PubMed][CrossRef]
5. Giordano S, Holm S. Is puberty delaying treatment 'experimental treatment'? *Int J Transgender Health* 2020; 21: 113–21. [PubMed][CrossRef]
6. Ashley F, Tordoff DM, Olson-Kennedy J et al. Randomized-controlled trials are methodologically inappropriate in adolescent transgender healthcare. *Int J Transgender Health* 2023; 0: 1–12. [CrossRef]
7. Stone S. *The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto*. I: Epstein J, Straub K, red. *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*. New York, NY: Routledge, 1991: 280–304.
8. Epstein S. *Impure science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley, CA: University of California Press, 1996.
9. Langeland F, Gulli M, Rigtrup-Lindeman B. Likeverdige helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens. https://www.kun.no/uploads/7/2/2/3/72237499/likeverdige_helsehjelp_for_personer_med_kjonninkongruens.pdf Lest 22.5.2024.
10. Dolonen KA. Misbrukte Rikshospitalet et avsluttet forskningsprosjekt i utredning av transpersoner? Sykepleien 13.2.2022. <https://sykepleien.no/2022/02/misbrukte-rikshospitalet-et-avsluttet-forskningsprosjekt-i-utredning-av-transpersoner> Lest 22.5.2024.
11. Sadjadi S. Deep in the Brain: Identity and Authenticity In Pediatric Gender Transition. *Cult Anthropol* 2019; 34: 103–29. [CrossRef]
12. Sadjadi S. The Vulnerable Child Protection Act and Transgender Children's Health. *Transgend Stud Q* 2020; 7: 508–16. [CrossRef]

13. Hädicke M, Föcker M, Romer G et al. Healthcare Professionals' Conflicts When Treating Transgender Youth: Is It Necessary to Prioritize Protection Over Respect? *Camb Q Healthc Ethics* 2022; 32: 1–9. [PubMed]
 14. Butler J. *Who's Afraid of Gender?* New York, NY: Farrar, Straus and Giroux, 2024.
 15. Kamran A. The Cass review: an opportunity to unite behind evidence informed care in gender medicine. *BMJ* 2024; 385: q837.
 16. Wren B. *Epistemic Injustice*. *Lond Rev Books* 2021; 43..
-

Publisert: 27. mai 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0272

Mottatt 14.5.2024, første revisjon innsendt 22.5.2024, godkjent 22.5.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.