

Høringssvar vedr. “Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens” og “Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

Lyngby, 23. februar 2025

Mit navn er Lotte Ingerslev. Jeg er psykoterapeut og medlem af [SEGM](#) (Society for Evidence-Based Gender Medicine).

På min blog [transkøn.dk](#) har jeg siden 2022 skrevet om den nyeste forskning og den massive markedsføring af kønsidentitetsideologien fra transkønsorganisationer og transkønsindustrien – især rettet mod børn og unge – om at man kan fødes med det forkerte køn. Jeg har desuden været gæst i 2 podcasts om emnet – “[Borgerlig Tabloid](#)” og “[Regnbuerod](#)” – og i [Radio24syv](#). [Sidst](#) var det om de konsekvenser, jeg mener, at Cass-rapporten bør få her i Danmark.

Jeg har en række bemærkninger til dokumentet “Faglig ramme for sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens”, som jeg for nemheds skyld har valgt at kalde “VEJLEDNINGEN”.

Til trods for alle afsløringerne om den pseudovidenskabelige, trans-aktivistiske organisation WPATH baseres vejledningen stadig på “evidens” fra WPATH – og Cass-rapporten nævnes ikke med et ord

På side 31 i vejledningen står der, at der “foreligger aktuelt *nogen evidens for en gavnlig effekt af medicinsk behandling af kønsinkongruens*”.

Fodnoten “(15)”, som denne passus følges af, henviser til den pseudovidenskabelige, trans-aktivistiske organisation WPATH's seneste udgave af deres behandlingsretningslinjer (“[Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8](#)”).

WPATH (The World Professional Association for Transgender Health) er efterhånden så skandaleramt en organisation, at Sundhedsstyrelsens vejledning burde være diskvalificeret – alene på baggrund af, at der henvises til WPATHs behandlingsretningslinjer, når det påstås, at der er “nogen evidens” for behandlingen.

I store træk kan man opsummere skandaleafsløringerne om WPATH sådan her:

- WPATHs behandlingsretningslinjer – som Rigshospitalet stadig den dag i dag skriver, at de følger – er ikke evidensbaserede.
- De mennesker, der har udfærdiget WPATHs behandlingsretningslinjer, har stærke interessekonflikter – bl.a. store økonomiske interesser i, at der bliver behandlet så mange mennesker som muligt på deres egne kønsskifteklivninger.
- Anbefalinger, som kun var baseret på ringe evidens, er i WPATHs retningslinjer blevet præsenteret som baseret på stærk evidens.
- De nedre aldersgrænser for de kønsskiftebehandlinger, der bliver oplyst i WPATHs behandlingsretningslinjer, blev fjernet efter pres fra den amerikanske regering.
- WPATH anbefaler “kønsidentitets-bekræftende” kastration af personer med “transkøns-identiteten” “eunuk”.

I den sammenhæng skal det nævnes, at 6 ud af de 10 læger i arbejdsgruppen bag Sundhedsstyrelsens vejledning er eller har været aktivt deltagende medlemmer af den europæiske afdeling af WPATH kaldet EPATH.

Det har jeg uddybet og dokumenteret (inkl. skandaleafsløringerne om WPATH) i denne blog-artikel:

<https://www.transkoen.dk/2025/02/19/til-trods-for-alle-afsloeringerne-om-den-pseudovidenskabelige-trans-aktivistiske-organisation-wpath-baserer-sundhedsstyrelsen-stadig-sin-nye-transkoensvejledning-paa-evidens-fra-wpath-det-er-maa/>

Den 10. april sidste år udkom [Cass-rapporten](#). Den var resultatet af en 4-årig gennemgang af al forskning på transkønsområdet på verdensplan – den største gennemgang af forskningen nogensinde. Men Cass-rapporten nævnes ikke med et eneste ord i Sundhedsstyrelsens vejledning. Det er rystende.

