Innholdsfortegnelse

Kunnskapsgrunnlag for Behandling av Unge Transpersoner 3
1. Introduksjon: Definisjoner og Kontekst for Behandling av Unge Transpersoner 3
1.1 Kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori hos barn og unge 3
1.2 Aldersavgrensning og utviklingsstadier relevant for behandling 4
2. Behandlingsmodaliteter for Unge Transpersoner 4
2.1 Psykososial støtte, utredning og psykisk helse 4
2.2 Sosial transisjon 5
2.3 Medisinsk intervensjon: Pubertetsutsettende behandling (pubertetsblokkere) 6
2.4 Medisinsk intervensjon: Kjønnsbekreftende hormonbehandling (KBH) 7
2.5 Kirurgisk behandling (relevans og aldersgrenser for unge) 8
2.6 Andre støttetiltak 9
3. Nasjonalt Rammeverk og Helsetjenestetilbud i Norge 11
3.1 Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for kjønnsinkongruens 11
3.2 Organisering av tjenester: Nasjonal behandlingstjeneste (NBTK), Regionale sentre (RSKi), og andre aktører 11
3.3 Brukererfaringer og perspektiver fra brukerorganisasjoner (f.eks. PKI, FRI, HBRS) 13
4. Juridiske og Etiske Aspekter ved Behandling av Mindreårige i Norge 15
4.1 Pasient- og brukerrettigheter: Informasjon, medvirkning og samtykke 15
4.2 Lov om endring av juridisk kjønn for barn og unge 16
4.3 Prinsippet om "barnets beste" og kravet til forsvarlig helsehjelp 17
4.4 Diskrimineringsvern knyttet til kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 18
5. Internasjonal Forskning, Retningslinjer og Debatter 19
5.1 Evidensgrunnlag for medisinske intervensjoner: Systematiske oversikter og metaanalyser 19
Pubertetsblokkere: 19
Kjønnsbekreftende hormoner (KBH): 19
Generelt om evidensgrunnlaget: 20
5.2 Sentrale internasjonale veiledere (f.eks. WPATH SOC-8) og innflytelsesrike rapporter (f.eks. Cass Review) 20
WPATH Standards of Care, Versjon 8 (SOC-8): 20
Cass Review (England): 21
NICE Evidence Review (oktober 2020 – mars 2021) 21
Dutch Protocol (Nederlandsk protokoll): 22
5.3 Debatten om behandlingsmodeller: Kjønnsbekreftende omsorg ("gender-affirming care") versus "watchful waiting"/utforskende terapi 23
Kjønnsbekreftende omsorg (Gender-Affirming Care - GAC): 23
"Watchful Waiting" / Utforskende terapi: 23
5.4 Detransisjon og angrerater: Hva viser forskningen? 24
5.5 Norsk kunnskapsstatus og utfordringer knyttet til evidens 27
6. Psykososial Helse og Støttesystemers Betydning 28
6.1 Psykiske helseutfordringer hos unge transpersoner: Prevalens og risikofaktorer 28
6.2 Kvantitative bruker- og pasientrapporterte data 29
6.3 Viktigheten av familieaksept og støtte 30
6.4 Rollen til et støttende skolemiljø og likepersonarbeid 31
7. Syntese, Utfordringer og Anbefalinger 32
7.1 Oppsummering av det sentrale kunnskapsgrunnlaget 32
7.2 Identifiserte utfordringer og kunnskapshull 32
7.3 Anbefalinger for videre arbeid 33

Referanser 34
Om denne rapporten 39

Kunnskapsgrunnlag for Behandling av Unge Transpersoner

1. Introduksjon: Definisjoner og Kontekst for Behandling av Unge Transpersoner

1.1 Kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori hos barn og unge

Kjønnsinkongruens defineres som en opplevelse av uoverensstemmelse mellom en persons kjønnsidentitet – den indre, personlige følelsen av å være mann, kvinne, begge deler, ingen av delene, eller et annet kjønn – og det kjønnet personen ble tildelt ved fødsel, vanligvis basert på ytre kjønnsorganer.[1] Selv om diagnosen kjønnsinkongruens formelt sett ikke stilles før puberteten har startet, kan selve opplevelsen av inkongruens manifestere seg i ulike aldre, inkludert i småbarnsalder, under eller etter puberteten, og også i voksen alder.[1]

Når denne uoverensstemmelsen fører til betydelig psykologisk ubehag, lidelse eller nedsatt funksjonsevne i sosiale, skolemessige eller andre viktige livsområder, brukes begrepet kjønnsdysfori.[3] Det er viktig å understreke at ikke alle som opplever kjønnsinkongruens, utvikler kjønnsdysfori. Mange lever fullverdige liv med sin kjønnsidentitet uten å oppleve et slikt klinisk signifikant ubehag.

Det er ikke uvanlig at barn viser kjønnsatypisk atferd, for eksempel i valg av leker, aktiviteter eller klesstil, eller at de uttrykker et ønske om å være eller tilhøre et annet kjønn.[8] Slike uttrykk er ofte en del av normal barndomsutforskning og er ikke nødvendigvis ensbetydende med en vedvarende transidentitet. Et *bestående* og intenst ønske om å tilhøre et annet kjønn, som vedvarer over tid og gjennom ulike utviklingsfaser, er imidlertid mindre vanlig og kan være en indikasjon på kjønnsinkongruens.[8]

En sentral utfordring i møte med barn og unge er å skille mellom denne naturlige utforskningen av kjønnsidentitet og -uttrykk, og en mer etablert og vedvarende kjønnsinkongruens som kan utvikle seg til kjønnsdysfori. Mange kilder understreker skillet mellom kjønnsatypisk atferd, som ofte er forbigående, og en stabil, intens kjønnsinkongruens som kan kreve bekreftende tiltak. Dette skillet er avgjørende for å forstå når og hvordan helsevesenet bør intervenere. En feilvurdering på et tidlig tidspunkt kan potensielt føre til unødvendig medikalisering dersom barnet senere identifiserer seg med sitt fødselskjønn, eller omvendt, til forsinket og utilstrekkelig støtte for et barn som har et reelt og vedvarende behov for kjønnsbekreftende tiltak. Dette understreker nødvendigheten av grundige, tverrfaglige og ofte langvarige utredningsprosesser, utført av helsepersonell med spesifikk kompetanse på feltet, for å navigere denne kompleksiteten og unngå både over- og underbehandling.

Helsehjelpen må anerkjenne kjønnsmangfoldet, som inkluderer både binære (mann/kvinne) og ikke-binære kjønnsidentiteter. Individuelle behov for helsehjelp vil variere betydelig.[10] Opplevelsen av ubehag og plager knyttet til kjønnsinkongruens er subjektiv, og helsehjelpen må derfor tilpasses den enkelte.[10]

1.2 Aldersavgrensning og utviklingsstadier relevant for behandling

Behandlingstilbudet for unge transpersoner er tydelig aldersdifferensiert. Utredning og behandling av barn og unge under 18 år håndteres vanligvis i spesialiserte, tverrfaglige team, som for eksempel Teamet for kjønnsidentitetsutredninger av barn og unge (KID-teamet) ved Oslo universitetssykehus (OUS).[8] Etter fylte 18 år overføres ansvaret vanligvis til voksenpsykiatrien eller andre relevante tjenester.[8]

Vurderingskriteriene for behandling er mangefasetterte og tar hensyn til en rekke faktorer utover kronologisk alder. Sentrale elementer i utredningen inkluderer den unges alder, tidspunkt for pubertetsstart (f.eks. Tanner stadium 2 som et kriterium for oppstart med pubertetsblokkere), utvikling av sekundære kjønnskarakteristika som menarke hos jenter eller ufrivillige ereksjoner hos gutter, graden av kroppsdysfori og kjønnsdysfori, eventuelle psykiske vansker (spesielt i forbindelse med puberteten), sosial fungering og samspill med jevnaldrende, erfaringer med mobbing eller følelsen av å være annerledes, samt eventuelle traumeerfaringer.[8]

Puberteten representerer et spesielt kritisk tidsvindu for både intervensjon og beslutningstaking. For det første er fysiologiske tegn på pubertetsstart en forutsetning for å kunne vurdere pubertetsutsettende behandling (pubertetsblokkere).[9] For det andre kan den kroppslige utviklingen som skjer i puberteten, dersom den er uønsket, føre til en betydelig forverring av kjønnsdysfori og psykisk lidelse.[8] Dette kan igjen øke behovet for mer inngripende medisinske behandlinger på et senere tidspunkt for å reversere eller modifisere disse endringene. For det tredje er puberteten en periode hvor identitetsspørsmål generelt intensiveres, og for unge med kjønnsinkongruens kan dette være en spesielt sårbar fase.

Pubertetsblokkere kan tilby en “tenkepause” ved å midlertidig stanse den fysiske pubertetsutviklingen, noe som kan gi den unge mer tid til å utforske sin kjønnsidentitet uten det ekstra stresset knyttet til en kropp som utvikler seg i en uønsket retning.[13] Samtidig er det viktig å anerkjenne at kunnskapsgrunnlaget for langtidseffektene av pubertetsblokkere fortsatt er beheftet med usikkerhet, spesielt når det gjelder benhelse, fertilitet og kognitiv utvikling.[3] Dette understreker behovet for tidlig identifisering av unge som potensielt kan ha nytte av pubertetsutsettelse, men også viktigheten av grundige, individuelle vurderinger hvor fordeler veies mot potensiell risiko og usikkerhet. Behandlingstilnærmingen er derfor dynamisk og tilpasses barnets, ungdommens eller den voksnes spesifikke situasjon og behov.[12]

2. Behandlingsmodaliteter for Unge Transpersoner

Behandlingen av unge transpersoner er mangefasettert og individualisert, og kan omfatte en rekke ulike tiltak. Disse kan grovt deles inn i psykososial støtte, sosial transisjon, medisinske intervensjoner (pubertetsutsettende behandling og kjønnsbekreftende hormonbehandling), kirurgisk behandling (primært aktuelt etter fylte 18 år), og andre støttetiltak.

2.1 Psykososial støtte, utredning og psykisk helse

Psykososial støtte utgjør en fundamental del av helsetilbudet til unge transpersoner. Dette omfatter et bredt spekter av tiltak, inkludert individuelle samtaler, rådgivning og terapi rettet mot å utforske kjønnsidentitet, håndtere kjønnsdysfori og redusere eventuell psykisk uhelse.9 Sexologisk rådgivning

kan også være en del av tilbudet, samt støtte og veiledning til foreldre, foresatte og andre pårørende, som ofte selv har behov for informasjon og bearbeiding.[9]

Utredningsprosessen, slik den for eksempel gjennomføres av KID-teamet ved OUS, har som mål å avklare graden av kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Dette innebærer grundige samtaler, bruk av semistrukturerte intervjuer og selvutfyllingsskjemaer.[9] En viktig del av utredningen er også å identifisere eventuelle andre biologiske, psykologiske eller sosiale utfordringer som den unge måtte ha, inkludert psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser eller traumer.[9] Det foretas en vurdering av om den unge har tilstrekkelig psykisk stabilitet til å gjennomgå det som kan være en krevende utredningsprosess.[8] Mange unge transpersoner har behov for, og mottar, psykisk helsehjelp parallelt med utredningen for kjønnsinkongruens.[8] En biopsykososial tilnærming, som ser hele mennesket i sin fysiske, psykiske, seksuelle og sosiale kontekst, er avgjørende.[17]

Det er veldokumentert at unge transpersoner har en betydelig høyere forekomst av psykiske helseutfordringer sammenlignet med sine cis-kjønnede jevnaldrende. Dette inkluderer økt risiko for depresjon, angstlidelser, selvskading og selvmordstanker og -forsøk.[14] For eksempel rapporterer Anne Wæhre ved Rikshospitalet at over to tredjedeler av transpersonene som henvises dit, har alvorlige psykiske plager som krever oppfølging.[14]

Den høye prevalensen av psykisk uhelse blant unge transpersoner kan i stor grad tilskrives minoritetsstress. Dette begrepet refererer til de ekstra stressbelastningene individer fra marginaliserte grupper utsettes for, som følge av stigma, diskriminering, fordommer, mobbing, vold og mangel på sosial aksept og støtte.[6] Internaliserte negative holdninger om egen kjønnsidentitet (internalisert transfobi) kan også bidra til psykisk lidelse. Manglende sosial og familiær støtte, samt negative erfaringer med helsevesenet og andre offentlige instanser, kan forsterke disse utfordringene.[6] Forskning tyder på at kjønnsbekreftende omsorg, som inkluderer psykososial affirmasjon og validering av den unges kjønnsidentitet, er assosiert med bedret psykisk helse og redusert forekomst av depresjon og angst.[6]

Dette innebærer at psykososial støtte ikke bare bør fokusere på å diagnostisere kjønnsinkongruens, men også på å bygge resiliens hos den unge, hjelpe dem med å håndtere minoritetsstress, og styrke deres selvfølelse og identitet. En affirmasjonsbasert tilnærming [25], som anerkjenner og validerer den unges opplevelse av sitt kjønn, er sentral i denne sammenhengen. Dette perspektivet utfordrer tidligere modeller som primært har sett på psykisk uhelse som en kontraindikasjon for videre kjønnsbekreftende behandling. I stedet peker det mot behovet for integrert behandling hvor psykisk helse og kjønnsidentitetsutforskning adresseres parallelt og på en støttende måte.

2.2 Sosial transisjon

Sosial transisjon refererer til prosessen hvor en person begynner å leve i tråd med sin kjønnsidentitet i sosiale sammenhenger. Dette kan innebære en rekke endringer, som å ta i bruk et nytt navn og nye pronomen som samsvarer med kjønnsidentiteten, endre klesstil, hårfrisyre og andre aspekter ved ytre fremtoning for å uttrykke sitt kjønn.[13] Slike sosiale tiltak er i utgangspunktet reversible, noe som betyr at de kan endres tilbake dersom personens forståelse av sin kjønnsidentitet skulle endre seg.[13]

Før en eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten for medisinsk utredning, oppfordres det ofte til en periode med utforskning av kjønnsidentitet, kropp og seksualitet. Dette kan inkludere “coming out”-prosessen overfor familie, venner og skole, samt det som kalles sosial realitetserfaring i opplevd kjønn (SRLE), hvor den unge får erfaring med å leve som sitt identifiserte kjønn i hverdagen.[9]

Sosial transisjon kan for noen unge transpersoner være en viktig intervensjon i seg selv, både diagnostisk og terapeutisk. Å få anerkjennelse for sin kjønnsidentitet og leve i tråd med den kan redusere kjønnsdysfori og gi verdifull innsikt og erfaring.[9] Samtidig er det viktig å tilnærme seg sosial transisjon med forsiktighet og individualisering, spesielt for yngre, prepubertale barn. Cass-rapporten fra England advarer mot full sosial transisjon hos små barn, med henvisning til at det kan påvirke barnets utviklingsforløp på måter som ennå ikke er fullt ut forstått.[37] Forskningen på effekten av sosial transisjon på psykisk helse hos barn er ikke entydig; noen studier indikerer at sosial affirmasjon er viktig og kan bidra til at barnets psykiske helse er på linje med jevnaldrende cis-barn, mens andre studier ikke finner en like klar sammenheng for alle barn.[34]

En for tidlig eller presset sosial transisjon kan potensielt sementere en identitet som ellers kunne ha utviklet seg annerledes, eller skape unødvendig stress dersom barnet senere endrer sin oppfatning av egen kjønnsidentitet. Omvendt kan mangel på støtte til sosial transisjon, der dette er et sterkt og vedvarende ønske fra barnet, forverre kjønnsdysfori og psykisk lidelse. Dette krever en balansert tilnærming hvor barnets ønsker, alder og modenhet veies tungt, samtidig som man anerkjenner utviklingsaspekter og unngår å "låse" barnet i en bestemt identitet for tidlig. Grundig veiledning og støtte til foreldre er kritisk i denne prosessen, slik at de kan hjelpe barnet sitt på en måte som er både støttende og reflektert.

