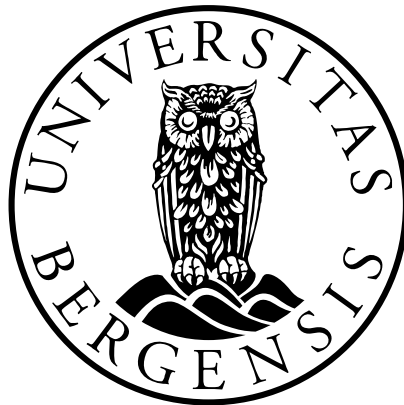


Barns rett til å bestemme kjønn

En vurdering av barns selvbestemmelsesrett ved spørsmål om hormonbehandling for kjønnsinkongruens

Kandidatnummer: 268

Antall ord: 14 916



JUS399 Masteroppgave
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

10.05.2023

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1 Innledning	3
1.1 Tema, problemstilling og aktualitet	3
1.2 Terminologi	4
1.3 Metode	5
1.4 Rettskildebildet	7
1.5 Struktur og avgrensninger	8
2 Helsehjelp til barn med kjønnsinkongruens	9
2.1 Diagnosen kjønnsinkongruens i ICD-11	9
2.2 Forekomst	10
2.3 Variasjon i behovet for behandling og valg av behandlingsform	11
2.4 Nærmere om hormonbehandling	12
2.4.1 Pubertetsutsettende hormonbehandling	12
2.4.2 Kjønnsbekreftende hormonbehandling	13
2.5 Behandlingstjenestene	14
2.6 Kort om barns rett til hormonbehandling	15
2.6.1 Sentrale menneskerettigheter	15
2.6.2 Norsk helselovgivning	17
3 Foreldrenes bestemmelsesrett og barnets gradvis utviklede evner	19
3.1 Foreldrenes bestemmelsesrett i kraft av foreldreansvaret	19
3.2 Barnets gradvis utviklede evner	20
3.2.1 Barnets mening skal vektlegges etter alder og modenhet	20
3.2.2 Barnets gradvise selvbestemmelsesrett	21
4 Hvem må samtykke til hormonbehandlingen?	23
4.1 Informert samtykke som hjemmelsgrunnlag	23
4.2 Hovedregelen om at barn over 16 år har samtykkekompetanse i helsespørsmål	25
4.3 Unntak fra barnets samtykkekompetanse etter fylte 16 år	26
4.3.1 Særlig lovbestemmelse	26
4.3.2 Tiltakets art	26
4.4 Unntak fra foreldrenes samtykkekompetanse før barnet fyller 16 år	28
4.4.1 Innledende merknader	28

4.4.2	Grunner som bør respekteres.....	29
4.4.3	Tungtveiende hensyn.....	31
4.4.4	Tiltakets art.....	33
4.5	Må begge foreldrene samtykke?	34
5	Barnets beste.....	36
5.1	Barnets beste som rettslig prinsipp.....	36
5.2	Prinsippets betydning for barnets bestemmelsesrett ved hormonbehandling	37
5.2.1	Momenter i vurderingen.....	37
5.2.1	Foreldrenes plikt.....	37
5.2.2	Helsepersonellens plikt	38
5.3	Hvorvidt barnets beste-vurderingen bør forankres i tverrfaglige team	40
6	Avsluttende betraktninger.....	41
6.1	Oppsummering	41
6.2	Diskusjon.....	42
6.2.1	Bør foreldrene likevel involveres av hensyn til barnet?.....	42
6.2.2	Bør barns selvbestemmelsesrett for spørsmål om hormonbehandling reguleres særskilt?.....	43
	Kilderegister	46