Men måske er det ikke så overraskende – set i lyset, af at den europæiske afdeling af WPATH ved navn EPATH, som altså 6 ud af 10 læger i arbejdsgruppen er eller har været aktivt deltagende medlemmer af, i maj måned 2024 offentliggjorde en udtalelse, hvor de tog afstand fra Cass-rapporten og erklærede deres troskab til WPATHs behandlingsretningslinjer (“SOC8”).

i udtalelsen ([“EPATH Response on Cass statement”](#)) skrev EPATH bl.a. følgende:

“In contrast to what the Cass review recommends however, EPATH follows the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care (SOC8) and considers that the evidence is sufficient to recommend that providing medical affirming treatment including blockers and/or hormones is helpful when indicated, while withholding such treatment may lead to increased gender dysphoria and adversely affect psychological functioning.”

Vejledningens fundament – WHO's diagnosesystem ICD-11

Vejledningen bygger på diagnosesystemet ICD-11, hvor "transkønnethed" ikke længere skal betragtes som en "diagnose", men en "tilstand" – som dog kan kræve behandling. Denne ændring baserer sig ikke på lægefaglige overvejelser. Arbejdsgruppen bag WHO's ændring af ICD har rådført sig med transaktivistiske organisationer – bl.a. "the national LGBT organisation in Denmark" – organisationer, som arbejder for adgang til krydkøns-hormonbehandling og amputation af raske organer, uden at der behøver være anden begrundelse end patienternes eget ønske.

Ovenstående har jeg dokumenteret i denne blog-artikel: <https://www.transkoen.dk/2025/02/15/ifoelge-en-videnskabelig-artikel-om-historien-bag-whos-diagnosesystem-icd-11-som-hele-sundhedsstyrelsens-nye-transkoensvejledning-bygger-paa-raadfoerte-who-sig-med-trans-aktivistiske-organisationer/>

At man arbejder for at depatologisere ønsket om ekstreme kropsmodifikationer og amputationer af raske organer og samtidig arbejder for, at disse ønsker skal give adgang til at få dem opfyldt gennem behandling i det offentlige sundhedsvæsen, er et svigt af sårbare mennesker.

Den oplagte sammenligning er [apotemnofili](#) – den lidelse, som man også kalder [Body Integrity Identity Disorder](#), hvor patienterne ønsker at få amputeret raske lemmer. Skulle man følge Sundhedsstyrelsens logik, skulle man også fra samfundets side give mulighed for, at disse mennesker kunne få amputeret raske lemmer af læger i det offentlige sundhedsvæsen – så de kan udtrykke den "kropsidentitet", de føler. Det gør man naturligvis ikke, så hvordan man som læge kan forsvare at amputere raske organer hos andre mennesker, er ikke til at forstå.

Afsnit 5 i vejledningen: Behandling af børn og unge med kønsinkongruens

Citat:

"Den primære indsats til børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet bør være psykosocial støtte og hjælp til at sikre, at barnet/den unge har tætte relationer og er i et miljø, der støtter op om barnets/den unges kønsidentitet."

Her er man i vejledningen nødt til at konkretisere, hvad der skal ske, hvis forældrene ikke "støtter op om barnets/den unges kønsidentitet". Skal barnet så fx fjernes fra forældrene? Hvis det ikke er det, der menes her, bør det så afgjort præciseres, så det ikke kan misfortolkes af fx kommunale sagsbehandlere eller psykologer.

Citat:

"Ved vedholdende og langvarig (minimum to år for børn, som ikke er gået i pubertet) uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet, og hvor barnet/den unge ønsker kønsmodificerende behandling, bør det vurderes, om der er tale om kønsinkongruens, og om der er indikation for kønsmodificerende medicinsk behandling."

Med den formulering bliver der hjemmel til at starte kønsmodificerende behandling hos mindreårige, selvom deres "kønsuoverensstemmelse" først er opstået, efter at puberteten er startet. "Kønsuoverensstemmelsen" skal blot have været "vedholdende og langvarig".