2.3 Medisinsk intervensjon: Pubertetsutsettende behandling (pubertetsblokkere)

Pubertetsutsettende behandling, ofte kalt pubertetsblokkere (GnRH-analoger), er en medisinsk intervensjon som har som formål å midlertidig stanse den kroppslige pubertetsutviklingen. For personer tildelt jentekjønn ved fødsel innebærer dette å unngå eller minimere brystutvikling og menstruasjon. For personer tildelt guttekjønn ved fødsel er målet å unngå eller minimere stemmeforandring (mørkere stemme), økt kropps- og ansiktsbehåring, og vekst av penis og testikler.[8]

Denne behandlingen kan være aktuell for barn og unge under 16 år, men kan kun initieres når det foreligger klare fysiologiske tegn på at puberteten har startet, vanligvis definert som Tanner stadium 2 i pubertetsutviklingen.[9] Det er ingen absolutt nedre aldersgrense for oppstart, men puberteten må være i gang.[9] Behandlingen kan pågå i noen år, hvorpå det tas en beslutning om enten å avslutte all hormonbehandling (og la den naturlige puberteten fortsette) eller å gå videre til kjønnsbekreftende hormonbehandling.[9]

Pubertetsblokkere har tradisjonelt blitt ansett som et medisinsk reversibelt tiltak, forutsatt at internasjonale anbefalinger for oppstart, oppfølging og varighet følges.[13] Dette innebærer at dersom behandlingen avsluttes uten påfølgende kjønnsbekreftende hormoner, vil kroppens egen hormonproduksjon gjenopptas, og pubertetsutviklingen fortsette i tråd med fødselskjønnet. Imidlertid har det de siste årene vært økende debatt og bekymring knyttet til potensielle langtidseffekter og usikkerhet rundt full reversibilitet. Spesielt gjelder dette bekymringer for påvirkning på benmineraltetthet, da puberteten er en kritisk periode for oppbygging av benmasse, samt potensiell påvirkning på fertilitet, spesielt ved direkte overgang til kjønnsbekreftende hormoner uten forutgående fertilitetsbevarende tiltak.[3]

Flere systematiske oversikter og metaanalyser av forskningen på pubertetsblokkere har konkludert med at evidensen for effekter på psykososiale utfall som global funksjon, depresjon og kjønnsdysfori, samt på fysiske utfall som benmineraltetthet, er av "svært lav" kvalitet eller sikkerhet.[3] Det er med andre ord betydelig usikkerhet knyttet til både nytte og potensielle skadevirkninger på lang sikt.[3] En

annen systematisk oversikt konkluderer med at det er mangel på høykvalitetsforskning, selv om behandlingen er effektiv for å undertrykke pubertet. Denne oversikten peker også på inkonsekvent evidens for psykososial helse og mulig negativ påvirkning på benhelse og slutthøyde.[16] Dette har ført til at for eksempel National Health Service (NHS) i England har endret sin praksis og ikke lenger tilbyr pubertetsblokkere rutinemessig for kjønnsdysfori, men primært innenfor rammen av forskningsstudier.[37]

I Norge er det også ulike syn på bruk av pubertetsblokkere. Mens aktører som Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS) i Oslo mener at pubertetsblokkere kan gi en trygg "tenkepause" under tett medisinsk oppfølging, uttrykker Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) ved Rikshospitalet større bekymring for potensielle ukjente bivirkninger.[14]

Denne økende polariseringen rundt bruken av pubertetsblokkere er i stor grad drevet av den nevnte evidensusikkerheten og ulike tolkninger av hva som utgjør "forsvarlig helsehjelp". På den ene siden fremheves potensialet for å forhindre utviklingen av uønskede sekundære kjønnskarakteristika som kan forårsake betydelig lidelse og psykisk stress, og for å gi den unge verdifull tid til videre identitetsutforskning.[8] På den andre siden peker kritikere, inkludert Cass-rapporten og Folkehelseinstituttet (FHI) i Norge, på mangelen på robust langtidsevidens, potensielle fysiske bivirkninger (som påvirkning på benhelse, fertilitet og kognitiv utvikling), og det faktum at en svært høy andel av de som starter på pubertetsblokkere, senere går videre til kjønnsbekreftende hormoner.[37] Dette reiser spørsmål om hvorvidt pubertetsblokkere reelt sett fungerer som en nøytral "pauseknapp" eller om de i praksis setter de unge på et spor mot videre medikalisering.

Den ulike vektingen av potensiell nytte mot potensiell skade, kombinert med ulike terskler for hva som anses som "tilstrekkelig evidens" for å anbefale en behandling, fører til betydelige forskjeller i anbefalinger og praksis, både internasjonalt (f.eks. NHS i England versus WPATH) og nasjonalt (f.eks. HKS versus NBTK). Dette skaper stor usikkerhet for pasienter, familier og klinikere. Det er et presserende behov for mer høykvalitets, langsiktig forskning for å belyse disse spørsmålene bedre. Inntil da vil beslutninger om bruk av pubertetsblokkere måtte baseres på grundige, individuelle og tverrfaglige vurderinger, hvor den unge og foresatte mottar omfattende informasjon om både kjente fordeler, potensielle risikoer og den betydelige vitenskapelige usikkerheten som fortsatt preger feltet.

2.4 Medisinsk intervensjon: Kjønnsbekreftende hormonbehandling (KBH)

Kjønnsbekreftende hormonbehandling (KBH) innebærer administrasjon av hormoner for å fremme utviklingen av sekundære kjønnskarakteristika som er i tråd med personens kjønnsidentitet. For personer som er tildelt jentekjønn ved fødsel og identifiserer seg som gutter eller menn (transmaskuline individer), innebærer dette vanligvis behandling med testosteron. For personer som er tildelt guttekjønn ved fødsel og identifiserer seg som jenter eller kvinner (transfeminine individer), innebærer behandlingen vanligvis østrogen, ofte i kombinasjon med antiandrogener (testosteronblokkere) for å redusere effekten av kroppens eget testosteron.[1]

I Norge kan KBH tilbys fra 16 års alder etter en grundig tverrfaglig utredning og vurdering.[9] For ungdom mellom 16 og 18 år kreves det samtykke fra foresatte for oppstart av behandling som medfører irreversible endringer.[12] Mange velger imidlertid å vente med medisinsk behandling til etter fylte 18 år.[8]

De fysiske endringene som kan forventes ved KBH varierer. Hos transmaskuline individer som bruker testosteron, inkluderer typiske endringer en dypere stemme, forstørrelse av klitoris (variabel grad), økt vekst av ansikts- og kroppsbehåring, opphør av menstruasjon, en viss reduksjon av brystvev (men

sjelden fullstendig fjerning uten kirurgi), økt libido, og en endring i kroppssammensetning med redusert mengde kroppsfett i forhold til muskelmasse.[8] Hos transfeminine individer som bruker østrogen og eventuelt antiandrogener, inkluderer typiske endringer vekst av bryster (variabel grad), reduksjon av libido og færre spontane ereksjoner, nedsatt testikkelstørrelse, og en endring i kroppssammensetning med mer kroppsfett i forhold til muskelmasse.[8]

KBH regnes som et delvis reversibelt tiltak.[13] Noen av de fysiske endringene, som for eksempel stemmeforandring hos transmaskuline eller brystutvikling hos transfeminine, er i stor grad irreversible selv om hormonbehandlingen avsluttes. Andre effekter kan være mer reversible. En av de viktigste potensielle og ofte irreversible konsekvensene av KBH er påvirkning på fertilitet. Behandlingen kan føre til nedsatt eller tapt evne til å få biologiske barn. Derfor anbefales det sterkt å diskutere og vurdere fertilitetsbevarende tiltak, som nedfrysing av eggceller eller sædceller, før oppstart av KBH.[13] Andre potensielle bivirkninger kan inkludere økt risiko for blodpropp (spesielt ved visse typer østrogenbehandling), nedsatt sexlyst, hudproblemer som akne, og påvirkning på humør. For transmaskuline individer er det viktig å være klar over at testosteron kan påvirke et foster, og behandlingen må ikke brukes under graviditet.[13]

Når det gjelder effekten av KBH på psykisk helse, indikerer flere systematiske oversikter og studier at behandlingen kan ha positive effekter, spesielt på kort sikt. Dette inkluderer reduksjon i symptomer på depresjon, angst og selvmordstanker, samt økt tilfredshet med eget utseende og kroppsbilde.[33] En narrativ oversikt peker på at KBH er assosiert med redusert depresjon, angst og selvmordstanker, men bemerker at de fleste studier er tverrsnittsstudier, noe som begrenser muligheten til å vurdere langtidseffekter.[33] Longitudinelle studier, som den av Chen et al., har vist forbedring i utseendekongruens og vedvarende forbedringer i depresjon og angst over en toårsperiode etter oppstart med KBH hos unge.[35] Headspace sitt evidenssammendrag konkluderer også med at KBH er assosiert med økt tilfredshet med kroppsbilde og reduserte psykologiske symptomer.[34] En systematisk oversikt av Taylor et al. fant moderat kvalitetsevidens som tyder på at psykisk helse kan bedres på kort sikt, men understreket mangelen på høykvalitets langtidsevidens for andre utfall, og at de fleste inkluderte studier omhandlet ungdom som hadde mottatt pubertetsblokkere først.[44]

Balansegangen mellom ønsket om tidlig kjønnsbekreftelse for å lindre dysfori og de etiske og medisinske implikasjonene av delvis irreversible intervensjoner hos mindreårige er et sentralt tema. For mange unge med sterk og vedvarende kjønnsdysfori representerer KBH en etterlengtet mulighet til å alignere kroppen med sin identitet, noe som kan ha betydelige positive effekter på psykisk helse og livskvalitet.[33] Samtidig innebærer behandlingen fysiske endringer som er vanskelige eller umulige å reversere fullstendig, og som kan ha langtidskonsekvenser for fertilitet og fysisk helse.[13] Dette reiser komplekse spørsmål om mindreåriges kapasitet til å gi fullt informert samtykke til slike omfattende og livsendrende beslutninger. Det understreker viktigheten av en grundig og langvarig utredningsprosess, individuell modenhetsvurdering, tett involvering av foresatte (med deres samtykke), og omfattende informasjon om både forventede fordeler, potensielle ulemper, kjente risikoer og områder med vitenskapelig usikkerhet. Behovet for å adressere og tilby fertilitetsbevarende tiltak på et tidlig stadium i behandlingsforløpet er også kritisk.[13]

2.5 Kirurgisk behandling (relevans og aldersgrenser for unge)

Kirurgisk kjønnsbekreftende behandling er vanligvis forbeholdt voksne. I Norge er den generelle aldersgrensen for å gjennomføre slik kirurgi 18 år.[8] Kirurgi vurderes som regel først etter at personen har vært på kjønnsbekreftende hormonbehandling i en periode, typisk minimum ett år, og har hatt en stabil psykososial situasjon.[9]

For voksne transpersoner kan kirurgisk behandling inkludere en rekke ulike prosedyrer. Dette kan omfatte fjerning av primære kjønnskarakteristika (som fjerning av eggstokker og livmor hos transmaskuline, eller fjerning av testikler hos transfeminine), konstruksjon av nye kjønnsorganer (neovagina og klitoris for transfeminine, neopenis og testikkelproteser for transmaskuline), og endring av sekundære kjønnskarakteristika, hvorav brystkirurgi er den vanligste.[12] For transmaskuline innebærer dette mastektomi (fjerning av bryster), mens for transfeminine kan det innebære brystaugmentasjon (brystforstørrelse).

Selv om hovedregelen er 18-årsgrense, åpner de norske nasjonale faglige retningslinjene for at det i særskilte tilfeller kan være aktuelt med brystkirurgi (mastektomi) for transmaskuline ungdommer før fylte 18 år.[12] En slik beslutning krever en omfattende tverrfaglig vurdering hvor den unges modenhet, grad av kjønnsdysfori knyttet til brystene, og den generelle psykososiale situasjonen veies tungt. Foreldresamtykke er en forutsetning i slike tilfeller.[12]

Det er viktig å merke seg at det er visse medisinske kriterier som må være oppfylt for å kunne tilbys kirurgi. Pasienter med pågående rusmisbruk eller betydelig overvekt (definert som BMI over 30) tilbys vanligvis ikke kirurgi ved Oslo Universitetssykehus.[8] Videre kreves det at pasienter som røyker eller bruker snus, er nikotinfrie i en periode før operasjonen for å redusere risikoen for komplikasjoner.[8]

Den etiske grensedragningen for kirurgi hos mindreårige, selv om det er sjeldent og primært begrenset til mastektomi for transmaskuline, er kompleks. Unntaket for brystkirurgi før fylte 18 år [12] anerkjenner at brystutvikling for noen unge transmaskuline kan være en kilde til ekstrem og invalidiserende dysfori som i betydelig grad påvirker deres dagligliv, psykiske helse og evne til sosial fungering. Tidlig mastektomi kan i slike tilfeller potensielt forbedre livskvaliteten betydelig og redusere behovet for daglig bruk av brystbinder, som i seg selv kan medføre fysiske plager og helseulemper.[13] Samtidig er mastektomi et irreversibelt kirurgisk inngrep på en mindreårig kropp. Beslutninger om slik kirurgi krever derfor ekstremt grundige, individuelle og tverrfaglige vurderinger hvor barnets stemme, modenhet, grad og varighet av dysfori, samt støttesystemet rundt den unge, veies tungt. Dette illustrerer den krevende avveiningen mellom ønsket om å lindre aktuell lidelse og behovet for å beskytte mindreårige mot irreversible beslutninger som de potensielt kan angre på senere i livet.

2.6 Andre støttetiltak

Utover psykososial støtte og medisinske intervensjoner, finnes det en rekke andre støttetiltak som kan være viktige for unge transpersoner for å lindre kjønnsdysfori, fremme en trygg identitetsutvikling og forbedre livskvaliteten. Disse tiltakene er ofte mindre inngripende og kan være aktuelle uavhengig av om personen ønsker eller er kvalifisert for medisinsk behandling.

Logopedi (stemmetrening): For mange transpersoner er stemmen en viktig del av kjønnsuttrykket. Stemmetrening hos logoped kan hjelpe med å modifisere stemmeleie, intonasjon og talemønster slik at det oppleves mer i tråd med personens kjønnsidentitet.1 Dette kan være spesielt relevant for transfeminine personer som ønsker en lysere stemme, men også transmaskuline personer kan ha nytte av veiledning for å oppnå et mer maskulint stemmeleie, spesielt før eller uavhengig av testosteronbehandling. Logopedbehandling kan være svært effektivt, men krever ofte betydelig egeninnsats.[13] Fastlegen kan henvise til logoped, og utgifter kan i noen tilfeller dekkes.[13]

Hjelpemidler: En rekke hjelpemidler kan bidra til å forme kroppen og uttrykket i tråd med kjønnsidentiteten, og dermed lindre kroppsdysfori. Dette inkluderer:

- **Parykk:** For de som opplever hårtap eller ønsker en annen hårfrisyre for å bekrefte sitt

kjønn.[1]
- **Brystproteser:** For transfeminine personer som ønsker et mer feminint brystparti.[1]
- **Penisprotese ("packer"):** For transmaskuline personer som ønsker å skape en bul i buksene for å oppnå et mer maskulint utseende.[1]
- **Kompresjonsvest ("binder"):** For transmaskuline personer som ønsker å flate ut brystene. Det er viktig med forsvarlig bruk av bindere for å unngå pusteproblemer eller skader på hud og vev.[1] Disse hjelpemidlene kan ha stor betydning for den enkeltes selvfølelse og evne til å navigere sosiale situasjoner.[10]

Hårfjerning: Uønsket hårvekst, spesielt i ansiktet og på kroppen for transfeminine personer, kan være en betydelig kilde til dysfori. Permanent hårfjerning ved hjelp av laserbehandling eller elektrolyse kan derfor være et viktig tiltak.[1] Tilgangen og dekningen for slik behandling kan variere.[1]

Disse ikke-medisinske og mindre inngripende tiltakene spiller en viktig rolle som en integrert og ofte tidlig del av behandlingsforløpet. De kan ha en umiddelbar positiv effekt på kjønnsdysfori og selvfølelse, uten de samme risikoene eller den samme graden av irreversibilitet som medisinske intervensjoner. Slike tiltak kan være spesielt verdifulle i perioder hvor man venter på eller vurderer mer omfattende behandling, eller for personer som av ulike grunner ikke ønsker eller kan motta medisinsk behandling. Tilgang til disse hjelpemidlene og støttetiltakene kan forbedre daglig fungering, redusere sosial angst, og bidra til en tryggere utforskning og uttrykking av kjønnsidentitet. Mangel på tilgang kan derimot forsterke dysfori og opplevelsen av å ikke bli møtt. Det er derfor viktig at disse tiltakene er lett tilgjengelige og anerkjennes som en vesentlig del av en helhetlig kjønnsbekreftende omsorg.

Tabellen under gir en oversikt over de ulike behandlingsmodalitetene som er diskutert.

Tabell 1: Oversikt over Behandlingsmodaliteter for Unge Transpersoner

Type behandling	Målgruppe/Typisk Alder for Oppstart	Formål	Sentrale Kjennetegn/Virkninger	Reversibilitet/Irreversibilitet	Sentrale Kilder
Psykososial støtte	Alle aldre	Utforske kjønnsidentitet, redusere psykisk uhelse, støtte familie	Samtaler, rådgivning, terapi, psykoedukasjon	Ikke relevant (prosessorientert)	9
Sosial transisjon	Alle aldre (med forsiktighet hos yngre barn)	Leve i tråd med kjønnsidentitet, redusere dysfori	Endring av navn, pronomen, klesstil, uttrykk	Reversibelt	9
Pubertetsblokkere (GnRH-analoger)	Tidlig pubertet (Tanner 2), vanligvis før 16 år	Stanse/minimere uønsket pubertetsutvikling, gi "tenkepause"	Stopper produksjon av kjønnshormoner	Ansett som reversibelt, men økende debatt om langtidseffekter (benhelse, fertilitet)	3
Kjønnsbekreftende hormonbehandling (KBH)	Fra ca. 16 år (med foreldresamtykke), oftere etter 18 år	Fremme utvikling av sekundære kjønnskarakteristika i tråd med kjønnsidentitet	Fysiske endringer (stemme, hårvekst, brystutvikling etc.), påvirkning på fertilitet	Delvis reversibelt; mange endringer er permanente	1
Kirurgi (primært brystkirurgi for unge)	Hovedregel 18 år; unntaksvis brystkirurgi (mastektomi) før 18 år etter grundig vurdering og med foreldresamtykke	Fjerne bryster for å redusere dysfori (transmaskuline)	Permanent fjerning av brystvev	Irreversibelt	8
Andre støttetiltak	Alle aldre	Lindre dysfori, fremme trygg identitet, forbedre livskvalitet	Stemmetrening, parykk, proteser (bryst/penis), binder, hårfjerning	Stort sett reversibelt/ikke-invasivt (unntak: permanent hårfjerning)	1

3. Nasjonalt Rammeverk og Helsetjenestetilbud i Norge

Det norske helsevesenets tilbud til unge transpersoner er regulert gjennom nasjonale faglige retningslinjer og organisert gjennom et system som involverer både nasjonale, regionale og lokale aktører. Erfaringene med dette systemet er imidlertid delte, og brukerorganisasjoner har reist betydelig kritikk.

