
Diagnosens makt

LEDER

ANNE KVEIM LIE

Anne Kveim Lie (f. 1969) er lege og førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KETIL SLAGSTAD

ketil.slagstad@tidsskriftet.no

Ketil Slagstad (f. 1983) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Den nye diagnosen kjønnsinkongruens er en anerkjennelse av transpersoners rett til selv å bestemme hvem de vil være.

Forståelsen av kjønn og kjønnsidentitet er i endring i Norge og internasjonalt. Det må ses som et uttrykk for det når diagnosegruppen «kjønnsidentitetsforstyrrelser», herunder «transseksualisme» og «andre kjønnsidentitetsforstyrrelser», forsvinner fra diagnosemanualen ICD-11 som lanseres i disse dager. I stedet kommer diagnosen «kjønnsinkongruens», som favner også de som verken definerer seg som mann eller kvinne, de som har en ikke-binær kjønnsidentitet. Diagnoseendringen er et resultat av lang tids kamp fra en marginalisert og stigmatisert gruppe i samfunnet, men også av samtidens endrede forståelse av kjønnsidentiteter [\(1, 2\)](#).

Diagnoser er ikke uskyldige [\(3\)](#). Diagnoser skiller sykt fra friskt og definerer normalitetens grenser – slik samfunnet til enhver tid oppfatter dem. Slik er hekseri, drapetomani (slavers tendens til å rømme) og homofili blitt oppfattet som sykdommer til ulike tider. Diagnoser er omstridt: De kan skape konflikt mellom pasient og lege, mellom leger eller mellom profesjoner – blant annet ved å bestemme hvem som skal ta ansvar for ulike sykdommer [\(4\)](#). De former pasientens livshistorie og selvpplevelse og styrer forskning og økonomiske prioriteringer [\(3\)](#). Derfor er de viktige for pasientorganisasjoner, som gjennom

dem kjemper for anerkjennelse, finansiering og andre former for støtte (5). Historien om diagnostiseringen av kjønnsvarianter er et godt eksempel på diagnosens funksjon i medisinen.

I over 100 år har vestlig medisin satt merkelapper på kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk som har skilt seg fra (og dermed truet) det samfunnet har oppfattet som normalt: sexual inversion (1870), metamorphosis sexualis paranoica (1886), transvestisme (1910), eonisme (1928) og transseksualisme (1966) er alle eksempler på det. I diagnosemanualene har kjønnsvarianter figurert under ulike rubrikker, som seksuelle avvik, psykoseksuelle lidelser og kjønnsidentitetsforstyrrelser. Diagnosene har bidratt til å øke stigmatiseringen av transpersoner. Derfor har mange aktivister ment at diagnosen bør oppheves, slik homofili ble fjernet i 1990. Men medisinen har for transpersoner også muliggjort identiteter, liv og kropp. Siden fortellingen om Georg Jørgensen – som gjennom kjønnsbekreftende behandling ble til Christine Jørgensen i København i 1952 – ble verdenskjent, har pasienter søkt hjelp hos leger for å få kroppene til å stemme bedre overens med kjønnsidentiteten. Derfor har også arbeidsgruppen i ICD-11 – med støtte fra mange aktivister – besluttet at det er viktig å beholde en diagnose, ikke minst fordi diagnoser utløser rettigheter, som helsetjenester og trygdeytelser (6).

Hvorfor er diagnoseendringen viktig? For det første anerkjenner den nye diagnosen at kjønnsidentiteter er flytende. Begreper som «anatomisk kjønn» og «motsatt kjønn» er fjernet. Transseksualismediagnosen i ICD-10 (F-64.0), som nå faller bort, var myntet på dem som føler at de er «født i feil kropp», det vil si har definert seg som enten mann eller kvinne. Det er kun pasienter med den diagnosen som til nå er blitt tilbudt kjønnsbekreftende behandling ved Rikshospitalet. Den nye diagnosen kjønnsinkongruens defineres som et manglende samsvar mellom ens kjønnsidentitet og primære eller sekundære kjønnskarakteristika, ledsaget av et sterkt ønske om å fjerne eller endre noen eller alle disse. Diagnosen bereder grunnen for at flere med ulike kjønnsidentiteter bør få tilgang til kjønnsbekreftende behandling. Manglende tilgang til helsetjenester – på grunn av økonomi, restriktiv politikk eller kunnskapsmangel blant helsepersonell – har ført til risikofylt selvmedisinering (6, 7). Den siste tidens oppmerksomhet om at transpersoner i Norge søker private helsetilbud for kjønnsbekreftende behandling kan ses i lys av at vi har en for restriktiv behandlingspraksis (8).

For det andre er den nye diagnosen i ICD-11 tatt ut av kapitlet om psykiske lidelser og plassert i et nytt kapittel for seksuell helse som eksplisitt integrerer medisinske og psykologiske perspektiver. Arbeidsgruppen til Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer altså ikke kjønnsinkongruens som en psykiatrisk diagnose (6). En viktig grunn til å sette diagnosen i et nytt kapittel var at psykiatere i mange land har fungert som portvoktere i et omfattende og tungvint system som har komplisert tilgangen til helsetjenester (6). Til forskjell fra ICD-10 forutsetter man ikke i ICD-11 at alle transpersoner ønsker full kjønnsbekreftende behandling: Noen vil kanskje bare ønske resept på en parykk, noen hormonbehandling, noen vil fjerne ansiktsbehåring, andre vil fjerne brystene, og noen vil ønske «full» kjønnsbekreftende behandling med hormoner og kirurgi.

Gruppen av transpersoner er heterogen, og vi trenger prospektive behandlingsstudier, også for medisinsk behandling av den bredere gruppen av pasienter som faller inn under de nye diagnosekriteriene for kjønnsinkongruens (2). Mens vi venter er det uansett på tide med et helsetilbud som, fremfor alt, ikke gjør skade mot dem det er ment å hjelpe.

LITTERATUR

1. Brean A. Hun, han, hen og alle andre. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1919. [PubMed][CrossRef]
2. Richards C, Bouman WP, Seal L et al. Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiatry* 2016; 28: 95 - 102. [PubMed][CrossRef]
3. Jutel A. Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociol Health Illn* 2009; 31: 278 - 99. [PubMed][CrossRef]
4. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q* 2002; 80: 237 - 60. [PubMed][CrossRef]
5. Brown P, Zavestoski S. Social movements in health: an introduction. *Sociol Health Illn* 2004; 26: 679 - 94. [PubMed][CrossRef]
6. Reed GM, Drescher J, Krueger RB et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016; 15: 205 - 21. [PubMed][CrossRef]
7. Rotondi NK, Bauer GR, Scanlon K et al. Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: «do-it-yourself» transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *Am J Public Health* 2013; 103: 1830 - 6. [PubMed][CrossRef]
8. Wæhre A, Tønseth KA. Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret, Bent Høie? *Aftenposten* 21.3.2018
https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/BJvg49/Vi-har-fatt-en-eksplosiv-okning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret_-Bent-Hoie--Anne-Wahre-og-Kim-Alexander-Tonseth (5.6.2018)

Publisert: 11. juni 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0438
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.