

# Transseksualitet og behandling i Norge



## Kommentar og debatt

**Transseksualisme er et kjent fenomen fra historien. En omtrentlig forekomst på en per 12 000 for mann-til-kvinne-transseksuelle og én per 30 000 for kvinne-til-mann-transseksuelle er beregnet i Nederland. Transseksuelle har kromosomoppsetning som tilsvarer fenotypen. Nyere arbeider tyder på at genvariasjoner som påvirker følsomheten for kjønnshormoner i viktige perioder under hjernens utvikling kan henge sammen med transseksualisme.**

**Siden januar 2000 har transseksuelle vært uten tilbud om kjønnsbekreftende korreksjonskirurgi i Norge.**

Transseksualisme er en sjelden kjønnsidentitetsforstyrrelse der somatisk kjønn og psykologisk kjønnsidentitet ikke stemmer overens. Transseksualisme er et spørsmål om identitet og ikke et spørsmål om seksualitet. Transseksualitet er i seg selv ikke en sykdom som kvalifiserer for diagnostikk og behandling. Likevel ser man ofte at transseksuelle opplever det både problematisk og smertefullt ikke å høre til noe sted. Transseksuelle kommer i konflikt både med seg selv og omgivelsene. Den ensomhetsfølelsen som ligger i mangelen på tilhørighet, kan gi opphav til depresjoner og andre diagnostiserbare tilstander innenfor psykiatrien. I den vestlige kulturen regnes transseksualisme som et patologisk fenomen.

I ICD-10 er transseksualisme (F64.0) beskrevet som et sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn. Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen. Et ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å gjøre kroppen mest mulig samsvarende med det foretrukne kjønn, er vanlig.

### Epidemiologi

Transseksualisme som begrep er relativt nytt, og finnes derfor ikke direkte gjennom gransking av historiske kilder (1). Derimot er transseksualisme ikke et nytt fenomen, verken for vår kultur eller vår tid, det har eksistert til alle tider. Humanvitenskapelige studier tyder på at fenomenet har foreligget lenge før det fikk sitt navn. Evidens for transseksualisme kan man finne i greske myter, klassiske historier, i renessansen og i kulturell antropologi.

Transseksualisme forekommer ikke bare i den vestlige kulturen, men også i de fleste kulturer vi kjenner til. Det er gode grunner

---

**Tone Maria Hansen**

*info@lfts.no*

Landsforeningen for transseksuelle  
Postboks 6738 Rodeløkka  
0503 Oslo

---

til å tro at mennesker med et kjønnsidentitetsproblem er et globalt menneskelig fenomen – men meget sjeldent (2).

Prevalensen er beregnet ut fra antall transseksuelle som har diagnosen transseksualisme og som søker en kjønnsbekreftende operasjon. De sikreste tall som foreligger er fra en undersøkelse ved Det frie universitet i Amsterdam fra 1988, med en prevalens frem til 1986 på en per 18 000 for mann-til-kvinne- og en per 54 000 for kvinne-til-mann-transseksuelle (3). I 1992 ble denne undersøkelsen gjentatt for perioden frem til 1993, og man fant da en prevalens på en per 11 900 mann-til-kvinne-transseksuelle og 1 per 30 000 kvinne-til-mann-transseksuelle (4). Studien viser at det er omtrent tre ganger så mange mann-til-kvinne- som kvinne-til-mann-transseksuelle som gjennomgår kjønnsbekreftende korreksjonskirurgi.

### Etiologi

Det er blitt foreslått mange forklaringer på fenomenet transseksualisme, men fortsatt har man ikke funnet noen entydig årsak. Empirisk forskning gir støtte til at det både er medfødt og er ervervet tidlig i barneårene (5). Hormonverdier er nesten alltid normale hos transseksuelle (6). Transseksuelle har normal kromosomoppsetning.

Det er funnet en overveiende kvinnelig hjernestruktur i genetisk mannlige transseksuelle, i en kjerne i *stria terminalis* (7). De fleste som arbeider med transseksuelle pasienter er enig i at biologiske faktorer må ha en betydning for transseksualitet. Det er et faktum at det er umulig å forandre transseksuelle gjennom psykoterapi.

Endokrine faktorer har betydning for hvordan kjønnsidentiteten utvikler seg. I en doktorgrad fra 1999 dokumenteres det at noen variasjoner i gener som har med hjernens kjønnsdifferensering å gjøre, er betydelig vanligere hos transseksuelle (8). Disse variasjonene er forbundet med lavere cellulær følsomhet for det mannlige kjønnshormonet testosteron, og kan kanskje forklare utviklingen av transseksualisme. Også i en rekke dyreforsøk er det påvist sammenheng mellom kjønnshormoner i fosterlivet og se-

nere kjønnsidentitet. At det finnes en biologisk bakgrunn for transseksualisme, er således overveiende sannsynlig.