3.1 Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for kjønnsinkongruens

Helsedirektoratet publiserte i 2020 nasjonale faglige retningslinjer for behandling og oppfølging av personer med kjønnsinkongruens.[14] Disse retningslinjene legger flere overordnede prinsipper til grunn for helsehjelpen. Det understrekes at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig, og at den må ivareta pasientens rett til medvirkning og selvbestemmelse. For barn og unge er prinsippet om "barnets beste" et overordnet og styrende hensyn i all behandling og alle beslutninger.[12]

Et sentralt mål i retningslinjene er å etablere et desentralisert, differensiert, koordinert og helhetlig tjenestetilbud. Hjelpen skal i størst mulig grad gis på laveste effektive omsorgsnivå, noe som innebærer en styrking av kompetansen og tilbudet nærmere pasientens bosted.[12] Retningslinjene anerkjenner kjønnsinkongruens som en diagnosekode (ICD-10: F64.0, F64.8, F64.9; ICD-11: HA60, HA61, HA6Z) og understreker behovet for en tverrfaglig tilnærming i både utredning og behandling.[12] Videre peker de på et kontinuerlig behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget om kjønnsinkongruens og heve kompetansen hos helsepersonell på alle nivåer i tjenesten.[46]

Til tross for disse intensjonene har retningslinjene møtt kritikk. Folkehelseinstituttet (FHI) har i høringsuttalelser hevdet at retningslinjene bygger på et for svakt kunnskapsgrunnlag, spesielt når det gjelder evidensen for effekt og sikkerhet av medisinske intervensjoner, og at forsvarligheten ved behandlingen ikke er tilstrekkelig ivaretatt.[41] Det har også blitt påpekt at ulike fagmiljøer tolker retningslinjene forskjellig, noe som kan føre til ulik praksis og tilgang til behandling.[14]

Denne spenningen mellom intensjonene i de nasjonale retningslinjene og den faktiske implementeringen og opplevelsen i helsetjenesten er et gjennomgående tema. Mens retningslinjene [12] fremmer desentralisering, brukermedvirkning og helhetlig, individualisert omsorg, avdekker brukererfaringer og kritikk fra fagmiljøer og brukerorganisasjoner betydelige utfordringer.[14] Problemstillinger som fortsatt sentralisering av høyspesialiserte tjenester, manglende tillit fra brukere til deler av tilbudet, og betydelig variasjon i praksis mellom ulike behandlingssteder, indikerer et gap. Manglende konsensus om evidensgrunnlaget [41] og de resulterende ulike tolkningene av retningslinjene [14] kan være medvirkende årsaker til denne variasjonen. I tillegg kan ressursmangel og kompetanseutfordringer i ulike deler av helsetjenesten spille en rolle. Dette peker på et kontinuerlig behov for evaluering av tjenestetilbudet, målrettet kompetanseheving, og en innsats for å oppnå en mer enhetlig forståelse og implementering av de nasjonale retningslinjene, slik at intensjonene om et likeverdig og tilgjengelig helsetilbud kan realiseres for alle unge transpersoner i Norge.

3.2 Organisering av tjenester: Nasjonal behandlingstjeneste (NBTK), Regionale sentre (RSKi), og andre aktører

Helsetjenestetilbudet til personer med kjønnsinkongruens i Norge er organisert på flere nivåer, med

en nasjonal behandlingstjeneste, regionale sentre, og lokale aktører.

Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) ved Oslo Universitetssykehus (OUS) har hatt det overordnede nasjonale ansvaret for høyspesialisert utredning og behandling av kjønnsinkongruens.[11] For pasienter under 18 år er det **Teamet for kjønnsidentitetsutredninger av barn og unge (KID-teamet)**, som er en del av Barne- og ungdomsklinikken (S-BUP) ved OUS, som har hatt ansvaret.[8] Henvisningsprosessen til KID-teamet har typisk gått fra fastlege til lokal Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for en bredere psykiatrisk utredning, før eventuell videre henvisning til KID-teamet.[11] NBTK har imidlertid vært gjenstand for betydelig og vedvarende kritikk fra brukerorganisasjoner som Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI). Kritikken omfatter påstander om feilkjønning, respektløs omtale av pasienter, krenkende behandling, alvorlige administrative problemer, og manglende oppdatert faglig kunnskap.[30]

Som et ledd i å desentralisere tilbudet og gjøre det mer tilgjengelig, har det blitt etablert **Regionale sentre for kjønnsinkongruens (RSKi)** i alle helseregioner: Helse Nord (Universitetssykehuset Nord-Norge), Helse Midt (St. Olavs hospital), Helse Vest (Helse Bergen), og i Helse Sør-Øst ved Sykehuset i Vestfold og Akershus universitetssykehus (Ahus).[1] Disse sentrene er primært rettet mot pasienter under 23 år. Fra juni 2024 skal også pasienter i Oslo henvises direkte til et regionalt senter (enten Sykehuset i Vestfold eller Ahus, avhengig av sektortilhørighet) i stedet for direkte til NBTK ved OUS.[1] De regionale sentrene skal tilby utredning, psykososial støtte, veiledning, og i noen tilfeller, deler av den medisinske oppfølgingen, ofte i samarbeid med NBTK.[8]

I tillegg til NBTK og RSKi finnes det **andre aktører** som spiller en rolle i helsetilbudet:

- **Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS) i Oslo** er et kommunalt lavterskeltilbud som gir rådgivning og helsehjelp knyttet til kjønn og seksualitet for personer under 30 år bosatt i Oslo. HKS har også startet opp med hormonbehandling for noen av sine brukere, og har på flere områder en annen tilnærming og praksis enn NBTK, noe som har ført til offentlig debatt.[14]
- **Fastleger** har en sentral rolle som første kontaktpunkt for mange, og er ansvarlige for henvisning videre i systemet. De kan også ha en rolle i oppfølgingen av pasienter. Det er et anerkjent behov for kompetanseheving blant fastleger på dette feltet.[10]
- **Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP)** og **Distriktspsykiatriske sentre (DPS)** utfører ofte den initiale psykiatriske utredningen før henvisning til spesialiserte tjenester for kjønnsinkongruens, og kan også være involvert i den løpende oppfølgingen av pasientens psykiske helse.[11]

Til tross for intensjonene i nasjonale retningslinjer om et helhetlig, desentralisert og koordinert system, avdekker kildene en virkelighet preget av fragmentering og ulikhet i tjenestetilbudet.[14] Det er betydelige forskjeller i praksis, tilgjengelighet og underliggende filosofi mellom ulike aktører, for eksempel mellom NBTK og HKS. Dette kan skape forvirring for brukere og føre til ulik tilgang til nødvendig helsehjelp avhengig av bosted og hvilken del av tjenesteapparatet man først kommer i kontakt med. Uenighet om evidensgrunnlag, ulik tolkning av nasjonale retningslinjer, og varierende faglige ståsteder ser ut til å bidra til denne fragmenteringen. Den tidligere sterkt sentraliserte modellen ved NBTK har også ført til kapasitetsutfordringer og den nevnte kritikken, noe som igjen kan ha stimulert fremveksten av alternative eller supplerende tilbud. For pasientene kan dette innebære en risiko for å “shoppe” mellom systemer i søken etter hjelp, eller i verste fall å falle mellom flere stoler. Det er et tydelig behov for bedre samordning mellom de ulike tjenestenivåene, klarere ansvarsfordeling, og en mer enhetlig nasjonal strategi som sikrer reell likeverdig tilgang til kompetent, respektfull og kunnskapsbasert behandling for alle unge transpersoner i Norge.

3.3 Brukererfaringer og perspektiver fra brukerorganisasjoner (f.eks. PKI, FRI, HBRS)

Brukerorganisasjonene spiller en viktig rolle i å formidle erfaringer fra unge transpersoner og deres familier i møte med helsevesenet, og deres perspektiver gir verdifull innsikt i hvordan tjenestetilbudet fungerer i praksis.

Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) har vært en tydelig stemme i kritikken av det eksisterende helsetilbudet, spesielt rettet mot Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK). PKI har samlet inn og formidlet en rekke negative brukererfaringer, som inkluderer systematisk feilkjønning (bruk av feil navn og pronomen), respektløs og nedverdigende behandling, alvorlige administrative problemer (som feilhenvisninger og avlyste timer uten varsel), mangelfull informasjon om behandling og bivirkninger, og utilstrekkelig fagkunnskap hos behandlere.[30] PKI mener at NBTK ikke følger anerkjente internasjonale retningslinjer (som WPATH Standards of Care), og at mange pasienter, inkludert ikke-binære og personer med sammensatte utfordringer, nektes behandling på feilaktig eller mangelfullt grunnlag.[30] Organisasjonen har derfor argumentert sterkt for en desentralisering av behandlingstilbudet og økt kompetansebygging regionalt.[30]

Foreningen FRI (Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold) har også uttrykt dyp bekymring for situasjonen. Lederen i FRI har kommentert en rapport fra 2023, bestilt av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og utført av Nordlandsforskning, som avdekket utbredt mangel på tillit til helsetilbudet blant brukere med kjønnsinkongruens.[31] Rapporten viste at mange brukere opplever å ikke bli tatt på alvor av helsepersonell, å ikke bli lyttet til, og at spesielt ikke-binære personer opplever å stå uten et reelt helsetilbud i det offentlige, til tross for at nasjonale retningslinjer slår fast at de skal ha tilgang til likeverdig helsehjelp.31 FRI karakteriserer den nåværende praksisen som “uverdig og umenneskelig” og krever at helsemyndighetene tar grep for å forbedre situasjonen.[31]

Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS) er en annen sentral brukerorganisasjon med lang historie i Norge. HBRS har jobbet for å øke kunnskapen om kjønnsinkongruens og forbedre behandlingstilbudet, og har vært en pådriver for å etablere tilbud også for barn og unge.[54] De tilbyr råd, veiledning og støtte til transpersoner og deres pårørende, og arrangerer møteplasser.[49] HBRS har uttrykt ønske om en utvidelse av det nasjonale høyspesialiserte tilbudet til mer enn ett sykehus, for å bedre kapasitet og tilgjengelighet.[14]

Skeiv Ungdom er en organisasjon som jobber for rettighetene og levekårene til alle skeive unge, inkludert unge transpersoner. De tilbyr trygge møteplasser og støtte.[51] Gjennom sitt arbeid og ved å referere til undersøkelser som Ungdata, belyser Skeiv Ungdom de særskilte utfordringene unge skeive møter, inkludert dårligere psykisk helse og lavere livskvalitet sammenlignet med heterofile og cis-kjønnede jevnaldrende.[23]

Generelt peker brukererfaringene på flere gjennomgående temaer: Mange opplever en betydelig mangel på kunnskap om kjønns- og seksualitetsmangfold blant helsepersonell på ulike nivåer. Opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor, ikke bli lyttet til, eller å bli møtt med forutinntatte holdninger er utbredt. Spesielt ikke-binære personer rapporterer om å falle utenfor de etablerte behandlingsløpene og ikke få den hjelpen de trenger.[10] Slike negative erfaringer bidrar til å undergrave tilliten til helsevesenet og kan føre til at personer med kjønnsinkongruens unngår å søke hjelp eller avbryter behandlingsforløp.[31]

Den systematiske og vedvarende kritikken fra flere uavhengige brukerorganisasjoner indikerer et

dyptgående misforhold mellom helsetjenestens tilbud og mange brukeres faktiske behov, ønsker og forventninger. Dette er ikke primært snakk om enkelthendelser, men om mønstre som tyder på systemiske svakheter i hvordan tjenestene er organisert og levert. En mulig forklaring på dette kan ligge i den historiske medikaliseringen og psykiatriseringen av kjønnsinkongruens, kombinert med en sterkt sentralisert modell for høyspesialisert behandling. Dette kan ha bidratt til en "portvokter"-mentalitet i deler av systemet, med påfølgende manglende lydhørhet for brukerperspektiver og individuelle behov. Uenighet om faglige tilnærminger, variasjoner i tolkningen av retningslinjer, og en generell mangel på desentralisert kompetanse på feltet kan ytterligere forsterke disse problemene. Konsekvensen er at det er et presserende behov for en fundamental revurdering av hvordan helsetjenester for transpersoner, og da spesielt for barn og unge, er organisert og levert i Norge. Reell brukermedvirkning må tas på alvor i utformingen og evalueringen av fremtidige tjenester, og kompetansen må heves på alle nivåer i helsetjenesten, i tråd med Helsedirektoratets egne uttalte målsetninger.[46]

Tabellen under sammenligner nøkkelaspekter ved de to mest omtalte norske behandlingstilbudene, NBTK og HKS, basert på tilgjengelig informasjon.

Tabell 2: Sammenligning av Nøkkelaspekter ved Sentrale Norske Behandlingstilbud (NBTK vs. HKS)

Aspekt	**Praksis/Syn ved NBTK (Rikshospitalet)**	**Praksis/Syn ved HKS (Helsestasjon for kjønn og seksualitet, Oslo)**	**Kilder**
Tilnærming til utredning	Langvarig, omfattende psykiatrisk/psykologisk utredning som forutsetning for medisinsk behandling. KID-teamet for <18 år.	Lavterskel, kortere utredning. Psykiatrisk/psykologisk utredning ikke alltid en forutsetning for hormonbehandling hvis personen er trygg i sin identitet og ellers velfungerende.	11
Kriterier for oppstart av pubertetsblokkere/hormoner	Strenge kriterier, ofte knyttet til diagnose og fravær av alvorlig psykisk komorbiditet som ikke er under kontroll. Mer tilbakeholdne med tidlig oppstart.	Lavere terskel for oppstart, vektlegger brukerens egen opplevelse og ønske. Kan starte hormoner hos unge voksne og noen ungdommer.	8
Syn på reversibilitet av hormoner	Uttrykker større bekymring for irreversible effekter og ukjente langtidskonsekvenser av både pubertetsblokkere og kjønnsbekreftende hormoner.	Mener pubertetsblokkere er en trygg "tenkepause". Kjønnsbekreftende hormoner anses som helt eller delvis reversible (f.eks. bryst kan fjernes, stemme trenes).	13
Involvering av foresatte	Sterk vekt på involvering og samtykke fra foresatte for mindreårige.	Også vekt på involvering, men kan i større grad jobbe direkte med myndige ungdommer (16-18 år) dersom de er samtykkekompetente.	8

Aspekt	Praksis/Syn ved NBTK (Rikshospitalet)	Praksis/Syn ved HKS (Helsestasjon for kjønn og seksualitet, Oslo)	Kilder
Brukererfaringer (ifølge rapporter/media)	Betydelig kritikk fra brukerorganisasjoner (PKI, FRI) for lang ventetid, rigiditet, manglende respekt, feilkjønning, og opplevelse av å ikke bli trodd eller få hjelp. Noen positive erfaringer finnes også.	Rapporteres av noen brukere som et mer tilgjengelig og affirmasjonsbasert alternativ, spesielt for de som ikke får hjelp eller føler seg dårlig behandlet av NBTK. Kritiseres av NBTK for å ikke følge deres standarder.	14

4. Juridiske og Etiske Aspekter ved Behandling av Mindreårige i Norge

Behandling av mindreårige transpersoner i Norge er underlagt et komplekst samspill av lovgivning, etiske prinsipper og faglige vurderinger. Sentralt står Pasient- og brukerrettighetsloven, Lov om endring av juridisk kjønn, prinsippet om "barnets beste", kravet til forsvarlig helsehjelp, og diskrimineringsvernet.