Det er en klar afvigelse – og et helt afgørende tilbageskridt – i forhold til Sundhedsministerens udmelding om den nuværende praksis, idet [sundhedsminister Sophie Løhde den 31. maj 2023 fra Folketingets talerstol meddelte](#), at der ikke længere ville blive givet “kønsmodificerende behandling” til teenagere, hvis kønsdysfori først var opstået efter pubertetens start.

Sundhedsminister Sophie Løhde sagde ordret følgende:

“Tilbageholdenheden kommer særligt til udtryk ved unge med kønsligt ubehag opstået i forbindelse med puberteten, og som udgangspunkt tilbydes behandling kun, hvis barnet eller den unge har oplevet kønsligt ubehag siden barndommen. Hvis det kønslige ubehag først opstår i forbindelse med puberteten, kan den unge blandt andet blive henvist til et refleksions- eller afklaringsforløb. Det ender ofte med, at den unge afsluttes uden medicinsk behandling, da indikationen ikke vurderes opfyldt.”

Hvis det, der menes i vejledningen, ikke er en afvigelse fra det stop for hormonbehandling af teenagere med pludseligt opstået kønsdysfori, som sundhedsminister Sophie Løhde meldte officielt ud i maj 2023, bør det præciseres i vejledningen, så det ikke kan fortolkes forkert af det sundhedsfaglige personale.

Afsnit 5.1 i vejledningen: Psykosocial støtte til børn og unge

Citat:

*“Børn og unge med en oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan udvise tegn på psykisk mistrivsel i en sådan grad, at det påvirker funktionsniveauet i hverdagen. Mistrivslen kan fx vise sig som tendens til **bekymringer, tristhed, uro, udadreagerende adfærd, tvangshandlinger, søvnproblemer, bekymrende skolefravær, selvskade, forstyrret spisning, misbrug eller selvmordstanker.**”*

Vejledningens underliggende hypotese er, at alle de nævnte problemer skyldes “kønsinkongruens” – ikke omvendt. Denne hypotese forhindrer, at man kommer til bunds i, hvad årsagen til følelsen af “kønsinkongruens” er – for nu har man lagt sig fast på, at det er “kønsinkongruensen”, der er årsag til alle disse problemer. Det er en hypotese, der skaber en intentionel blindhed, som er meget, meget farlig.

Citat:

“Det er essentielt, at barnet eller den unges udforskning af kønsidentiteter støttes og accepteres af omgivelserne og særligt af de primære omsorgsgivere. Det kan fx være støtte til ændring af navn, pronomen, beklædning, fritidsinteresser og omklædning i forbindelse med idræt, men dette skal altid ske i det tempo, som barnet eller den unge ønsker. Støtte målrettet omsorgsgivere som fx psykoedukation og facilitering af forældrenes følelsesmæssige bearbejdning kan være hjælpsomt.”

Her blander Sundhedsstyrelsen sig i, hvordan omgivelserne – fx skolen – håndterer barnet. Det er helt uhørt. Det har bl.a. implikationer for andre menneskers ytringsfrihed og tankefrihed og for pigers sikkerhed, privatliv og værdighed. Det har vi ganske enkelt aldrig set fra Sundhedsstyrelsens side i Danmark, vil jeg påstå. Har Sundhedsstyrelsen virkelig fået mandat til dét?

I samme citat får vi at vide, at der desuden skal gives støtte målrettet omsorgsgivere, fx:

- “psykoedukation”
- “facilitering af forældrenes følelsesmæssige bearbejdning”

Så forældrene skal altså hjælpes til at komme sig over sorgen over, at barnet "skifter køn". Det skal "faciliteres". Den form for formulering får det til at fremstå, som om forældrene ikke må stille spørgsmålstejn ved, om barnets følelse af "kønsinkongruens" skyldes ydre påvirkninger. Det er meget vagt formuleret, men det kan fortolkes, som om forældrene skal intimideres, hvis de ikke makker ret. Hvis det ikke er det, der menes, må det udtrykkes mere klart.