1 Innledning

1.1 Tema, problemstilling og aktualitet

Rettighetene til personer som opplever manglende samsvar mellom fødselskjønn og kjønnsidentitet har i økende grad vært tema i norsk og internasjonal samfunnsdebatt. Samtidig som kunnskapen og aksepten for variasjon i kjønnsidentitet øker, er det et tema som vekker sterke følelser og meninger. Debatten om medisinsk behandling for personer, og særskilt barn, med kjønnsinkongruens har vært av stor allmenn interesse. Også innad i det medisinske fagmiljøet i Norge har tematikken vært gjenstand for opphetede diskusjoner.¹ Det er uttrykt bekymring for at nåværende ordskifte og konfliktnivå hemmer mer enn fremmer utvikling av forsvarlige helsetjenester og behandlingstilbud.²

Ofte vil personer som ønsker medisinsk behandling for kjønnsinkongruens, ha et ønske om å sette i gang med hormonbehandling i ung alder enten for å få tid til å utforske egen kjønnsidentitet eller som bidrag for å bekrefte ens kjønnsidentitet. Tilgangen på slik helsehjelp kan virke positivt inn på deres psykiske helse og være viktig for å øke livskvaliteten.³ Når det er tale om barns rettslige stilling blir vurderingene som ligger til grunn mer kompliserte og flere aktører kommer inn i bildet: helsepersonell, barn og foreldre. Dette fordi barn er en sårbar gruppe med særlig behov for beskyttelse.⁴ Mens naboland som Sverige og Finland nylig har strammet inn på reglene om barns tilgang på medisinsk behandling for kjønnsinkongruens, hevdes det at Norge går i motsatt retning.⁵

Medisinsk behandling av barn med kjønnsinkongruens er et faglig utfordrende tema, både etisk, samfunnsvitenskapelig, psykologisk, medisinsk og juridisk. Det reiser en rekke rettslige spørsmål, hvor denne avhandlingen skal se nærmere på om, og i hvilken utstrekning barn kan samtykke til hormonbehandling på egenhånd. Ifølge nye nasjonale og internasjonale retningslinjer for behandling av kjønnsinkongruens bør slike beslutninger tas av barnet,

¹ Se for eksempel NRK TV debatten og folkeopplysningen (2022). Se også Wæhre og Tønseth: «Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret, Bent Høie?» og Økland, «Det er gammeldags å skjære i friske kropper» i Aftenposten (2018).

² Ukom (2023) s. 42.

³ de Vries et al. (2014); Arnoldussen et al. (2019); Achille et al. (2020); Chen et al. (2023).

⁴ Innst. 169 S (2012-2013) pkt. 1.8.14.

⁵ Se for eksempel NRK (2022), «Sverige har strammet inn behandling til unge transpersoner. I Norge går vi motsatt vei».

familien og behandlingsteamet sammen.⁶ I praksis skjer imidlertid ikke alltid dette.⁷ Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten rapporterte nylig om at det er variasjon i hva som gjøres og vektlegges i utredning, behandling og oppfølging av barn med kjønnsinkongruens, herunder hvordan barnets samtykkekompetanse tolkes og praktiseres.⁸ Spørsmålet er om barnets ønske om hormonbehandling i form av pubertetsutsettende eller kjønnsbekreftende hormoner er tilstrekkelig, eller om det også er et krav at barnets foreldre samtykker til den.

1.2 Terminologi

Med *fødselskjønn* eller *kjønn tildelt ved fødselen* menes det kjønn en person registreres med etter fødselen. For de aller fleste vil det være enten gutt eller jente, ved at man blir født med entydige mannlige og kvinnelig kjønnsorganer og andre kroppslige kjennetegn.⁹

Begrepet *juridisk kjønn* brukes om det kjønn en person er registret med i folkeregisteret, i tråd med hvordan det defineres i lov om endring av juridisk kjønn.¹⁰

Kjønnsidentitet handler om egen opplevelse og erkjennelse av å være gutt/mann, jente/kvinne, begge deler, ingen av delene eller noe annet. Denne opplevelsen kan være i samsvar med eller bryte med ens fødselskjønn.¹¹