4.1 Pasient- og brukerrettigheter: Informasjon, medvirkning og samtykke

Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer mindreåriges rett til informasjon, medvirkning og samtykke til helsehjelp. Hovedregelen er at personer over 18 år har full samtykkekompetanse.[55] For ungdom mellom 16 og 18 år er utgangspunktet at de selv kan samtykke til helsehjelp, med mindre annet følger av særskilt lovbestemmelse eller av "tiltakets art".[8] Kjønnsbekreftende behandling, med sine potensielt irreversible konsekvenser, anses ofte som et slikt tiltak av særlig art hvor det stilles strengere krav eller hvor foreldresamtykke fortsatt er nødvendig.[10]

For barn under 16 år er det som hovedregel foreldrene (eller andre med foreldreansvar) som har retten til å samtykke til helsehjelp på vegne av barnet.[56] Barnet har imidlertid en lovfestet rett til informasjon og til å bli hørt i saker som angår egen helse. Denne retten inntrer senest fra barnet fyller 7 år, eller tidligere dersom barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om.[10] Barnets mening skal tillegges økende vekt i tråd med alder og modenhet. Fra barnet er fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener.[10]

Det finnes unntak fra regelen om at foreldre skal informeres og samtykke. For ungdom mellom 12 og 16 år kan helsepersonell unnlate å informere foreldrene dersom ungdommen selv ikke ønsker det av grunner som bør respekteres (for eksempel et svært anstrengt forhold til foreldrene eller frykt for negative reaksjoner). I slike tilfeller kan ungdommen selv samtykke til helsehjelpen. Dette unntaket gjelder imidlertid ikke ved alvorlige psykiske lidelser, fare for liv eller alvorlig helseskade, eller andre situasjoner hvor det er åpenbart at foreldrene må involveres.[10]

Når det gjelder kjønnsbekreftende behandling for mindreårige under 18 år, er praksis og retningslinjer i Norge at det kreves samtykke fra foresatte.[8] Ideelt sett bør beslutningen om behandling tas i et samarbeid mellom den unge, familien og det tverrfaglige behandlingsteamet.[8] Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å vurdere pasientens samtykkekompetanse og for å legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan delta i beslutningsprosessen og eventuelt samtykke, i tråd

med alder og modenhet.[55]

Balanseringen av foreldreretten, barnets økende autonomi og helsepersonells faglige og etiske ansvar representerer en betydelig utfordring, spesielt når det gjelder behandlingsvalg med irreversible konsekvenser for mindreårige. Lovverket [10] anerkjenner barnets rett til medvirkning og en gradvis økende selvbestemmelse. Samtidig er foreldresamtykke et sentralt element for mindreårige, særlig ved inngripende og livsendrende behandlinger. Spørsmålet om en 16-åring, til tross for å være helserettslig myndig for mange formål, fullt ut kan overskue de langsiktige konsekvensene av for eksempel hormonbehandling som påvirker fertilitet og medfører permanente kroppslige endringer, er etisk komplekst og gjenstand for kontinuerlig debatt. En situasjon hvor barnets uttrykte ønske om behandling står i motstrid med foreldrenes syn eller manglende samtykke, kan skape svært vanskelige og fastlåste situasjoner. Helsepersonell befinner seg da i en krevende posisjon hvor de må vurdere barnets modenhet, konsistensen og intensiteten i barnets ønsker, og samtidig respektere foreldreansvaret og de overordnede kravene til faglig forsvarlighet og barnets beste. Dette understreker behovet for grundige, individualiserte prosesser for informasjon og dialog med både den unge og de foresatte. Vurderingen av samtykkekompetanse må være nøye og tilpasset den enkelte. Det kan også være behov for klarere nasjonale retningslinjer for hvordan man skal håndtere uenighet mellom barn og foreldre i slike sensitive saker, og hvordan begrepet “tiltakets art” [55] skal tolkes spesifikt for kjønnsbekreftende behandling for ungdom i aldersgruppen 16-17 år.

4.2 Lov om endring av juridisk kjønn for barn og unge

Lov om endring av juridisk kjønn, som trådte i kraft i Norge 1. juli 2016, representerer en viktig anerkjennelse av transpersoners rett til selvbestemmelse over egen kjønnsidentitet.8 Loven innebærer at personer, basert på egen opplevelse av kjønn og kjønnsidentitet, kan bestemme hvilket juridisk kjønn som skal fremgå av folkeregisteret og personnummeret.[58]

For barn og unge gjelder følgende bestemmelser:

- Personer som har fylt 16 år, kan selv søke om endring av juridisk kjønn. Det kreves ikke samtykke fra foresatte for denne aldersgruppen.[58]
- Barn og unge mellom 6 og 16 år må søke om endring av juridisk kjønn sammen med sine foreldre (eller den/de som har foreldreansvaret).[58] Dersom foreldrene har felles foreldreansvar og er uenige, eller hvis én av foreldrene nekter å samtykke, kan Statsforvalteren (tidligere Fylkesmannen) likevel godkjenne søknaden dersom det vurderes å være til barnets beste. Barnet selv må også samtykke dersom det er over 12 år, og skal høres fra det er 7 år.
- Barn under 6 år kan kun få endret juridisk kjønn dersom de har en medfødt usikker somatisk kjønnsutvikling (også kjent som interkjønntilstander). Denne tilstanden må være dokumentert av helsepersonell.[58]

En sentral endring med denne loven er at det ikke lenger stilles krav om en spesifikk medisinsk diagnose (som “transseksualisme”) eller gjennomgått medisinsk behandling (som hormonbehandling eller kirurgi, inkludert sterilisering) for å kunne endre juridisk kjønn.[2] Dette gjelder for alle aldersgrupper som omfattes av loven.

Dissosiasjonen mellom juridisk og medisinsk kjønnsskifte som denne loven [58] medfører, har flere implikasjoner for unge transpersoner. På den ene siden representerer loven en viktig anerkjennelse av individets rett til selvdefinisjon av kjønn, uavhengig av medisinsk status. Dette kan i seg selv bidra til å redusere kjønnsdysfori knyttet til offisielle dokumenter, identifikasjonspapirer og sosial anerkjennelse i det kjønnet man identifiserer seg med. Det kan styrke selvfølelsen og gjøre det

enklere å navigere i samfunnet. På den andre siden kan det skape en situasjon der en ung person har endret sitt juridiske kjønn, men fortsatt venter på, ikke ønsker, eller av medisinske eller andre grunner ikke kvalifiserer for, medisinsk kjønnsbekreftende behandling. Dette kan skape forventninger om medisinsk behandling som ikke alltid kan innfris på kort sikt, eller det kan føre til utfordringer i møte med systemer (som skole, helsevesen, idrett) som ikke fullt ut har tilpasset seg denne todelingen mellom juridisk og medisinsk/fysisk kjønn. Det er derfor viktig med god og tydelig informasjon til unge transpersoner og deres familier om skillet mellom juridisk og medisinsk transisjon, og hvilke praktiske konsekvenser endring av juridisk kjønn har. Støtteapparatet, inkludert skoler og helsetjenester, må være forberedt på å møte og håndtere behovene til unge som har endret sitt juridiske kjønn, uavhengig av deres medisinske behandlingsstatus.

4.3 Prinsippet om “barnets beste” og kravet til forsvarlig helsehjelp

Prinsippet om “barnets beste” er et overordnet og fundamentalt hensyn i all lovgivning og alle handlinger som berører barn i Norge, inkludert i helsetjenesten. Dette er nedfelt i Grunnloven § 104 og i Barnekonvensjonen, som er gjort til norsk lov.[10] I konteksten av kjønnsbekreftende behandling for mindreårige, innebærer dette at enhver beslutning må baseres på en konkret og individuell vurdering av hva som tjener det enkelte barns interesser best på både kort og lang sikt.

Parallelt med prinsippet om barnets beste, stiller helselovgivningen et absolutt krav om at all helsehjelp som ytes skal være faglig forsvarlig.[10] Forsvarlighetskravet innebærer blant annet at behandlingen skal være virksom, trygg og basert på anerkjent medisinsk kunnskap og erfaring. Dersom en behandling ikke anses som faglig forsvarlig, for eksempel på grunn av manglende dokumentasjon for effekt, uakseptabel risiko for alvorlige bivirkninger, eller fordi den ikke er i tråd med anerkjente faglige standarder, vil den heller ikke kunne anses å være til barnets beste, og kan dermed ikke gis.[41]

Folkehelseinstituttet (FHI) har i flere sammenhenger, blant annet i høringsuttalelser til de nasjonale faglige retningslinjene, argumentert for at kunnskapsgrunnlaget for effekt og sikkerhet av kjønnsbekreftende behandling for mindreårige, spesielt hormonbehandling og kirurgi, er svakt og beheftet med betydelig usikkerhet.[41] FHI mener derfor at forsvarlighetskravet ikke er tilstrekkelig ivaretatt, og at det må stilles strenge krav til dokumentasjon og forskning før slike irreversible tiltak tilbys bredt.[41] Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) har også pekt på at kjønnsbekreftende behandling medfører livslange konsekvenser, for eksempel for skjeletthelse og fremtidig fertilitet, som man per i dag ikke har fullstendig oversikt over langtidseffektene av.[17]

Anvendelsen av prinsippene om “barnets beste” og “forsvarlig helsehjelp” i en kontekst preget av begrenset langtidsevidens og potensielt irreversible behandlinger, skaper en iboende spenning. “Barnets beste” er ikke et statisk begrep, men et dynamisk prinsipp som krever en kontinuerlig avveining av barnets nåværende lidelse, uttrykte ønsker og behov for behandling, opp mot potensielle langsiktige og delvis ukjente risikoer, samt behandlingens irreversible karakter.[10] Samtidig forutsetter kravet til “forsvarlig helsehjelp” normalt et solid og etterprøvbart kunnskapsgrunnlag.[41]

Når evidensgrunnlaget for sentrale intervensjoner er omdiskutert og vurdert som svakt av sentrale faginstanser, slik tilfellet er for pubertetsblokkere og kjønnsbekreftende hormoner for unge, blir vurderingen av hva som er “forsvarlig” og hva som er i “barnets beste” mer kompleks og potensielt mer subjektiv. Vurderingen vil da i større grad kunne avhenge av den enkelte klinikers, eller det enkelte fagmiljøs, vekting av ulike hensyn, verdier og tolkning av tilgjengelig forskning. Dette kan

være en medvirkende årsak til den observerte variasjonen i praksis og de faglige uenighetene som preger feltet, for eksempel mellom FHI og Helsedirektoratets retningslinje, eller mellom NBTK og HKS. Dette legger et stort ansvar på helsepersonell og på helsesystemet som helhet for å sikre grundige, individuelle, tverrfaglige og transparente vurderingsprosesser. Åpenhet om den vitenskapelige usikkerheten og de potensielle risikoene overfor pasienten og dens foresatte er helt avgjørende for å kunne fatte reelt informerte beslutninger. Det kan også argumenteres for at behandling som anses som utprøvende, i større grad bør foregå innenfor rammer som sikrer systematisk datainnsamling, forskning og evaluering, for å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for fremtiden.[41]

4.4 Diskrimineringsvern knyttet til kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk

I Norge er diskriminering på grunnlag av kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk forbudt gjennom Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (ofte kalt SOGIE-diskrimineringsloven). Denne loven har som formål å fremme likestilling og hindre diskriminering på bakgrunn av en persons faktiske eller antatte seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk, og gjelder på alle samfunnsområder, med unntak av familieliv og rent personlige forhold.[60]

Loven gjelder i prinsippet for barn og unge på samme måte som for voksne. Dette innebærer at unge transpersoner har et lovfestet vern mot å bli dårligere behandlet eller trakassert på grunn av sin kjønnsidentitet eller sitt kjønnsuttrykk i for eksempel skolen, på fritidsarenaer og i møte med offentlige tjenester, inkludert helsevesenet. Imidlertid er det en utfordring at barn som hovedregel må ha støtte fra sine foresatte for å kunne klage en sak inn for en offentlig klageinstans som Diskrimineringsnemnda.[60] For mange unge transpersoner, som kanskje ikke er åpne om sin identitet overfor familien, eller som mangler støtte hjemmefra, kan frykten for å få sin identitet avslørt eller for negative konsekvenser heve terskelen for å melde fra om diskriminering de opplever.[60]

Rapporter fra brukerorganisasjoner og enkeltpersoner indikerer at unge transpersoner, til tross for det lovfestede vernet, kan oppleve diskriminering, manglende anerkjennelse og utilstrekkelig eller ufølsom behandling i møte med helsevesenet.[30] Dette kan manifestere seg som å ikke bli tatt på alvor, gjentatt feilkjønning (bruk av feil navn eller pronomen), at behandlere stiller unødvendig intime eller irrelevante spørsmål, eller at ikke-binære kjønnsidentiteter ikke blir anerkjent eller møtt med adekvat kompetanse.

Det eksisterer dermed et potensielt gap mellom det formelle juridiske vernet mot diskriminering og den opplevde virkeligheten for mange unge transpersoner, spesielt i helsetjenesten. Manglende kunnskap og kompetanse om kjønnsmangfold hos helsepersonell, systemiske barrierer i tjenestetilbudet, og potensielt forutinntatte holdninger kan bidra til at det formelle diskrimineringsvernet ikke alltid gir reell beskyttelse eller sikrer likeverdig behandling i praksis. Begrensningen i loven om at den ikke gjelder “personlige forhold” kan også ha betydning for hvordan barn opplever støtte eller mangel på sådan fra sine nærmeste omsorgspersoner, selv om dette faller utenfor helsetjenestens direkte ansvarsområde. For å sikre at diskrimineringsvernet får praktisk betydning for unge transpersoner, er det et kontinuerlig behov for kompetanseheving og holdningsskapende arbeid i helsevesenet og andre relevante sektorer. Klagemekanismer må være reelt tilgjengelige, trygge og tilpasset unge brukeres behov, slik at de kan varsle om og få håndtert eventuelle brudd på sine rettigheter.

5. Internasjonal Forskning, Retningslinjer og Debatter

Feltet kjønnsbekreftende behandling for unge er gjenstand for betydelig internasjonal forskning, faglige diskusjoner og utvikling av retningslinjer. Samtidig er det et felt preget av pågående debatter om evidensgrunnlag, behandlingsmodeller og etiske hensyn.

5.1 Evidensgrunnlag for medisinske intervensjoner: Systematiske oversikter og metaanalyser

Kunnskapsgrunnlaget for medisinske intervensjoner som pubertetsblokkere og kjønnsbekreftende hormoner (KBH) for unge transpersoner er et sentralt tema i den internasjonale faglige diskursen. Flere systematiske oversikter og metaanalyser har forsøkt å sammenstille og vurdere den tilgjengelige forskningen.

Pubertetsblokkere:

Flere nylige systematiske oversikter har vurdert effekten og sikkerheten av pubertetsblokkere. En oversikt av Miroshnychenko et al.[85] (2025, omtalt i flere kilder) konkluderte med at det er "svært lav" sikkerhet (certainty of evidence) for effektene av pubertetsblokkere på utfall som global funksjon, depresjon, kjønnsdysfori og benmineraltetthet hos ungdom med kjønnsdysfori.[3] Dette betyr at det er betydelig usikkerhet knyttet til de reelle effektene, og at fremtidig forskning sannsynligvis vil endre estimatene. En annen systematisk oversikt, Taylor et al. [16], fant også en mangel på høykvalitetsforskning. Denne studien viste at pubertetsblokkere er effektive for å undertrykke pubertetsutvikling, men fant begrenset og/eller inkonsistent evidens for effekter på kjønnsdysfori, psykologisk og psykososial helse, kroppstilfredshet, kardiometabolske risikofaktorer, kognitiv utvikling og fertilitet. Flere studier i denne oversikten rapporterte reduksjoner i benmineraltetthet under behandling, og at høydeveksten kunne bli påvirket, selv om den økte.[16] Begge oversiktene understreker behovet for metodologisk solide, prospektive studier for å bedre forstå effektene av denne intervensjonen.[3]

Kjønnsbekreftende hormoner (KBH):

Når det gjelder KBH for ungdom, peker også systematiske oversikter på begrensninger i evidensgrunnlaget. En systematisk oversikt av Taylor et al. [44] konkluderte med at det er mangel på høykvalitetsforskning. Det ble funnet moderat kvalitetsevidens som tyder på at psykisk helse kan forbedres på kort sikt (innen 12 måneder) etter oppstart med KBH, men for andre utfall (som kjønnsdysfori, kroppstilfredshet, psykososiale og kognitive utfall, fertilitet, høyde/vekst, benhelse og kardiometabolske effekter) kunne det ikke trekkes sikre konklusjoner på grunn av begrenset eller inkonsistent evidens.[44] Det ble også bemerket at de fleste studiene inkluderte ungdom som hadde mottatt pubertetsblokkere først, noe som gjør det vanskelig å isolere effekten av KBH alene.[44]

Andre kunnskapsoppsummeringer støtter bildet av at KBH kan ha positive effekter på psykisk helse. En narrativ oversikt indikerer at KBH er assosiert med redusert depresjon, angst og selvmordstanker, men påpeker samtidig at de fleste studier er tverrsnittsstudier, noe som begrenser muligheten til å vurdere langtidseffekter.[33] Longitudinelle studier, som den av Chen et al. [35], har vist forbedring i samsvar mellom utseende og kjønnsidentitet ("appearance congruence") og vedvarende forbedringer

i symptomer på depresjon og angst over en toårsperiode etter oppstart med KBH hos transkjønnede og ikke-binære ungdommer. Headspace sitt evidenssammendrag fra 2024 konkluderer også med at KBH er assosiert med økt tilfredshet med kroppsbilde og reduserte psykologiske symptomer, inkludert depresjon, angst og suicidalitet.[34]

Generelt om evidensgrunnlaget:

Et gjennomgående trekk i mange systematiske oversikter, inkludert de som har informert sentrale rapporter som Cass Review i England og en rapport fra U.S. Department of Health and Human Services (HHS), er konklusjonen om at kvaliteten på den tilgjengelige evidensen for mange utfall er lav eller svært lav.[3] Dette skyldes hovedsakelig mangelen på randomiserte kontrollerte studier (RCTer), som regnes som gullstandarden for å vurdere behandlingseffekt, samt metodologiske svakheter i de observasjonsstudiene som finnes (f.eks. små utvalg, kort oppfølgingstid, mangel på adekvate kontrollgrupper, risiko for bias).[3] Samtidig argumenterer noen fagpersoner og organisasjoner for at RCTer kan være uetiske eller metodologisk uhensiktsmessige å gjennomføre for denne pasientgruppen, for eksempel fordi det ville innebære å nekte eller forsinke behandling som antas å være nødvendig for en kontrollgruppe.[34]

Den vedvarende klassifiseringen av evidens som “lav” eller “svært lav” for sentrale medisinske intervensjoner er et kjernepunkt i den internasjonale debatten. Det er viktig å forstå at dette ikke nødvendigvis betyr at behandlingene er ineffektive eller skadelige, men snarere at den nåværende forskningen har begrensninger som gjør det vanskelig å trekke bastante og sikre konklusjoner om størrelsen på effektene og den langsiktige sikkerheten. Denne evidensusikkerheten er en viktig drivkraft bak de ulike tilnærmingene til behandling som observeres i ulike land og mellom ulike faglige organer. For eksempel førte Cass Review [37], som la stor vekt på denne usikkerheten, til betydelige innstramminger i behandlingstilbudet i England. Samtidig fastholder andre retningslinjer, som WPATH Standards of Care versjon 8 [38], som også anerkjenner behovet for mer forskning, en kjønnsbekreftende modell basert på den eksisterende (om enn begrensede) evidensen og bred klinisk konsensus.