Citat:

"Forskellige civilsamfundsorganisationer som eksempelvis Sex & Samfund, Sabaah og Børns Vilkår har støttende tilbud til børn og unge. Derudover tilbyder Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn (FSTB) og LGBT+ Danmark rådgivning, viden og arrangementer målrettet børn, unge og deres omgivelser."

Her reklameres der direkte i vejledningen for Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn (FSTB) blandt andre "civilsamfundsorganisationer". Sammen med LGBT+ Danmark fremhæves FSTB for deres "rådgivning" og "viden".

FSTB har tidligere udgivet pjecer med millionstøtte fra Sundhedsstyrelsen. Pjecer, hvor man undlader at fortælle om, hvordan forældre, pædagoger og skolelærere skal kunne skelne mellem "kønsdysfori" og et barn, der vil vokse op og blive homoseksuelt. De pjecer, som jeg lidt polemisk har kaldt "Don't say gay"-pjecerne.

Det kan man se dokumenteret her: <https://www.transkoen.dk/2023/02/07/sundhedsstyrelsen-har-slettet-alle-oplysninger-paa-deres-website-om-at-de-lagde-en-oplysningskampagne-om-boern-med-koensdysfori-i-haenderne-paa-den-transkoensindoktrinerende-fstb-foreningen-til-stoe/>

Det er uacceptabelt, at Sundhedsstyrelsen reklamerer for "rådgivning" og "viden" hos en organisation, der ignorerer muligheden for, at et barn kan være proto-homoseksuelt eller blot et barn, der afviger fra kønsnormerne af andre grunde – og ikke fordi det er "transkønnet".

Det er også en skandale i sig selv, at disse alternative muligheder ikke nævnes i vejledningen.

Afsnit 5.3 i vejledningen: Udredning af kønsinkongruens og vurdering af indikation for behandling hos børn og unge

Citat:

"Børn og unge er den bedste kilde til at beskrive egen oplevelse af køn og livssituation, og deres beskrivelse er afgørende for udredningen og for, at diagnosen 'kønsinkongruens' kan stilles."

Og videre i samme afsnit:

"Da diagnosen kønsinkongruens (ICD-11) er baseret på individets oplevelse, er dialog og kontakt afgørende for udredningsforløbet med henblik på at kunne forstå barnets/den unges tilstand, ønsker og behov samt refleksioner om fremtiden."

Her fremstilles det, som om barnet er den vise, som har nogle "refleksioner om fremtiden", som det er sundhedsfaglige eksperter ansvar at "kunne forstå". Det er en særdeles ansvarsfritagende forestilling om børns evne til at tage beslutninger om dele af livet, som de ikke har nogen som helst forudsætninger for at forestille sig. Det er et svigt af børn af gigantiske dimensioner.

Citat:

“Modenhed – Er barnet/den unge moden nok til at forstå og reflektere over konsekvenserne ved behandling? En stor del af børn og unge med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har samtidig en udviklingsforstyrrelse, fx autismspektrum-forstyrrelse. Nogle af disse børn/unge har svært ved at udtrykke deres oplevelse af køn og reflektere over effekten og konsekvenserne af den medicinske behandling. Der kan derfor være behov for et længere udredningsforløb, hvor tætte pårørende inddrages i endnu højere grad med henblik på at forstå barnets oplevelse og behov og dermed muliggøre, at der kan stilles en sikker diagnose og vurderes indikation for medicinsk behandling. En udviklingsforstyrrelse er ikke i sig selv en kontraindikation for behandling, hvis diagnosen kønsinkongruens efter grundig udredning er stillet.”

Her får vi at vide, at en udviklingsforstyrrelse ikke i sig selv er nogen forhindring (“kontraindikation”) for behandling af et barn/en ung. Det kræver dog et længere udredningsforløb, hvor tættere pårørende inddrages i endnu højere grad – med henblik på at forstå barnets oplevelse og behov.