### Behandling i Norge

Behandling av transseksuelle i Norge består av psykologisk behandling, hormonell behandling og kjønnsbekreftende korreksjonskirurgi. Den første operasjonen i Norge ble utført i 1962. Omtrent 200 personer har gjennomgått kjønnsbekreftende korreksjonskirurgi i Norge. Siden januar 2000 har man i Norge ikke hatt tilbud om kirurgi.

Det er unormalt høy sykkelighet blant transseksuelle. En av grunnene er mangel-full behandling og et generelt lavt kunnskapsnivå hos dem som har hatt ansvaret for behandlingen. Transseksuelle er i høy grad blitt sykkeliggjort av helsevesenet. En undersøkelse fra Nederland viser til at 24% av mann-til-kvinne- og 19% av kvinne-til-mann-transseksuelle har forsøkt å ta sitt eget liv før de startet behandlingen (9). Transseksuelle er en risikogruppe for selvmord i Norge, og Landsforeningen for transseksuelle (LFTS) har gjort Sosial- og helsedepartementet og Helsetilsynet oppmerksom på at stadig flere transseksuelle blir suicidale uten et behandlingstilbud.

I Norge er det ingen lov som gir rett til kjønnsbekreftende operasjon. Operasjonen gis på medisinsk grunnlag. Transseksuelle oppsøker ofte allmennlege eller psykolog for å få hjelp. Den ønskede prosedyren i Norge er at pasienter med kjønnsidentitetsproblemer skal henvises til psykiater eller psykolog. Det er for ev. å få bekreftet diagnosen transseksualisme og for å få foretatt en differensialdiagnostisk vurdering. Kontraindikasjoner for behandling av transseksualisme er effeminert homoseksualitet, transvestittisme, kompliserte psykoser, psykisk utviklingsforstyrrelse og alvorlig rusmisbruk. Når lege/psykolog er sikre på at det foreligger transseksualisme og ingen kontraindikasjoner, henvises pasienten til psykiater i arbeidsgruppen for transseksuelle ved Rikshospitalet.

Dersom psykiateren bekrefter diagnosen transseksualisme og det ikke foreligger kontraindikasjoner, blir pasienten henvist til endokrinolog ved Rikshospitalet for indremedisinsk undersøkelse. Dermed institueres ev. hormonbehandling. Pasienten må da følges jevnlig opp for å vurdere både somatiske og sosialpsykologiske effekter. Pasienten forventes under hormonbehandlingen å gjennomgå «real-life experience» som innebærer at pasienten må leve åpent som det kjønn pasienten er psykologisk og ønsker å konvertere til. Pasienten bør også søke om skifte av fornavn. For mann-til-kvinne-transseksuelle er det viktig å få fjernet hårvækst i ansiktet med elektrolyse og laser.

Etter ett år med hormonbehandling kan pasienten settes opp til kirurgisk behandling. For kvinne-til-mann transseksuelle innebærer det mastektomi og fjerning av ovarier.

I seanse 2 konstrueres en penis. Det finnes flere teknikker, men ingen som fungerer 100% tilfredsstillende. For mann-til-kvinne-transseksuelle konstrueres en vagina hvor penishuden blir brukt som innvendig bekledding. Det lages klitoris av glans penis med nervetrådene intakt. Det medfører at pasienten kan ha et normalt seksualliv etter operasjonen. De som ønsker det kan få hjelp med implantat i brystene. Pasienter som åpenbart har behov for ytterligere kirurgi for å «passere» som kvinne i samfunnet, får hjelp med reduksjon av hake, adamseple og nese. I Norge tar kjønnsbekreftelsesprosessen minimum 2 ½ år fra pasienten kommer til psykiater ved Rikshospitalet.

Når behandlingen kommer i gang, forhåpentligvis i løpet av inneværende år, skal Rikshospitalet ta i bruk behandlingsmodellen Standard of Care som gir faglige retningslinjer for behandlingen av transseksuelle (10). Standard of Care er en anerkjent behandlingsmodell for mennesker med et kjønnsidentitetsproblem i den vestlige verden. Den skal sikre transseksuelle rett behandling og helsepersonell trygghet og jevnlig oppdatering.