Dette har klare implikasjoner. Det er et presserende og anerkjent behov for mer robust, langsiktig forskning av høy kvalitet for å styrke kunnskapsgrunnlaget. I mellomtiden må klinikere være åpne og transparente om evidensgrunnlaget og den iboende usikkerheten når de diskuterer behandlingsalternativer med unge transpersoner og deres familier. Pasienter og pårørende må settes i stand til å ta informerte valg i en kontekst preget av ufullstendig kunnskap, hvor individuelle behov, verdier og risikovurderinger må veies nøye.

5.2 Sentrale internasjonale veiledere (f.eks. WPATH SOC-8) og innflytelsesrike rapporter (f.eks. Cass Review)

Flere internasjonale veiledere og rapporter har hatt stor innflytelse på forståelsen og organiseringen av kjønnsbekreftende behandling for unge. Blant de mest sentrale er WPATH Standards of Care og den nylige Cass Review fra England.

WPATH Standards of Care, Versjon 8 (SOC-8):

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) publiserte sin åttende versjon av

Standards of Care i 2022.[84] SOC-8 anbefaler en kjønnsbekreftende tilnærming til behandling, som skal være individualisert og tilpasset den enkeltes alder og utviklingsnivå. Retningslinjene legger stor vekt på psykososial støtte og en grundig, tverrfaglig vurdering før eventuelle medisinske intervensjoner igangsettes.[64] En notable endring fra tidligere versjoner er at SOC-8 har fjernet absolutte minimumsaldersgrenser for oppstart av visse medisinske intervensjoner, men understreker samtidig viktigheten av en grundig individuell vurdering og modenhet hos pasienten.[38] WPATH oppgir at SOC-8 er basert på systematiske kunnskapsoppsummeringer (inkludert bruk av GRADE-metodikk) og ekspertkonsensus (Delphi-metoden).[64] Organisasjonen argumenterer for at kjønnsbekreftende behandling, når indisert, forbedrer helse og velvære for transpersoner, og at manglende tilgang til slik behandling kan føre til negative psykiske helseutfall, inkludert økt risiko for depresjon og suicidalitet.[64]

SOC-8 har imidlertid også møtt kritikk. Det har blitt fremsatt påstander om at systematiske oversikter som kunne ha undergravd den foretrukne kjønnsbekreftende tilnærmingen, ble undertrykt under utarbeidelsen av retningslinjene. Videre er det hevdet at det har vært brudd på regler for håndtering av interessekonflikter blant forfatterne, og at enkelte anbefalinger ble endret som følge av politisk press snarere enn rent faglige vurderinger.[38]

Cass Review (England):

I 2024 ble den endelige rapporten fra den uavhengige gjennomgangen av kjønnsidentitetstjenester for barn og unge i England, ledet av Dr. Hilary Cass, publisert.[37] Cass Review konkluderte med at det er “svak” eller mangelfull vitenskapelig evidens for sikkerheten og den kliniske effekten av pubertetsblokkere og kjønnsbekreftende hormoner for barn og unge.[37] Rapporten fant heller ingen klar evidens for at medisinsk kjønnsskifte i barne- og ungdomsårene har en positiv effekt på psykisk helse på lang sikt.[39] Som en direkte konsekvens av funnene i Cass Review, og tidligere interimanbefalinger, besluttet National Health Service (NHS) i England å slutte med rutinemessig forskrivning av pubertetsblokkere til barn og unge med kjønnsdysfori utenfor rammen av kliniske forskningsstudier.[37]

Cass Review anbefaler en betydelig mer forsiktig og helhetlig tilnærming til unge med kjønnsrelatert ubehag. Psykososial støtte og psykoterapi fremheves som førstevalget i behandlingen, og det argumenteres for at medisinske intervensjoner kun bør vurderes i sjeldne og velbegrunnede tilfeller, etter en grundig tverrfaglig vurdering av et nasjonalt team.[37] Rapporten peker også på det bekymringsfulle faktum at nesten alle unge som starter på pubertetsblokkere, senere går videre til kjønnsbekreftende hormoner. Dette reiser spørsmål ved om pubertetsblokkere reelt sett fungerer som en nøytral “pauseknapp” som gir tid til utforskning, eller om de i praksis sementerer en utviklingsvei mot videre medikalisering.[37]

Også Cass Review har blitt møtt med kritikk fra deler av fagmiljøet og brukerorganisasjoner. Kritikere hevder at rapporten i for stor grad avviser eksisterende kunnskapsoppsummeringer og klinisk erfaring, inkludert de fra WPATH.[65] Det har blitt stilt spørsmål ved rapportens metodologi, manglende transparens rundt hvem som har bidratt til de ulike delene, og om den i tilstrekkelig grad har balansert potensielle fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer, inkludert fravær av behandling.[65] Videre hevdes det at pasienterfaringer og kliniske erfaringer fra de som jobber med denne pasientgruppen ikke har blitt vektlagt nok i rapportens konklusjoner og anbefalinger.[65]

NICE Evidence Review (oktober 2020 – mars 2021)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) gjennomførte to systematiske evidensgjennomganger av GnRH-analoger (pubertetsblokkere) og kjønnsbekreftende hormoner for ungdom under 18 år med kjønnsdysfori. Gjennomgangene, ferdigstilt i oktober 2020 og publisert i mars 2021, konkluderte med at kvaliteten på tilgjengelig evidens for både klinisk effekt og sikkerhet er «very low», hovedsakelig på grunn av små kohorter, kort oppfølging og risiko for bias. NICE anbefaler derfor at pubertetsblokkere kun tilbys innenfor forskningsprotokoller i tverrfaglige, spesialiserte klinikker, med løpende dataregistrering for å styrke kunnskapsgrunnlaget.[83]

Dutch Protocol (Nederlandsk protokoll):

Den såkalte “Dutch Protocol” er en tidlig og svært innflytelsesrik modell for behandling av unge transpersoner, utviklet ved VU University Medical Center i Amsterdam. Protokollen innebærer typisk bruk av pubertetsblokkere i tidlig pubertet, etterfulgt av kjønnsbekreftende hormoner fra rundt 16-årsalder, og eventuelt kirurgi etter fylte 18 år.[42] De opprinnelige studiene som lå til grunn for protokollen, hevdet at pubertetsblokkere var fullt reversible og at de fungerte som et nyttig diagnostisk verktøy for å vurdere persistens av kjønnsdysfori.[42]

I senere år har den nederlandske protokollen og de underliggende studiene blitt gjenstand for betydelig kritikk.[42] Kritikere peker på flere metodologiske svakheter, inkludert potensiell seleksjonsbias (at kun de med “best-case” scenarioer og vellykket forløp ble inkludert i publiserte resultater), feilaktig bruk eller tolkning av måleskalaer for kjønnsdysfori, manglende systematisk evaluering av risikoer og bivirkninger, og at resultatene fra de opprinnelige, nøye selekterte kohortene ikke nødvendigvis er generaliserbare til den bredere og mer mangfoldige populasjonen av unge som søker hjelp for kjønnsinkongruens i dag.[42] Det er også verdt å merke seg at en britisk studie som forsøkte å replikere de positive psykologiske resultatene fra de nederlandske studiene, ikke lyktes med dette.[42]

Diskusjonen rundt disse internasjonale veilederne og rapportene illustrerer hvordan ulike metodologiske tilnærminger og ulik vekting av forskjellige typer evidens kan føre til betydelig divergerende anbefalinger og en polarisering i fagfeltet. WPATH SOC-8 [64] benytter anerkjente metoder som GRADE og Delphi-konsensus, og inkluderer klinisk erfaring og pasientperspektiver i sine vurderinger, noe som leder til en fortsatt anbefaling av en individualisert, kjønnsbekreftende modell. Cass Review [37] legger på sin side større vekt på mangelen på randomiserte kontrollerte studier (RCTer) og de metodologiske svakhetene i eksisterende observasjonsstudier. Dette fører til en konklusjon om behov for større forsiktighet, mer forskning og en nedskalering av medisinske intervensjoner inntil et sterkere evidensgrunnlag foreligger. Kritikken av den nederlandske protokollen [42] viser hvordan tidlig, tilsynelatende positiv forskning kan ha metodologiske svakheter som først blir tydelige og gjenstand for kritisk debatt over tid.

Valget av metode for kunnskapsoppsummering, hvilke typer studier som inkluderes eller ekskluderes (f.eks. vekting av observasjonsstudier versus RCTer), og hvordan man verdsetter klinisk erfaring og pasientrapporterte utfall i forhold til mer “objektive” eller biomedisinske endepunkter, påvirker direkte konklusjonene og anbefalingene som gis. Den politiske og ideologiske konteksten som slike rapporter og veiledere utarbeides og mottas i, kan også spille en betydelig rolle for deres innflytelse og tolkning.[39] For fagpersoner, beslutningstakere og allmennheten er det derfor avgjørende å kritisk vurdere metodologien bak ulike veiledere og rapporter, og ikke bare se på de endelige konklusjonene. En dypere forståelse av *hvorfor* anbefalingene divergerer er nødvendig for å kunne navigere i et fagfelt preget av både vitenskapelig usikkerhet og sterke meninger. Dette understreker også viktigheten av full transparens i prosessene knyttet til utarbeidelse av slike innflytelsesrike dokumenter.

5.3 Debatten om behandlingsmodeller: Kjønnsbekreftende omsorg ("gender-affirming care") versus "watchful waiting"/utforskende terapi

Den internasjonale debatten om behandling av unge transpersoner er i stor grad preget av diskusjonen mellom to hovedtilnærminger: kjønnsbekreftende omsorg ("gender-affirming care", GAC) og det som ofte kalles "watchful waiting" eller utforskende terapi.

Kjønnsbekreftende omsorg (Gender-Affirming Care - GAC):

Denne modellen defineres som en tilnærming som omfatter en rekke sosiale, psykologiske, atferdsmessige og medisinske intervensjoner designet for å støtte og bekrefte en persons kjønnsidentitet når denne er i konflikt med kjønnet tildelt ved fødsel.[6] Målet med GAC er å lindre kjønnsdysfori, forbedre psykisk helse og generell velvære. Prinsippene bak GAC er at den skal være pasient-sentrert og holistisk, og den anerkjenner kjønnsidentitet som en del av normal menneskelig variasjon og utvikling.[6] En sentral del av tilnærmingen er å lytte til barnet eller ungdommen, validere deres opplevelser, og skape et trygt og støttende miljø for utforskning av kjønnsidentitet.[69]

Argumentene for GAC er mange. Forskning, inkludert systematiske oversikter og longitudinelle studier, tyder på at tilgang til kjønnsbekreftende behandling kan forbedre psykisk helse, redusere symptomer på depresjon og angst, og minske forekomsten av selvmordstanker og -forsøk hos unge transpersoner.[6] Det argumenteres også for at å nekte eller forsinke slik omsorg når den er indisert, kan være skadelig og forverre psykisk lidelse.[10] GAC-modellen støttes av en rekke store medisinske og psykologfaglige organisasjoner internasjonalt.[25]

Samtidig er GAC-modellen ikke uten kritikere. Bekymringer reises knyttet til mangelen på robust langtidsevidens for effekten og sikkerheten av medisinske intervensjoner, spesielt for den økende gruppen unge som søker hjelp.[37] Det er en frykt for overbehandling av unge som, hvis de hadde fått mer tid eller en annen type støtte, kanskje ville ha funnet en identitet som samsvarer med sitt fødselskjønn (desistens). En annen bekymring er at en for ensidig affirmasjonsbasert tilnærming kan føre til at underliggende eller samtidige psykiske helseproblemer, utviklingsforstyrrelser eller traumer blir oversett eller utilstrekkelig behandlet (såkalt diagnostisk overskygging).[62] Noen kritikere ser også GAC-modellen som drevet mer av ideologi eller aktivisme enn av solid vitenskapelig evidens.[73]

"Watchful Waiting" / Utforskende terapi:

Denne tilnærmingen innebærer vanligvis å observere og støtte barnet eller ungdommen gjennom en periode med utforskning av sin kjønnsidentitet, uten å umiddelbart initiere sosial eller medisinsk transisjon.[72] Fokus er ofte på å tilby psykoterapi for å hjelpe den unge med å forstå sine følelser knyttet til kjønn, og for å identifisere og behandle eventuelle koeksisterende psykiske helseproblemer eller andre underliggende faktorer som kan påvirke opplevelsen av kjønnsinkongruens.[72]

Argumentene for "watchful waiting" eller utforskende terapi bygger ofte på studier som indikerer at en betydelig andel av prepubertale barn som uttrykker kjønnsinkongruens, ikke vil fortsette å identifisere seg som transpersoner i ungdomsårene eller voksen alder (desistensrater på opptil 80-95% har blitt rapportert i eldre studier, selv om disse tallene og metodologien bak dem er omdiskutert). Tilhengere av denne modellen vektlegger hjernens nevroplastisitet i barne- og ungdomsårene, og argumenterer for at tidlig sosial affirmasjon kan påvirke barnets utviklingsbane og

potensielt “låse” en identitet som ellers kunne vært mer flytende. Modellen gir tid til å behandle eventuelle underliggende psykiske tilstander som angst, depresjon eller autismespekterforstyrrelser, som ofte forekommer samtidig med kjønnsdysfori.[72]

Kritikken mot “watchful waiting” er at den kan oppleves som en avvisning eller mangel på støtte for barnet eller ungdommen, og dermed forverre kjønnsdysfori og psykisk lidelse.[6] For de med en sterk, vedvarende og intens kjønnsdysfori, kan en slik tilnærming føre til unødvendig langvarig lidelse og forsinke tilgangen til nødvendig kjønnsbekreftende behandling.[70] Noen kritikere ser “watchful waiting” som en “one-size-fits-all”-tilnærming som ikke i tilstrekkelig grad anerkjenner eller validerer barnets reelle kjønnsidentitet, og som i praksis kan fungere som en form for “konverteringsterapi” dersom målet implisitt er å få barnet til å identifisere seg med sitt fødselskjønn.[70]

Den faglige og etiske kløften mellom GAC-modellen og “watchful waiting”/utforskende terapi er betydelig. GAC-modellen [6] bygger på en forståelse av kjønnsidentitet som en grunnleggende og ofte stabil egenskap, selv fra ung alder, og ser medisinske og sosiale intervensjoner som potensielt nødvendige for å lindre lidelse og fremme velvære. “Watchful waiting”-modellen [72] legger større vekt på utviklingsaspekter, den historiske muligheten for desistens hos prepubertale barn, og viktigheten av å grundig utrede og behandle andre psykiske lidelser før man eventuelt vurderer irreversible medisinske skritt.

Valget av behandlingsmodell har direkte og betydelige konsekvenser for behandlingsforløpet til den unge. En GAC-tilnærming kan føre til tidligere sosial og eventuelt medisinsk transisjon. En “watchful waiting”-tilnærming vil typisk innebære lengre perioder med psykoterapi, observasjon og utforskning før eventuell medisinsk intervensjon vurderes. Begge tilnærminger har potensielle fordeler og ulemper avhengig av den enkeltes unike situasjon, alder, modenhet, grad av dysfori, og eventuelle samtidige utfordringer. Debatten er ikke bare faglig, men også dypt verdimessig og ofte politisert. Det er avgjørende at den videre diskusjonen og utviklingen av feltet baseres på best mulig tilgjengelig evidens, men også at man anerkjenner den iboende kompleksiteten og behovet for individualiserte løsninger som tar hensyn til den enkelte unges behov og situasjon. Pasienter og deres familier har behov for balansert og nyansert informasjon om de ulike perspektivene og behandlingsalternativene for å kunne delta aktivt i beslutningsprosesser og ta informerte valg. Mange erfarne klinikere vil argumentere for at en rigid tilslutning til én enkelt modell ikke er hensiktsmessig, og at en individualisert tilnærming som kan hente elementer fra begge “modeller” – avhengig av barnets alder, modenhet, intensiteten og varigheten av kjønnsdysforien, og tilstedeværelsen av koeksisterende tilstander – ofte er den mest hensiktsmessige veien å gå.