Her taler vejledningen ikke om, at udviklingsforstyrrelser kan skabe et ønske om “kønsskifte”, som børn/unge ikke ville have, hvis de ikke havde udviklingsforstyrrelsen, fordi de kan blive draget af internetbårne løfter om fællesskab og eventyragtig lykke. Vejledningen taler udelukkende om, at børn og unge med udviklingsforstyrrelser kan have svært ved at udtrykke deres behov for kønsskifte.

Her svigter Sundhedsstyrelsen igen sårbare mennesker. Sårbare børn og unge med udviklingsforstyrrelser. Hvorfor sløjfer man så ikke diagnosen “udviklingsforstyrrelse” helt, hvis man ikke vil forholde sig til, at børn og unge med udviklingsforstyrrelser kan komme til at tage beslutninger, som de ikke burde have taget?

Citat:

“Det langvarige aspekt er vigtigt at inddrage for at tage højde for den udvikling, der sker i puberteten. Omvendt vil udskudt behandling kunne medføre langvarige fysiske og psykosociale skadevirkninger ved en uønsket pubertetsudvikling i retning af fødselstildelt køn. I den forbindelse skal der være ekstra opmærksomhed på børn og unge, som er blevet tildelt drengekøn ved fødslen, da den maskuliniserende udvikling i forbindelse med puberteten kan være sværere at modificere med krydshormoner efter puberteten og derfor medføre højere risiko for skadevirkninger ved udskudt behandling.”

Og videre lidt længere nede:

1. “Diagnosen kønsinkongruens kan stilles på baggrund af de diagnostiske kriterier i ICD-11.
2. Barnets/den unges oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse.
3. Det forventes, at den medicinske behandling vil hjælpe barnet til bedre trivsel og livskvalitet og/eller forebygge udvikling af psykisk mistrivsel.
4. De forventede fordele ved medicinsk behandling overstiger de mulige skadevirkninger ved behandlingen.
5. De mulige skadevirkninger ved at behandle er mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle.
6. Barnet/den unge er i stand til at følge behandlingen med støtte fra familie eller nære relationer. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen.
7. Barnet/den unge forstår konsekvenserne af behandlingen. Al medicinsk behandling af børn og unge under 15 år i forbindelse med behandling af kønsinkongruens kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere. Da behandling med krydshormon giver irreversible forandringer, er det selvstændige samtykke til behandling centralt. Derfor skal børn og unge være fyldt 15 år før igangsættelse af behandling med krydshormoner medmindre det, for det enkelte barn eller unge, vurderes sundhedsfagligt uforsvarligt at vente med igangsættelse af behandlingen.”

I kriterie 3 er der indlagt en præmis om, at hvis **ikke** man behandler med hormoner, så kan der opstå *“psykisk mistvivl”*. Denne fremtidige, mulige mistvivl er helt udokumenteret, men den er svær at modbevise, da den er mulig og fremtidig.

Denne mulige psykiske mistvivl gentages i kriterie 5. Nu er den blot omformuleret til *“de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle”*. Igen er der tale om noget, som er umuligt at modbevise.

Vejledningen siger altså, at vi skal skabe irreversible forandringer i en mindreårige krop på baggrund af en uunderbygget påstand om, at den naturlige pubertet måske ville kunne skabe mistvivl.

Den påstand er meget alvorlig, for det er jo en form for følelsesmæssig pression, der i situationen vil være umulig at modbevise. For det er jo muligt, at der muligvis eventuelt kunne opstå fremtidig psykisk mistvivl.

Så vi har altså et alvorligt tilbageskridt her i Danmark: Krydshormoner kan gives til børn før 15-års-alderen. Man skal bare fremmane scenarier med mulig psykisk mistvivl, hvad man jo altid vil kunne.

Afsnit 6.1 i vejledningen: Psykosocial støtte til voksne

Citat:

“Personer med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet kan opleve minoritetsstress, stigmatisering og selvstigmatisering. Det er derfor vigtigt at støtte op om, at disse personer trygt kan være dem, de er, og at omgivelserne tilpasses deres kønsidentitet, fx ved at der støttes op om ændring af navn, pronomen, beklædning, fritidsinteresser samt toilet- og omklædningsforhold.”