### Behandlingsutfall

De fleste transseksuelle får etter gjennomført behandling økt livskvalitet, bedre psykisk helse og noen opplever for første gang et seksualliv. En norsk undersøkelse fra 1998 viser at omtrent 70% av kvinne-til-mann-transseksuelle ansees som velfungerende etter operasjonen og at 60% av mann-til-kvinne-transseksuelle er det (11). Undersøkelsen viser også at mann-til-kvinne-transseksuelle har flere psykiske belastninger enn kvinne-til-mann-transseksuelle. Dette stemmer godt overens med undersøkelser fra andre land. Undersøkelser fra både Sverige og Nederland viser at 80–90% av transseksuelle postoperativt får et bedre liv. Det er viktig at det gis psykososial oppfølging under og etter behandlingen.

Transseksuelle er avhengige av livslang hormonbehandling som kan medføre effekter på forskjellige biologiske systemer. Androgener ved kjønnsskifte kvinne-til-mann kan medføre økt vekt, akne og hårtap på hodet. Østrogenbehandling ved skifte mann-til-kvinne kan medføre økt risiko for tromboembolisme, hyperprolaktinemi og for forhøyede nivåer av levertransaminaser. Det er derfor viktig at transseksuelle postoperativt går til jevnlig kontroll.

### Helsepolitisk arbeid

Landsforeningen for transseksuelle arbeider helsepolitisk for å få myndighetene til å forstå hvor viktig det er at det reetableres et kirurgisk behandlingstilbud for transseksuelle. Landsforeningen får stadig tilbakemeldinger fra transseksuelle med angst, depresjon og suicidaltanker fordi et slikt behandlingstilbud mangler.

Landsforeningen er meget bekymret over liten forståelse fra de involverte parter om hvor viktig det er at behandlingen kommer i gang så raskt som mulig. Rikshospitalets ledelse ønsker ikke å prioritere denne pasientgruppen. Transseksuelle opplever også at ledelsen stiller transseksuelle pasienter opp mot andre svake grupper (barn, kreftpasienter og hjertesyke). Sosial- og helsedepartementet har så langt vært handlingslammet og har ikke maktet å få behandlingen i gang, selv om det er snakk om meget begrensede økonomiske midler. Daværende statssekretær Lars Erik Flatø lovet i møte med landsforeningen 15. august 2001 at behandlingen vil bli videreført ved Rikshospitalet i løpet av inneværende år. Det har ikke lyktes å få bekreftelse fra Sosial- og helsedepartementet om at det nå arbeides for å få behandlingen i gang.

Helsetilsynet som tilsynsmyndighet har også sviktet transseksuelle. Landsforeningen mottok for noen uker siden brev fra Helsetilsynet om at behandlingsansvaret er avklart og at saken er avsluttet fra deres side. Brevet viser tydelig hvor dårlig informert og lite interessert Helsetilsynet er i denne saken.

Vi har i Norge leger med kompetanse, forståelse og interesse for å gi transseksuelle psykiatrisk, hormonell og kirurgisk behandling. De er like forvilett over den rådende situasjonen som Landsforeningen for transseksuelle og støtter vårt arbeid for å få behandlingen reetablert.

### Litteratur

1. Green R. Mythological, historical and cross cultural aspects of transsexualism. I: Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1999.
2. Landeèn M. Epidemiology, phenomenology, regret after surgery, aetiology, and public attitudes. Göteborg: Parajett, 1999.
3. Eklund PLE, Gooren LJG, Bezemer PD. Prevalence of transsexualism in the Netherlands. Br J Psychiatry 1988; 152: 632–40.
4. Bakker A, van Kesteren P, Gooren LJG, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in Netherlands. Acta Psychiatr Scand 1993; 87: 237–8.
5. Zucker KJ, Green R. Psychological and familial aspects of gender identity. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1993; 2: 513–42.
6. Beemer BR. Gender dysphoria update. Journal of Psychosocial Nursing 1996; 34, nr. 4: 12–9.
7. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85: 2034–41.
8. Landeèn M. Epidemiology, phenomenology, regret after surgery, aetiology, and public attitudes. Göteborg: Göteborgs Universitet, 1999.
9. Kuiper B, Cohen-Kettenis P. Sex reassignment surgery, a study of 141 Dutch transsexuals. Arch Behav 1988; 17: 439–57.
10. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Standards of care. www.hbigda.org (20.9.2001).
11. Haugeland-Hersoug RM. En studie av psykososiale bakgrunnsvariabler hos transseksuelle. Oslo: Universitetet i Oslo, 1998.