5.4 Detransisjon og angrerater: Hva viser forskningen?

Spørsmålet om detransisjon – det å delvis eller helt gå tilbake til å leve som sitt tildelte kjønn etter en periode med sosial og/eller medisinsk transisjon – er komplekst og omdiskutert. Studier viser varierende tall, fra <1 % i kirurgiske kohorter til 13 % i større befolkningsundersøkelser, men det er store forskjeller i hvordan begrepene defineres.

Følgende typologi er nyttig for å forstå variasjonene:

Type	**Beskrivelse**	**Reversibel?**
Sosial detransisjon	Personen går tilbake til tidligere navn, pronomen eller kjønnsuttrykk.	Ja
Medisinsk stopp	Personen avbryter hormonbehandling, men beholder sin identitet.	Delvis

Type	Beskrivelse	Reversibel?
Identitetsendring	Personen endrer forståelse av sin kjønnsidentitet og identifiserer seg som sitt fødselskjønn.	Varierer
Påtvunget	Detransisjon skjer pga. sosialt press, diskriminering, mangel på støtte.	Ikke nødvendigvis frivillig

Studier som U.S. Transgender Survey (2015) viser at 13 % av transpersoner har detransisjonert på et tidspunkt, men over 80 % av disse oppgir ytre faktorer som hovedårsak – som familiepress, stigma eller diskriminering.[90] Mange av disse identifiserer seg fortsatt som trans ved tidspunktet for undersøkelsen.

Det er derfor viktig å skille mellom reell endring i identitet og detransisjon som følge av ytre omstendigheter. Videre må man skille mellom angrerelatert detransisjon og praktiske eller helsemessige årsaker til at behandling avbrytes.

Rapporter som Cass Review [37] og Ukom [89] har pekt på behovet for mer forskning på både omfang, årsaker og oppfølging av detransisjon. Det etterlyses også tjenester som aktivt støtter personer som velger å stoppe behandling, og som opplever psykiske eller medisinske konsekvenser av dette.

Mens noen personer uttrykker anger over behandlingen eller opplevelsen av feil diagnose, er det viktig å understreke at majoriteten av transpersoner som gjennomgår medisinsk behandling, rapporterer høy grad av tilfredshet. En nyansert tilnærming som anerkjenner kompleksiteten i disse erfaringene, er derfor nødvendig både i forskningen og i klinisk praksis.

Spørsmålet om detransisjon (å gå tilbake til å leve som sitt fødselskjønn etter å ha startet en transisjonsprosess) og angrerater etter kjønnsbekreftende behandling er et komplekst og ofte følelsesladet tema i debatten om behandling av unge transpersoner. Forskningen på dette området er fortsatt under utvikling, og rapporterte tall varierer betydelig avhengig av hvordan “detransisjon” og “angst” defineres, hvilken populasjon som studeres, og hvilken metodikk som benyttes.[74]

Noen studier, spesielt de som fokuserer på anger etter kirurgiske inngrep hos voksne, rapporterer svært lave angrerater, ofte rundt 1% eller lavere.[74] Dette gjelder typisk personer som har gjennomgått en lang utrednings- og behandlingsprosess før kirurgi.

Andre studier som ser på et bredere spekter av erfaringer, for eksempel det å slutte med hormonbehandling, kan vise høyere tall. En studie fra det amerikanske militærets helsevesen fant at rundt 30% av de som hadde startet hormonbehandling, hadde sluttet innen en fireårsperiode.[75] Det er imidlertid viktig å understreke at det å slutte med hormoner ikke nødvendigvis er ensbetydende med anger eller detransisjon. Årsakene kan være mange, inkludert medisinske bivirkninger, økonomiske forhold, endringer i livssituasjon, eller at personen har oppnådd de ønskede fysiske endringene og ikke lenger ser behov for kontinuerlig hormonbehandling.

En større amerikansk spørreundersøkelse blant transpersoner (U.S. Transgender Survey) fant at 13.1% av deltakerne rapporterte å ha detransisjonert på et eller annet tidspunkt i livet.[75] Samtidig er det viktig å merke seg at et flertall av disse (over 80%) oppga ytre faktorer som årsak til sin detransisjon, for eksempel press fra familie, sosialt stigma, diskriminering, eller vanskeligheter med å finne arbeid. De fleste av de som rapporterte å ha detransisjonert, identifiserte seg fortsatt som transpersoner på tidspunktet for undersøkelsen, noe som tyder på at detransisjon for mange ikke handlet om en endring i grunnleggende kjønnsidentitet, men snarere om en midlertidig eller tvungen tilpasning til ytre omstendigheter.[75]

Kompleksiteten i å måle og tolke disse tallene ligger altså i selve definisjonen av begrepene. “Angst” kan være et subjektivt og nyansert fenomen. En person kan angre på enkelte aspekter ved sin transisjon (f.eks. tap av fertilitet, sosiale utfordringer) uten å angre på selve transisjonen eller sin kjønnsidentitet. “Detransisjon” kan omfatte alt fra å slutte med medisinsk behandling til å fullt ut gjenoppta en identitet og et liv som samsvarer med fødselskjønnet.

Det har vært økt medieoppmerksomhet rundt enkelthistorier om personer som angrer på sin transisjon, og noen grupper uttrykker bekymring for at antallet unge som angrer, er økende.[74] Ofte er disse bekymringene basert på anekdotiske bevis eller mindre, ikke-representative studier. Samtidig er det viktig å anerkjenne at noen individer utvilsomt angrer på sin transisjon, og deres erfaringer må tas på alvor, lyttes til, og forskes på for å forstå årsakene bedre og forbedre utrednings- og behandlingsprosessene. Rapporter som Cass Review og kritikere av den kjønnsbekreftende modellen peker på behovet for mer systematisk forskning på forekomst av, årsaker til, og erfaringer med detransisjon.[37]

Utfordringen ligger i å skille mellom det som kan kalles genuin anger (hvor personen innser at transisjon ikke var riktig for dem og at deres kjønnsidentitet er en annen enn de tidligere trodde), detransisjon som skyldes ytre press eller uholdbare levekår som transperson, og det som kan være en naturlig utvikling eller re-evaluering av kjønnsidentitet over tid, spesielt for de med en mer flytende eller ikke-binær kjønnsforståelse. Mediedekning og den polariserte politiske debatten kan lett overdrive forekomsten av anger og skape et feilaktig bilde av at dette er et utbredt problem. Samtidig er det viktig å ikke bagatellisere de reelle erfaringene til de som angrer. En ensidig fokusering på de rapporterte lave angreratene kan overse de som faktisk har negative erfaringer og trenger støtte. Omvendt kan en overdreven fokusering på anger og detransisjon skremme de som ville hatt stor nytte av kjønnsbekreftende behandling fra å søke hjelp. Det er derfor et stort behov for mer nyansert og metodologisk solid forskning som utforsker de ulike årsakene til og opplevelsene av detransisjon. Helsevesenet må også utvikle og tilby adekvat støtte og oppfølging for de som velger å detransisjonere, uansett årsak.

Tabellen under oppsummerer nøkkelfunn fra sentrale internasjonale kunnskapskilder.

Tabell 3: Sammendrag av Nøkkelfunn fra Internasjonale Systematiske Oversikter og Sentrale Rapporter

Studie/Rapport	Hovedfokus	Nøkkelfunn (fordeler, risikoer, konklusjoner)	Evidensstyrke/Kritikk
Miroshnychenko et al. 2025 (Pubertetsblokkere)	Effekt/sikkerhet pubertetsblokkere	Svært lav sikkerhet for evidens for effekt på global funksjon, depresjon, kjønnsdysfori, benmineraltetthet. Betydelig usikkerhet.	Svært lav sikkerhet (GRADE)
Taylor et al. 2024 (Systematic Review of Evidence for Puberty Suppression)	Effekt/sikkerhet pubertetsblokkere	Mangel på høykvalitetsforskning. Effektive for å undertrykke pubertet. Inkonsekvent evidens for psykososial helse. Mulig negativ påvirkning på benhelse og høyde.	Lav til moderat kvalitet på inkluderte studier.

Studie/Rapport	Hovedfokus	Nøkkelfunn (fordeler, risikoer, konklusjoner)	Evidensstyrke/Kritikk
Taylor et al. 2024 (Systematic Review of Evidence for Gender-Affirming Hormones)	Effekt/sikkerhet KBH	Mangel på høykvalitetsforskning. Moderat kvalitetsevidens for kortsiktig bedring i psykisk helse. Usikre konklusjoner for andre utfall. De fleste studier inkluderte de som fikk pubertetsblokkere først.	Lav til moderat kvalitet på inkluderte studier.
WPATH SOC-8 (2022)	Kliniske retningslinjer	Anbefaler individualisert, kjønnsbekreftende omsorg. Vekt på psykososial støtte og tverrfaglig vurdering. Fjernet absolutte aldersgrenser for noe, men understreker grundig vurdering. Argumenterer for at behandling bedrer helse, manglende behandling kan gi negative utfall.	Basert på systematiske oversikter (GRADE) og ekspertkonsensus (Delphi). Kritikk for påstått undertrykking av uønskede funn og politisk press.
Cass Review (England, 2024)	Gjennomgang av kjønnsidentitetstjenester for unge	"Svak" evidens for sikkerhet/effekt av pubertetsblokkere/hormoner; ingen klar evidens for positiv effekt på psykisk helse. Anbefaler forsiktighet, psykososial støtte som første linje. NHS stoppet rutinemessig bruk av pubertetsblokkere utenfor forskning.	Basert på systematiske oversikter (NICE). Kritikk for å avvise WPATH, manglende transparens, og for lite vekt på pasient-/klinikererfaringer.
Dutch Protocol (kritikk av opprinnelige studier)	Behandlingsmodell (pubertetsblokkere, KBH, kirurgi)	Opprinnelige studier rapporterte positive utfall. Senere kritikk for seleksjonsbias, feil bruk av måleskalaer, manglende risikovurdering, ikke generaliserbar til dagens populasjon. Britisk replikasjonsstudie fant ikke samme positive resultater.	Opprinnelige studier har metodologiske svakheter.
Headspace Evidence Summary (2024)	Kjønnsbekreftende behandling og psykisk helse hos unge	KBH assosiert med kroppsbildetilfredshet og reduserte psykologiske symptomer. Pubertetsblokkere assosiert med bedret funksjon og reduserte psyk. symptomer. Tidlig og omfattende omsorg gir bedre utfall.	Basert på gjennomgang av 48 studier. Anerkjenner behov for mer longitudinell forskning.

5.5 Norsk kunnskapsstatus og utfordringer knyttet til evidens

Til tross for at det er gjennomført en rekke internasjonale systematiske oversikter og store studier på behandling av unge transpersoner, er det norske evidensgrunnlaget fortsatt begrenset. Dette gjelder

særlig dokumentasjon på langtidsutfall, bivirkninger og brukererfaringer med norske behandlingsforløp.

Folkehelseinstituttet (FHI) har i sine høringsuttalelser uttrykt bekymring for at nasjonale faglige retningslinjer bygger på et for svakt kunnskapsgrunnlag, spesielt når det gjelder effekt og sikkerhet av pubertetsblokkere og kjønnsbekreftende hormonbehandling hos mindreårige. FHI understreker at kravene til faglig forsvarlighet forutsetter et dokumentert forhold mellom behandling og forventet helsegevinst, og at dette ikke er tilstrekkelig oppfylt i dagens kunnskapsgrunnlag for disse intervensjonene.[41]

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) har på sin side pekt på at kjønnsbekreftende behandling medfører potensielt livslange konsekvenser – for eksempel på benhelse og fertilitet – uten at man har full oversikt over langtidseffektene. Ukom har anbefalt at behandlingen defineres som utprøvende og tilbys innenfor rammer som sikrer systematisk datainnsamling og forskningsbasert evaluering.[89]

Registerdata og oppfølging i Norge Norge har i dag ingen nasjonalt samordnet pasientregister som systematisk følger opp unge pasienter som mottar pubertetsblokkere, hormonbehandling eller kirurgi. Det finnes heller ikke offentlig tilgjengelige norske langtidsstudier på psykisk helse, funksjon, fertilitet eller benhelse etter medisinsk behandling. Det betyr at beslutningstakere og klinikere i stor grad må støtte seg på internasjonale data, som ikke nødvendigvis er overførbare til norske forhold eller norske behandlingsmodeller.

Behov for norsk kunnskapsproduksjon Det er bred enighet, inkludert blant norske fagmyndigheter, om behovet for mer forskningsbasert kunnskap om effekter og bivirkninger av kjønnsbekreftende behandling. Dette inkluderer:

- Langtidsoppfølging av psykososial og fysisk helse
- Evaluering av norsk praksis i tverrfaglige team
- Brukerundersøkelser med validerte måleinstrumenter (PROMs)
- Systematiske innhentinger av erfaringer fra både de som fullfører og de som avslutter behandlingsløp

Uten et slikt nasjonalt kunnskapsgrunnlag vil det være vanskelig å sikre likeverdig, kunnskapsbasert og forsvarlig behandling for alle unge transpersoner i Norge.

6. Psykososial Helse og Støttesystemers Betydning

Psykososial helse og tilgangen til robuste støttesystemer er av avgjørende betydning for unge transpersoners trivsel og utvikling. Denne gruppen står overfor unike utfordringer som kan påvirke deres mentale helse betydelig, men med riktig støtte kan mange av disse negative konsekvensene forebygges eller dempes.

6.1 Psykiske helseutfordringer hos unge transpersoner: Prevalens og risikofaktorer

Det er et konsistent funn i forskningslitteraturen at unge transpersoner har en signifikant høyere risiko for å utvikle psykiske helseutfordringer sammenlignet med sine cis-kjønnede jevnaldrende. Dette inkluderer forhøyet forekomst av depresjon, angstlidelser, selvmordstanker, selvmordsforsøk og

selvskading.[18]

Prevalenstallene er ofte alarmerende. En studie fant at transungdom hadde en to- til tre ganger økt risiko for diagnoser som depresjon og angst, samt for selvmordstanker og -forsøk sammenlignet med cis-ungdom.[18] En annen studie som fulgte unge transpersoner ved oppstart av behandling, viste at 56.7% hadde symptomer på moderat til alvorlig depresjon, og 43.3% rapporterte selvskading eller selvmordstanker i perioden før behandlingsstart.[19] Data fra den amerikanske Youth Risk Behavior Survey (YRBS) for 2023 indikerte at omtrent 26% av elever som identifiserte seg som transkjønnede eller "questioning" (usikre på sin kjønnsidentitet), hadde forsøkt selvmord i løpet av det siste året. Til sammenligning var tallene for cis-kjønnede gutter og jenter henholdsvis 5% og 11%.[20]

De bakenforliggende årsakene til disse dystre tallene er sammensatte, men en sentral forklaringsmodell er teorien om minoritetsstress. Unge transpersoner utsettes i langt større grad enn andre for negative livshendelser og kroniske stressfaktorer knyttet til sin kjønnsidentitet. Dette inkluderer stigma, diskriminering, fordommer, mobbing, trakassering, og i noen tilfeller vold og utstøtelse.[6] Mangel på sosial støtte, spesielt fra familie og nære omgivelser, og avvisning av ens kjønnsidentitet, er sterke risikofaktorer. Internaliserte negative holdninger om det å være transperson (internalisert transfobi) kan også bidra til dårlig psykisk helse. I tillegg rapporterer mange unge transpersoner om vanskeligheter med å få tilgang til nødvendig og kompetent psykisk helsehjelp, noe som kan forverre situasjonen ytterligere.[22]

Denne situasjonen kan beskrives som en ond sirkel. Unge transpersoner utsettes for betydelig mer stress og negative livshendelser [10] enn sine cis-kjønnede jevnaldrende, noe som øker risikoen for psykiske lidelser.[18] Samtidig kan nettopp disse psykiske utfordringene, kombinert med en berettiget frykt for diskriminering, manglende forståelse eller utilstrekkelig kompetanse i hjelpeapparatet, gjøre det vanskeligere å aktivt søke og motta adekvat hjelp.[22] Stigma og diskriminering fører til økt psykisk belastning, som igjen kan føre til redusert tillit til eller unngåelse av hjelpeapparatet, noe som potensielt kan forverre den psykiske helsetilstanden. Dette understreker behovet for en proaktiv og lavterskel tilnærming til psykisk helse for denne sårbare gruppen. Hjelpeapparatet må inneha spesifikk kompetanse på transrelaterte problemstillinger, samtidig som det må kunne tilby god og tilpasset allmennpsykiatrisk behandling for samtidige lidelser. Videre er det avgjørende med en bredere samfunnsinnsats for å bekjempe stigma, fordommer og diskriminering mot transpersoner, da dette er grunnleggende årsaker til mye av den psykiske uhelsen som observeres.