Her blander Sundhedsstyrelsen sig igen i omgivelsernes adfærd og tale. Sundhedsstyrelsen lægger bånd på andre menneskers ytringsfrihed, handlefrihed og tankefrihed – og indskrænker pigers og kvinders sikkerhed, privatliv og værdighed, fordi risikoforskellen mellem mænd og kvinder tilsløres, når man presser samfundet til at opføre sig, som om mænd kan være kvinder.

Som jeg har nævnt tidligere, mener jeg ikke, at vi nogensinde har set det fra Sundhedsstyrelsens side i Danmark. Det her er således ikke bare en vejledning til læger og andre behandlere. Vejledningen bliver her nogle forskrifter, som alle borgere i Danmark ikke må overtræde i hverken tale eller handling. Det går ganske enkelt ikke.

Citat:

“En stor del af voksne med uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet har samtidig en udviklingsforstyrrelse, fx autismespektrum-forstyrrelse. Nogle af disse voksne har svært ved at udtrykke deres oplevelse af køn og reflektere over effekten og konsekvenserne af den kønsmodificerende behandling.”

Som det var tilfældet i afsnittet om børn og unge, får vi her at vide, at det eneste problem ved udredning af personer med udviklingsforstyrrelser er, at de kan have svært ved at udtrykke sig og reflektere over konsekvenser. Der er ingen refleksion over, at fx mennesker med autisme kan blive draget af kønsidentitetsforestillinger, fordi de føler sig anderledes end andre mennesker – på grund af deres autisme.

Igen bør man overveje, hvorfor man så ikke sløjfer diagnosen udviklingsforstyrrelser helt, hvis ikke man samtidig anerkender, at mennesker med udviklingsforstyrrelser kan blive ofre for sociale påvirkninger og forestillinger om fællesskab og lykke i langt højere grad end andre mennesker. Hvordan man som læge eller psykolog kan leve med det svigt af sårbare mennesker, er vanskeligt at fatte.

Citat:

“For at kunne komme i betragtning til kønsmodificerende behandling kræves et vedholdende og langvarigt ønske om behandling af kønsinkongruens. Dette er begrundet i risikoen for irreversible skadevirkninger og manglende viden om langtidseffekter. Omvendt vil manglende behandling kunne medføre langvarige psykosociale skadevirkninger. Grundet kompleksiteten af dette varetages udredning og afvejning af fordele og ulemper ved at tilbyde eller ikke tilbyde kønsmodificerende behandling af de forskellige fagligheder i det multidisciplinære team. Beslutningen vil altid bero på en samlet, individuel vurdering. Det er vigtigt at informere personen om, at der i behandlingsforløbet løbende vil blive taget stilling til, om der er indikation for yderligere kønsmodificerende behandling.

For at der kan stilles lægefaglig indikation for medicinsk behandling, skal det på konference i det multidisciplinære team vurderes, om følgende kriterier er opfyldt:

- 1. Diagnosen kønsinkongruens kan stilles på baggrund af de diagnostiske kriterier i ICD-11.*
- 2. Personens oplevelse af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og kønsidentitet skyldes ikke anden sygdom eller lidelse.*
- 3. Det forventes, at den kønsmodificerende behandling vil hjælpe personen til bedre trivsel og/eller forebygge, at personen udvikler psykisk mistrivsel.*
- 4. De forventede fordele ved den kønsmodificerende behandling samlet set overstiger de mulige skadevirkninger ved behandlingen.*
- 5. De mulige skadevirkninger ved at behandle forventes at være mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle.*
- 6. Personen er i stand til at følge behandlingen med støtte fra netværk. Hvis ikke, skal der sikres den nødvendige støtte gennem bopælskommunen.*
- 7. Personen forstår konsekvenserne af behandlingen, og at der er indhentet informeret samtykke.”*

Kriterierne her er med enkelte modifikationer de samme som for børn og unge.