6.2 Kvantitative bruker- og pasientrapporterte data

Flere store studier og nasjonale spørreundersøkelser har samlet inn kvantitative data fra trans-ungdom og unge voksne, og gir et mer nyansert bilde av behandlingseffekter og utfordringer:

- The Trevor Project National Survey 2024: Blant ca. 30 000 LGBTQ+-ungdom i USA oppga 13 % av trans- og non-binære unge at de hadde startet hormonterapi, 2 % hadde brukt pubertetsblokkere, og 61 % av hormonbrukerne var bekymret for å miste tilgang på behandlingen.[85]
- Turban et al. (2022), PLoS ONE: Longitudinell kohort (n = 227 voksne transpersoner) fant at de som fikk kjønnsbekreftende hormoner i ungdomstiden, hadde betydelig lavere forekomst av suicidale tanker sammenlignet med dem som ønsket, men ikke fikk behandling (OR 0.6; 95 % CI 0.4–0.9).[86]
- PROM-oversikt (2024): Systematisk gjennomgang av 34 studier (~4 000 ungdommer) viste at kun 32 % benyttet standardiserte pasientrapporterte outcome-mål (PROMs), mens 50 %

rapporterte andre former for pasientrapporterte utfall.[87]
- JAMA Network Open (2021): Kohortstudie av > 12 000 trans- og non-binære unge viste signifikante forbedringer i depresjon og angst etter 1 år med pubertetsblokkere og hormonterapi.[88]

Disse dataene understreker behovet for systematisk bruk av validerte PROMs i klinisk praksis og forskning, samt forløpende oppfølging av behandlingsutfall over tid.

6.3 Viktigheten av familieaksept og støtte

Familien spiller en fundamental rolle for unge transpersoners psykiske helse og generelle velvære. Omfattende forskning viser at familieaksept og -støtte er en av de sterkeste beskyttelsesfaktorene mot de mange utfordringene denne gruppen kan møte.[6]

Studier har vist en klar sammenheng mellom graden av foreldrestøtte og positive helseutfall. Ungdom som opplever høy grad av støtte fra sine foreldre, rapporterer høyere livskvalitet, lavere opplevd byrde av å være transperson, og færre symptomer på depresjon og angst.[28] Familiestøtte kan fungere som en viktig buffer mot de negative effektene av ytre stressfaktorer som mobbing og diskriminering.[24]

Motsatt er mangel på familiestøtte, og spesielt aktiv familieavvisning, sterkt assosiert med en rekke negative konsekvenser. Dette inkluderer økt risiko for depresjon, angst, selvmordstanker og -forsøk, rusmisbruk, hjemløshet og dårligere generell helse.[6] Familiens reaksjon på at et barn eller en ungdom kommer ut som transperson, kan altså være avgjørende for barnets fremtidige helse og trivsel.

Støtte fra familien kan anta mange former. Emosjonell støtte, som å uttrykke kjærlighet, aksept, forståelse og empati, er grunnleggende.[29] Instrumentell eller praktisk støtte kan innebære å hjelpe den unge med å navigere i helsevesenet, bistå med praktiske aspekter ved sosial transisjon som navneendring eller klesinnkjøp, eller å være en talsperson for barnet i møte med skole eller andre instanser.[29] Affirmasjonsbasert støtte er også kritisk, og innebærer å aktivt bekrefte barnets kjønnsidentitet ved for eksempel å bruke korrekt navn og pronomen, og å støtte barnets sosiale transisjon i den grad barnet selv ønsker det.[29]

Det er viktig å anerkjenne at foreldre og andre familiemedlemmer selv kan gå gjennom en krevende prosess når et barn kommer ut som transperson. De kan oppleve en rekke følelser, som forvirring, sorg over tapte forventninger, frykt for barnets fremtid, eller usikkerhet om hvordan de best kan støtte barnet.[24] Derfor er det viktig at også foreldre og pårørende får tilgang til informasjon, veiledning og støtte. Støttegrupper for foreldre, hvor de kan dele erfaringer med andre i lignende situasjoner, kan være svært verdifulle.[24]

Familien utgjør den primære arenaen hvor barn og unge utvikler sin grunnleggende trygghet og selvfølelse. For unge transpersoner blir familiens rolle som enten en kilde til beskyttelse og styrke, eller som en kilde til økt sårbarhet og stress, spesielt tydelig.[6] En aksepterende og støttende familie kan bidra til økt selvfølelse hos den unge, redusere internalisert stigma, og styrke evnen til å mestre utfordringer. Dette fører ofte til bedre psykisk helse og en mer positiv utvikling. Motsatt kan familieavvisning føre til økt skam, skyldfølelse, isolasjon og håpløshet, noe som dramatisk øker risikoen for psykiske lidelser, selvskading og selvmord. Dette understreker hvor avgjørende det er med intervensjoner og tiltak som er rettet mot å styrke familieaksept og -støtte. Helsepersonell og andre hjelpeinstanser bør aktivt involvere, informere og støtte familier gjennom hele prosessen, og anerkjenne at en styrket familie ofte er den beste medisinen for den unge transpersonen.

6.4 Rollen til et støttende skolemiljø og likepersonarbeid

Ved siden av familien er skolen en av de viktigste arenaene i barn og unges liv. Et trygt, inkluderende og affirmasjonsbasert skolemiljø kan derfor være en betydelig beskyttelsesfaktor for unge transpersoners psykiske helse, sosiale trivsel og akademiske prestasjoner. Forskning viser at LGBTQ-bekreftende skolepolitikk og -praksis kan bidra til å redusere skolefrafall, øke trivsel og bedre læringsutbyttet for disse elevene.[76]

Dessverre rapporterer mange unge transpersoner om betydelige utfordringer i skolemiljøet. Dette kan inkludere mobbing, trakassering, og vold på grunn av deres kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk, gjentatt feilkjønning fra medelever og lærere (bruk av feil navn og pronomen), manglende tilgang til trygge og kjønnsbekreftende toaletter og garderober, og en generell følelse av utrygghet og manglende tilhørighet.[20] Slike negative erfaringer kan føre til skolevegring, nedsatt konsentrasjon, dårligere skoleprestasjoner og forverret psykisk helse.

For å skape et mer støttende skolemiljø, kan skoler implementere en rekke strategier. Dette inkluderer å utdanne lærere, skoleledelse og annet personale om kjønnsmangfold, transpersoners rettigheter og behov, og hvordan man kan skape et inkluderende klassemiljø.[76] Det er viktig å utvikle og implementere klare og tydelige retningslinjer som sikrer transpersoners rettigheter og trygghet, for eksempel knyttet til bruk av korrekt navn og pronomen, tilgang til toaletter og garderober som samsvarer med elevens kjønnsidentitet, og inkluderende kleskoder. Videre bør skolen arbeide for positiv representasjon av transpersoner og kjønnsmangfold i undervisningsmateriell og i skolens generelle kultur. Et aktivt og systematisk arbeid mot mobbing og diskriminering rettet mot transpersoner er også avgjørende.[76]

Elevdrevne grupper som Gay-Straight Alliances (GSAer) eller lignende skeive-streite allianser kan spille en viktig rolle i å skape et tryggere og mer inkluderende skolemiljø. Studier har vist at tilstedeværelsen av slike grupper på skolen er assosiert med at elever hører færre homofobiske og transfobiske bemerkninger, opplever mindre viktimisering, og rapporterer lavere nivåer av depresjon og høyere selvfølelse.[76]

Likepersonarbeid og støttegrupper spesifikt for unge transpersoner, enten de er organisert på skolen eller utenfor, kan også være svært verdifulle.[10] Slike grupper gir en unik mulighet til å møte andre i lignende situasjoner, noe som kan redusere følelsen av isolasjon og annerledeshet. De tilbyr et trygt rom for åpen kommunikasjon om tanker, følelser og erfaringer knyttet til kjønnsidentitet, og for å dele og utvikle mestringsstrategier. Å delta i slike grupper kan bidra til økt selvtillit, styrket identitet, og en redusert opplevelse av stigma.

Skolen representerer en arena med et betydelig potensial for enten å forsterke marginalisering og utenforskap, eller å bidra til positiv utvikling, affirmasjon og trivsel for unge transpersoner. Unge mennesker tilbringer en stor del av sin våkne tid på skolen, og erfaringene de gjør seg der, har en dyp og varig innvirkning på deres sosiale, emosjonelle og akademiske utvikling. For transungdom kan skolen dessverre ofte være et sted preget av frykt, stress og manglende tilhørighet dersom miljøet ikke er tilstrekkelig støttende og inkluderende.[20] Omvendt kan en skole som aktivt og systematisk jobber for inkludering, respekt og affirmasjon av alle elevers identitet, være en kraftfull arena for positiv identitetsutvikling, mestring og god psykisk helse.[76] Et støttende skolemiljø, som inkluderer tilgang til GSAer og en affirmasjonsbasert pedagogisk praksis, kan føre til redusert mobbing og viktimisering, økt opplevelse av trygghet og tilhørighet, som igjen korrelerer med bedre psykisk helse og bedre skoleprestasjoner. Et utrygt og ikke-støttende skolemiljø kan derimot føre til økt stress, angst, skolefravær, og dermed dårligere psykisk helse og redusert læringsutbytte. Dette understreker at arbeidet med å skape et trygt og godt skolemiljø for transungdom ikke bare er et ansvar for den

enkelte skole eller lærer, men krever nasjonale føringer, ressurser, og en helhetlig strategi for kompetanseheving og implementering av inkluderende praksiser.

7. Syntese, Utfordringer og Anbefalinger

7.1 Oppsummering av det sentrale kunnskapsgrunnlaget

Denne rapporten har belyst det komplekse kunnskapsgrunnlaget for behandling av unge transpersoner. Kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori hos barn og unge krever en individualisert tilnærming som tar hensyn til alder og utviklingsstadium, hvor puberteten utgjør et kritisk vindu. Behandlingsmodalitetene spenner fra psykososial støtte og sosial transisjon, via medisinske intervensjoner som pubertetsblokkere og kjønnsbekreftende hormoner, til (i sjeldne tilfeller for mindreårige) kirurgi og andre støttetiltak som logopedi og hjelpemidler.

Det norske helsetjenestetilbudet er organisert med en nasjonal behandlingstjeneste (NBTK/KID-teamet), regionale sentre (RSKi) og lokale aktører, men preges av utfordringer knyttet til fragmentering, ulik praksis og betydelig kritikk fra brukerorganisasjoner. Det juridiske rammeverket i Norge, inkludert Pasient- og brukerrettighetsloven og Lov om endring av juridisk kjønn, søker å balansere barnets medvirkning og autonomi med foreldreansvar og kravet til forsvarlig helsehjelp under prinsippet om “barnets beste”. Diskrimineringsvernet er også sentralt.

Internasjonalt er evidensgrunnlaget for medisinske intervensjoner, spesielt langtidseffekter av pubertetsblokkere og hormoner, gjenstand for betydelig debatt. Store veiledere som WPATH SOC-8 og rapporter som Cass Review presenterer dels ulike konklusjoner og anbefalinger, noe som reflekterer ulik vekting av evidens og metodologiske tilnærminger. Debatten mellom kjønnsbekreftende omsorg og “watchful waiting” fortsetter, og forskningen på detransisjon og angrerater er fortsatt preget av metodologiske utfordringer.

Avgjørende for unge transpersoners velvære er psykososial helse og robuste støttesystemer. Gruppen har høy forekomst av psykiske helseutfordringer, ofte knyttet til minoritetsstress. Familieaksept og et støttende skolemiljø, inkludert likepersonarbeid, fremstår som kritiske beskyttelsesfaktorer.

7.2 Identifiserte utfordringer og kunnskapshull

Gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget avdekker flere sentrale utfordringer og kunnskapshull:

- **Evidensusikkerhet:** Det er et vedvarende og betydelig behov for mer robust, langsiktig og høykvalitets forskning på effekter og sikkerhet av medisinske intervensjoner (pubertetsblokkere og KBH) for unge transpersoner. Dette gjelder spesielt langtidseffekter på fysisk helse (f.eks. benhelse, kardiovaskulær helse, fertilitet), psykisk helse, og livskvalitet.
- **Organisering og tilgjengelighet av tjenester i Norge:** Til tross for intensjoner om desentralisering, oppleves helsetjenestetilbudet som fragmentert, med ulik praksis og tilgjengelighet mellom regioner og behandlingssteder. Kapasitetsutfordringer ved NBTK og manglende tillit fra betydelige brukergrupper er fortsatt et problem.
- **Kompetanse i helsevesenet og skolen:** Det er et generelt behov for økt kompetanse om kjønnsinkongruens, kjønnsmangfold og transspesifikk helse på alle nivåer i helsetjenesten (fra fastleger til spesialisthelsetjenesten) og i utdanningssektoren.
- **Psykisk helse:** Den høye forekomsten av psykisk uhelse hos unge transpersoner krever bedre

integrerte og tilpassede tjenester som adresserer både kjønnsidentitetsrelaterte behov og samtidige psykiske lidelser på en helhetlig måte.
- **Ikke-binære identiteter:** Det er en utfordring å sikre et likeverdig og adekvat helsetilbud for unge som identifiserer seg som ikke-binære, da mange opplever at systemet primært er tilrettelagt for en binær forståelse av kjønn.
- **Samtykke og medvirkning for mindreårige:** Den etiske og juridiske håndteringen av informert samtykke fra mindreårige til omfattende og delvis irreversible medisinske behandlinger er fortsatt kompleks og krever kontinuerlig refleksjon og potensielt tydeligere retningslinjer.
- **Detransisjon:** Det er behov for mer kunnskap om forekomst, årsaker, erfaringer og behov hos personer som velger å detransisjonere. Støttetilbud for denne gruppen må også utvikles.
- **Norsk forskning:** Det er et generelt behov for mer norsk forskning på behandlingsutfall, brukererfaringer, og langtidseffekter av behandling i en norsk kontekst.

Den overordnede og kanskje mest fundamentale utfordringen ligger i å navigere den komplekse balansen mellom et sterkt ønske om å tilby rask, effektiv og lindrende hjelp til en sårbar gruppe unge mennesker som ofte opplever betydelig lidelse, og samtidig ivareta nødvendigheten av faglig forsvarlighet, et solid kunnskapsgrunnlag, og forsiktighetsprinsippet i møte med intervensjoner som kan ha livslange og delvis irreversible konsekvenser.[3] Presset for umiddelbar intervensjon, drevet av et ønske om å redusere dysfori og psykisk stress, kan komme i konflikt med behovet for grundig og tidkrevende utredning, spesielt når det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget for enkelte intervensjoner er beheftet med usikkerhet. Denne spenningen kan bidra til polarisering i fagmiljøer, i den offentlige debatten, og skape usikkerhet hos pasienter og familier. Fremtidig utvikling av feltet krever en forpliktelse til kontinuerlig, høykvalitets forskning, åpenhet om usikkerhet, styrket tverrfaglig samarbeid hvor ulike perspektiver anerkjennes, og ikke minst, reell og meningsfull brukermedvirkning i utformingen av tjenester og forskningsagendaer.

7.3 Anbefalinger for videre arbeid

Basert på kunnskapsgrunnlaget som er presentert, kan følgende overordnede anbefalinger gis for videre arbeid med behandling av unge transpersoner i Norge:

1. **Styrking av kunnskapsgrunnlaget:**
    - Prioritere og finansiere uavhengig, høykvalitets langtidsoppfølgingsstudier av unge som mottar kjønnsbekreftende behandling i Norge. Dette bør inkludere både medisinske, psykologiske og sosiale utfall, samt brukererfaringer.
    - Etablere nasjonale registre for systematisk datainnsamling om behandling og utfall, for å muliggjøre kontinuerlig evaluering og forskning.
    - Fremme forskning som spesifikt ser på behovene og erfaringene til ikke-binære unge.
    - Støtte forskning på årsaker til og erfaringer med detransisjon.
2. **Forbedring av organisering og kvalitet i helsetjenestene:**
    - Videreutvikle og styrke de regionale sentrene for kjønnsinkongruens (RSKi) for å sikre reell desentralisering av kompetanse og behandlingstilbud, i tråd med nasjonale retningslinjer.
    - Sikre klarere ansvars- og funksjonsfordeling mellom ulike nivåer og aktører i helsetjenesten (NBTK, RSKi, BUP/DPS, fastleger, HKS) for å unngå fragmentering og sikre helhetlige, koordinerte pasientforløp.
    - Gjennomføre en uavhengig evaluering av NBTK, med særlig fokus på brukererfaringer, for å adressere den vedvarende kritikken og identifisere områder for forbedring.
    - Øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten for å redusere ventetider for utredning og

behandling.
    - Styrke lavterskeltilbud for psykososial støtte og rådgivning knyttet til kjønnsidentitet, både i kommunene og gjennom spesialiserte tjenester.
3. **Kompetanseheving:**
    - Implementere omfattende og obligatoriske opplæringsprogrammer om kjønnsmangfold, kjønnsinkongruens og transhelse for helsepersonell på alle nivåer, inkludert fastleger, psykologer, sykepleiere og spesialister.
    - Styrke utdanningen om disse temaene i relevante grunnutdanninger for helse- og sosialfaglig personell.
    - Sikre at helsepersonell har kompetanse til å møte ikke-binære personer på en likeverdig og kunnskapsbasert måte.
    - Øke kompetansen om psykisk helse hos personell som jobber med kjønnsbekreftende behandling, og kompetansen om kjønnsinkongruens hos personell i psykisk helsevern.
4. **Styrket brukermedvirkning og pasientsikkerhet:**
    - Sikre reell og meningsfull brukermedvirkning fra transpersoner og deres pårørende i utforming, implementering og evaluering av helsetjenester og retningslinjer.
    - Utvikle og implementere standardiserte, men samtidig individualiserte, protokoller for informasjon og samtykkeprosesser for mindreårige og deres foresatte, som tydelig adresserer usikkerhet, risiko og irreversible aspekter ved behandling.
    - Etablere trygge og tilgjengelige klage- og varslingsmekanismer for pasienter som opplever mangelfull eller krenkende behandling.
5. **Fokus på helhetlig støtte:**
    - Anerkjenne og styrke betydningen av familieaksept og tilby støtteprogrammer og veiledning til foreldre og pårørende til unge transpersoner.
    - Samarbeide med utdanningssektoren for å fremme trygge og inkluderende skolemiljøer for transungdom, inkludert støtte til GSAer og kompetanseheving for lærere.
    - Sikre tilgang til nødvendige hjelpemidler (som bindere, proteser, parykker) og andre støttetiltak (som logopedi og hårfjerning) som en integrert del av behandlingstilbudet.
6. **Juridisk og etisk refleksjon:**
    - Kontinuerlig vurdere og diskutere de etiske implikasjonene av nye forskningsfunn og endringer i behandlingspraksis, spesielt knyttet til behandling av mindreårige.
    - Sikre at praktiseringen av lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, Diskrimineringsloven) reelt ivaretar unge transpersoners rettigheter i møte med helsevesenet.

Ved å adressere disse utfordringene og kunnskapshullene gjennom målrettet innsats, kan Norge arbeide mot et helsetjenestetilbud for unge transpersoner som er kunnskapsbasert, trygt, tilgjengelig, likeverdig og i tråd med den enkeltes behov og rettigheter.

Referanser

1. Kjønnsinkongruens - Oslo universitetssykehus HF, brukt mai 14, 2025, https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/kjonnsinkongruens/
2. Kjønnsinkongruens - Universitetssykehuset Nord-Norge HF, brukt mai 14, 2025, https://www.unn.no/behandlinger/kjonnsinkongruens/
3. Puberty blockers for gender dysphoria in youth: A systematic review and meta-analysis, brukt mai 14, 2025, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39855724/ - Miroshnychenko A, Roldan Y, Ibrahim S, et al. Puberty blockers for gender dysphoria in youth: a systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child. 2025 Jan 30:archdischild-2024-327909.

doi:10.1136/archdischild-2024-327909
4. adc.bmj.com, brukt mai 14, 2025, https://adc.bmj.com/content/archdischild/early/2025/01/29/archdischild-2024-327909.full.pdf
5. Puberty blockers for gender dysphoria in youth: A systematic review and meta-analysis, brukt mai 14, 2025, https://adc.bmj.com/content/early/2025/01/29/archdischild-2024-327909
6. opa.hhs.gov, brukt mai 14, 2025, https://opa.hhs.gov/sites/default/files/2023-08/gender-affirming-care-young-people.pdf
7. Gender Affirming Care - Minnesota Department of Health, brukt mai 14, 2025, https://www.health.state.mn.us/communities/injury/documents/genderaffirmingcare.pdf
8. Kjønnsinkongruens - utredning og behandling av barn og unge under 18 år - Oslo universitetssykehus HF, brukt mai 14, 2025, https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/kjonnsinkongruens-utredning-og-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar/
9. Kjønnsinkongruens - utgreiing og medisinsk behandling av barn og ..., brukt mai 14, 2025, https:%%//%%www.helse-bergen.no/behandlinger/kjonnsinkongruens—utredning-og-medisinsk-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar/
10. Pasientrettigheter og helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens ..., brukt mai 14, 2025, https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens/pasientrettigheter-og-helsehjelp-til-personer-med-kjonnsinkongruens
11. Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) - HBRS, brukt mai 14, 2025, https://www.hbrs.no/nasjonal-behandlingstjeneste-kjonnsinkongruens-nbtk/
12. 3. Utredning, behandling og oppfølging - Helsedirektoratet, brukt mai 14, 2025, https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens/utredning-behandling-og-oppfolging
13. Hva er transisjon og kjønnsbekreftende behandling - HKS Oslo, brukt mai 14, 2025, https://www.hksoslo.no/tema/hva-er-transisjon
14. Fagfolk krangler om hva som er det beste for transungdom - NRK, brukt mai 14, 2025, https://www.nrk.no/trondelag/helsestasjon-for-kjonn-og-seksualitet-_hks_-og-rikshospitalet-behandler-transpersoner-helt-ulikt-1.15911943
15. Puberty blockers for gender dysphoria in youth: A systematic review and meta-analysis, brukt mai 14, 2025, https://adc.bmj.com/content/early/2025/01/29/archdischild-2024-327909.long
16. Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review | Archives of Disease in Childhood, brukt mai 14, 2025, https://adc.bmj.com/content/109/Suppl_2/s33
17. Hva fant vi? - Ukom, brukt mai 14, 2025, https://ukom.no/rapporter/for-unge-helsehjelp-og-kjonnsinkongruens/hva-fant-vi
18. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban ..., brukt mai 14, 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4339405/
19. sogiecenter.org, brukt mai 14, 2025, https://sogiecenter.org/wp-content/uploads/2023/03/Mental-Health-Outcomes-in-Transgender-and-Nonbinary-Youths-Receiving-Gender-Affirming-Care.pdf
20. Disparities in School Connectedness, Unstable Housing ... - CDC, brukt mai 14, 2025, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/su/su7304a6.htm
21. Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students - PMC, brukt mai 14, 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5695881/
22. Mental health of transgender children and adolescents: a systematic ..., brukt mai 14, 2025, https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65741
23. Helse og livskvalitet - Bufdir, brukt mai 14, 2025, https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/LHBT/helse-livskvalitet/
24. Full article: A systematic review of interventions with families of trans ..., brukt mai 14, 2025,

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2025.2492614
25. Policy Statement on Access to Gender-Affirming Healthcare - AACAP, brukt mai 14, 2025, https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2024/Access_Gender-Affirming_Healthcare.aspx
26. www.lgbtmap.org, brukt mai 14, 2025, https://www.lgbtmap.org/file/talking-about-family-acceptance-transgender-youth.pdf
27. LGBT Youth and Family Acceptance - PMC, brukt mai 14, 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5127283/
28. Parental Support and Mental Health Among Transgender ..., brukt mai 14, 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3838484/
29. Perspectives of transgender youth on parental support: qualitative ..., brukt mai 14, 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7962554/
30. NBTK's INKOMPETANSE — PKI Norge, brukt mai 14, 2025, https://pkinorge.no/nyheter/blog-post-title-four-rka7e-b3hys-5e982-cs4br-8n2wt-z8atw-ygdps-923e6
31. Ny rapport: Transpersoner opplever at de ikke blir tatt på alvor av helsepersonell - NRK, brukt mai 14, 2025, https://www.nrk.no/norge/ny-rapport_-manglende-tillit-til-helsehjelp-for-personer-med-kjonnsinkongruens-1.16558636
32. Ny rapport: manglende tillit til helsehjelp for personer med ... - Bufdir, brukt mai 14, 2025, https://www.bufdir.no/aktuelt/ny-rapport-manglende-tillit-til-helsehjelp-for-personer-med-kjonnsinkongruens/
33. Gender-affirming hormone therapy and impacts on quality of life: a narrative review, brukt mai 14, 2025, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.03.11.25323442v1.full-text
34. headspace.org.au, brukt mai 14, 2025, https://headspace.org.au/assets/Uploads/Evidence-Summary-The-association-between-gender-affirming-care-and-youth-mental-health-and-wellbeing-outcomes.pdf
35. Gender-Affirming Hormones Improve Mental Health in Transgender and Nonbinary Youth, brukt mai 14, 2025, https://news.feinberg.northwestern.edu/2023/02/02/gender-affirming-hormones-improve-mental-health-in-transgender-and-nonbinary-youth/
36. Providing gender-affirming mental health care, brukt mai 14, 2025, https://mhanational.org/resources/providing-gender-affirming-mental-health-care/
37. The Final Cass Review and the NHS England Response | SEGM, brukt mai 14, 2025, https://segm.org/Final-Cass-Report-2024-NHS-Response-Summary
38. Treatment for Pediatric Gender Dysphoria, brukt mai 14, 2025, https://opa.hhs.gov/sites/default/files/2025-05/gender-dysphoria-report-exec-summary.pdf
39. Ranking Member Cassidy, Colleagues Demand Answers on NIH-Funded Researcher Putting Progressive Ideology over Science, Covering Up Report on Safety of Puberty Blockers for Children, brukt mai 14, 2025, https://www.help.senate.gov/rep/newsroom/press/ranking-member-cassidy-colleagues-demand-answers-on-nih-funded-researcher-putting-progressive-ideology-over-science-covering-up-report-on-safety-of-puberty-blockers-for-children
40. Gender dysphoria - Treatment - NHS, brukt mai 14, 2025, https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/treatment/
41. Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens: Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet, brukt mai 14, 2025, https://www.fhi.no/contentassets/e076dec25ba74be8b4e35df7f73c90a5/fhi_kjonnsinkongruens_2020-02-27.pdf
42. The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence, brukt mai 14, 2025, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2121238

43. Gender Affirming Hormone Treatment for Trans Adolescents: A Four Principles Analysis - PMC - PubMed Central, brukt mai 14, 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11289353/
44. Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents …, brukt mai 14, 2025, https://adc.bmj.com/content/109/Suppl_2/s48
45. Kjønnsinkongruens - nasjonal faglig retningslinje - Helsebiblioteket, brukt mai 14, 2025, https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/kj%C3%B8nnsinkongruens
46. Kjønnsinkongruens - Helsedirektoratet, brukt mai 14, 2025, https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens
47. Altfor mange nektes kjønnsbekreftende behandling - Sykepleien, brukt mai 14, 2025, https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/07/altfor-mange-nektes-kjonnsbekreftende-behandling
48. Oversikt over nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten 2025 - Helsedirektoratet, brukt mai 14, 2025, https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten/oversikt-over-nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten
49. Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens - Oslo universitetssykehus HF, brukt mai 14, 2025, https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-behandlingstjeneste-for-kjonnsinkongruens/
50. Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn - Helsedirektoratet, brukt mai 14, 2025, https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rett-til-rett-kjonn-helse-til-alle-kjonn
51. Trenger du noen å snakke med om kjønn og identitet? - Ung.no, brukt mai 14, 2025, https://www.ung.no/Homofil/635_Trenger_du_noen_%C3%A5_snakke_med_om_seksualitet,_kj%C3%B8nn_og_identitet.html
52. Familie og nære — PKI Norge, brukt mai 14, 2025, https://pkinorge.no/familie-og-naere
53. Helsehjelp ved kjønnsinkongruens - Ung.no, brukt mai 14, 2025, https://www.ung.no/Kj%C3%B8nnsidentitet/4665_Behandling_ved_kj%C3%B8nnsinkongruens.html
54. HBRS kjønnsdysfori kjønnsidentiet - Harry Benjamin Ressussenters historie, brukt mai 14, 2025, https://www.hbrs.no/harry-benjamin-ressussenters-historie/
55. § 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse - Helsedirektoratet, brukt mai 14, 2025, https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse
56. § 4-4 Samtykke på vegne av barn - Helsedirektoratet, brukt mai 14, 2025, https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/samtykke-pa-vegne-av-barn
57. Veiledning til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) | Bufdir, brukt mai 14, 2025, https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/crpd/
58. Endring av juridisk kjønn - Helsenorge, brukt mai 14, 2025, https://www.helsenorge.no/rettigheter/endring-av-juridisk-kjonn/
59. Lov om endring av juridisk kjønn - Sak - stortinget.no, brukt mai 14, 2025, https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=64488
60. www.reddbarna.no, brukt mai 14, 2025, https:%%//%%www.reddbarna.no/content/uploads/2021/01/Redd-Barna-rapport-om-LHBTI-barn-og-deres-rettigheter-i-lys-av-barnekonv….pdf
61. 16 Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk - Prop. 88 L (2012–2013) - regjeringen.no, brukt mai 14, 2025, https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-88-l-20122013/id718741/?ch=17
62. Gender-affirming medical treatment for adolescents: a critical …, brukt mai 14, 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11667851/

63. Overview of Systematic Reviews, brukt mai 14, 2025, https://opa.hhs.gov/sites/default/files/2025-05/gender-dysphoria-report-appendix.pdf
64. app.wpath.org, brukt mai 14, 2025, https://app.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v8/SOC-8%20FAQs%20-%20WEBSITE2.pdf
65. Kritikk av Cass-rapporten - HKS Oslo, brukt mai 14, 2025, https://www.hksoslo.no/forskning/cass-rapporten
66. The NHS Ends the “Gender-Affirmative Care Model” for Youth in England | SEGM, brukt mai 14, 2025, https://segm.org/England-ends-gender-affirming-care
67. Trans Experiences In Healthcare | Voices in Bioethics, brukt mai 14, 2025, https://journals.library.columbia.edu/index.php/bioethics/article/view/13149
68. The Dutch Studies and The Myth of Reliable Research in Pediatric …, brukt mai 14, 2025, https://segm.org/Dutch-studies-critically-flawed
69. What is gender-affirming care? Your questions answered - AAMC, brukt mai 14, 2025, https://www.aamc.org/news/what-gender-affirming-care-your-questions-answered
70. Watchfully waiting; UK continues to harm transgender children, brukt mai 14, 2025, https://growinguptransgender.com/2018/03/28/ukrcpsych-endorses-harmful-watchful-waiting-approach-for-trans-children/
71. Full article: Advocacy in Practice: The Role of Mental Health …, brukt mai 14, 2025, https:%%//%%www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23794925.2025.2491062?src=
72. ‘First, do no harm:’ Gender dysphoria and watchful waiting …, brukt mai 14, 2025, https://restorationnewsmedia.com/articles/wilsontimes/first-do-no-harm-gender-dysphoria-and-watchful-waiting/
73. www.transgendertrend.com, brukt mai 14, 2025, https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2023/04/Briefing-Gender-affirmation-v-watchful-waiting-in-schools.pdf
74. White House orders NIH to research trans ‘regret’ and ‘detransition’ - NPR, brukt mai 14, 2025, https://www.npr.org/sections/shots-health-news/2025/04/10/nx-s1-5355126/trump-nih-trans-regret-detransition-research
75. Transgender youth: Here’s what the data says about regret rates., brukt mai 14, 2025, https://slate.com/technology/2024/02/transgender-youth-health-care-regret-pamela-paul-nyt-data.html
76. Creating a Safe and Affirming School Environment for LGBTQ+ …, brukt mai 14, 2025, https://www.copaa.org/blogpost/895540/502949/Creating-a-Safe-and-Affirming-School-Environment-for-LGBTQ-Youth-in-the-Era-of-Don-t-Say-Gay-Laws-and-More
77. Parent Participation in a Support Group for Families with …, brukt mai 14, 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6689185/
78. What educators can do to support transgender students - EdNC, brukt mai 14, 2025, https://www.ednc.org/what-educators-can-do-to-support-transgender-students/
79. Supporting Transgender Youth in Schools - American School Counselor Association, brukt mai 14, 2025, https://www.schoolcounselor.org/Newsletters/March-2024/Supporting-Transgender-Youth-in-Schools?st=NM
80. How to navigate policy challenges and show support for your trans students - EAB, brukt mai 14, 2025, https://eab.com/resources/blog/student-success-blog/how-to-navigate-policy-challenges-and-show-support-for-your-trans-students/
81. Teen Peer Support Groups: How Teen-to-Teen Support Can Benefit …, brukt mai 14, 2025, https://crownadolescenthealth.com/teen-peer-support-groups-how-teen-to-teen-support-can-benefit-mental-wellness/
82. The Benefits of Joining an LGBTQ+ Support Group - OutCare Health, brukt mai 14, 2025,

https://www.outcarehealth.org/the-benefits-of-joining-an-lgbtq-support-group/
83. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. October 2020 (published March 2021).
84. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgender Health. 2022;23(sup1):S1–S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644
85. The Trevor Project- brukt mai 14, 2025
86. Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS (2022) Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. PLoS ONE 17(1): e0261039. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039
87. Jackman, L., Chan, C., Garvilles, M. et al. Patient-reported outcomes, provider-reported outcomes, and physiologic parameters after gender-affirming hormone treatment in Canada: a systematic review. Hormones (2025). https://doi.org/10.1007/s42000-024-00626-y
88. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. JAMA Netw Open. 2022;5(2):e220978. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.0978 (https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2789423)
89. Ukom (2022) Bekymringsmelding knyttet til kjønnsbekreftende behandling av barn og unge. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: https://ukom.no
90. James, S. E. et al. (2016) The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf

Om denne rapporten

Denne rapporten er skrevet 14. mai 2025 basert på nettsøk og Gemini Advanced 2.5 pro. Teksten ble deretter gjennomgått manuelt og faktasjekket ved bruk av ChatGPT o4. Basert på en vurdering av helheten i rapporten ble det manuelt lagt til data om kvantitative bruker- og pasientrapporterte data, noen presiseringer rundt detransisjon og noe mer utfyllende om norske forhold. Arbeidet er ikke ment å være et fullverdig vitenskapelig arbeid, men det er lagt vekt på bruk av referanser, slik at det er mulig å gå dypere for den som ønsker det. Rapporten er redigert av Karina Ødegård.

From:
https://journal.agendus.no/ - **journal agendus**

Permanent link:
https://journal.agendus.no/doku.php/codex/unge_transpersoner

Last update: **2025-05-14 22:13**