Det lyder jo umiddelbart fornuftigt, at (kriterie 5) det er en forudsætning for behandling, at “*de mulige skadevirkninger ved at behandle forventes at være mindre indgribende i den enkeltes liv end de mulige psykosociale risici ved ikke at behandle.*” Men skulle behandlere reelt tage dette kriterie alvorligt, ville der slet ikke kunne foregå “kønsmodificerende behandling”. For der er klare skadevirkninger ved at behandle, mens “*de mulige psykosociale risici*” er en vag, tåget forventning, som der ikke findes nogen reel evidens for.

Så hvis vi skulle tro på, at man rent faktisk ville anvende kriterie 5 til noget, så ville der ikke være brug for nogen vejledning overhovedet, for så ville al “kønsmodificerende behandling” være aflyst. Så på det grundlag kan vi ikke tage alvorligt, at der rent faktisk vil blive anvendt ovenstående kriterier ved afgørelsen af, om der skal igangsættes behandling eller ej.

Hvis man gennemsøger vejledningen fra 2018 ([Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold](#)) efter ordet “skade”, finder man kun omtale af skader **ved** behandlingen. Der er ingen omtale af skader ved **ikke** at behandle.

At man nu igen og igen i den nye vejledning fremmaner disse mulige “skadevirkninger” – omtalt helt vagt og uden dokumentation – ved **ikke** at behandle, er efter min vurdering et alvorligt tilbageskridt. Det er ansvarsløst og meget farligt.

Begrebet “detransition” i vejledningen

I vejledningens ordliste står der:

“Detransition

Processen hvor en person vender tilbage til at leve som deres fødselstildelte køn, og dermed har et opgør med pågående eller gennemført behandling (medicinsk, kirurgisk, social, og/eller juridisk). Ikke nødvendigvis synonym med fortrydelse, da nogen detransitionerer pga. ændrede ønsker, utilfredshed med resultatet eller bivirkninger til medicin uden fortrydelse af tidligere behandling.”

Der er ingen fodnoter her. Og i resten af vejledningen er der heller ingen data, som man støtter sig til, mht. hvor mange der detransitionerer eller hvorfor. Man konstaterer det bare.

Og man påstår sågar, at selvom detransition skal ses som et “opgør med pågående eller gennemført behandling”, så betyder det ikke nødvendigvis, at personerne, der detransitionerer, fortryder. Selvom nogen af dem detransitionerer pga. utilfredshed (?) “uden fortrydelse af tidligere behandling”.

Det hænger ikke sammen. Fortryder man ikke, selvom man er “utilfreds med resultatet” – af noget irreversibelt, som fx betyder, at man ikke kan få børn?

Det går ikke, at man i en officiel vejledning til sundhedsfagligt personale skriver noget selvmodsigende vrøvl, som ikke baserer sig på andet end lægers og andre behandleres besværgelser og manglende ønske om at konfrontere konsekvenserne af det, de foretager sig.

I afsnit 6.4.3 – Opfølgning på medicinsk behandling af voksne – står der følgende:

“Nogle personer, der har modtaget kønsmodificerende medicinsk behandling, ønsker senere at stoppe behandlingen med henblik på detransition. Det er det multidisciplinære team, der på baggrund af en fornyet konkret og individuel sundhedsfaglig udredning (som beskrevet i afsnit 6.3), tager stilling til, om det er muligt at tilbyde kønsmodificerende behandling i detransitionsfasen.”

Så nu omformuleres problemet med, at nogle patienter fortryder den irreversible lemlæstelse og amputation af raske organer, til, at det er en naturlig “fase” i nogle patienters forløb. Det er en manipulerende løben fra ansvaret for fejlbehandling fra lægers side, som man ikke har set længe.

Med venlig hilsen

Lotte Ingerslev

Psykoteraapeut, medlem af SEGM

(Society for Evidence-Based Gender Medicine)

Email: lotte@transkoen.dk

Transkøn.dk