Transpersoner eller *trans* brukes ofte for personer som helt eller delvis identifiserer seg på en annen måte enn ens fødselskjønn. Noen identifiserer seg innenfor tokjønnsmodellen (binære), altså som gutt/mann eller jente/kvinne, mens andre identifiserer seg som et kjønn utenfor tokjønnsmodellen eller opplever sitt kjønn som flytende (ikke-binære). Det handler om kjønnsidentitet, ikke om utseende, seksualitet, diagnose eller om man har fått helsehjelp.¹²

Personer som opplever samsvar mellom fødselskjønn og kjønnsidentitet, betegnes ofte som *cis* eller *cispersoner*.¹³

⁶ Helsedirektoratet (2020) s. 9; SOC-8 (2022) statement 6.10 og 7.8.

⁷ Blant annet tema i sak hos Statsforvalteren i Oslo og Viken 2021/26820, som tas opp i punkt 4.4.2.

⁸ Ukom (2023) s. 19 og 34.

⁹ Store norske leksikon (2022), «Fødselskjønn».

¹⁰ Lov 17. juni nr. 46 om endring av juridisk kjønn § 1.

¹¹ Prop. 88 L (2012-2013) s. 110; Prop. 81 L (2016-2017) s. 85.

¹² Prop. 88 L (2012-2013) s. 110; Prop. 81 L (2016-2017) s. 86.

¹³ Bufdir, «LHBT+-ordlista».

Kjønnsinkongruens brukes som et samlende medisinsk begrep for personer som opplever manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og fødselskjønn.¹⁴ Det omtales nærmere under punkt 2.1.

Noen transpersoner opplever *kjønnsdysfori*. Dysfori betyr ubehag, slik at kjønnsdysfori viser til ulike former for subjektivt ubehag, psykisk smerte eller andre plager som er forårsaket av manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og fødselskjønn.¹⁵

Oppgaven ser nærmere på *pubertetsutsettende og kjønnsbekreftende hormonbehandling*. Samlet omtales disse to behandlingstypene for *hormonbehandling*, og behandles nærmere i punkt 2.4.

Utprøvende/eksperimentell behandling defineres som all behandling der effekt, risiko og bivirkninger ikke er tilstrekkelig dokumentert til at behandlingen kan inngå i det ordinære behandlingstilbudet.¹⁶

Barn brukes om mindreårige mennesker, slik det defineres i for eksempel barnekonvensjonen¹⁷ artikkel 1, som omtaler barn som «ethvert menneske under 18 år». Selv om det i dagligtalen kan være mer naturlig å snakke om mennesker i tenårene som ungdommer eller unge, vil oppgaven bruke begrepet barn gjennomgående for alle under 18 år.

Foreldre i denne oppgaven skal forstås som foreldrene eller andre som har foreldreansvar etter reglene i barneloven¹⁸ kapittel 5. Oppgaven bruker kun begrepet foreldre, selv om det kan tenkes tilfeller hvor for eksempel andre slektninger eller barnevernstjenesten har ansvaret for barnet. Foreldre er konsekvent omtalt i flertall til tross for at det kan være tale om kun en forelder.

1.3 Metode

Avhandlingens sentrale rettsprinsipp er barnets med- og selvbestemmelsesrett, foreldreansvaret og barnets beste. Disse står tidvis i et spennings- og motsetningsforhold,¹⁹

¹⁴ Helsedirektoratet (2020) s. 3.

¹⁵ Store norske leksikon (2022), «Kjønnsdysfori».

¹⁶ Meld St. 10 (2012-2013) s. 105.

¹⁷ Menneskerettighetsloven, vedlegg 8: FNs konvensjon om barnets rettigheter med protokoller (norsk oversettelse).

¹⁸ Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova – bl.).

¹⁹ Aasen (2008) s. 5.

samtidig som de må sees i sammenheng når barns rettigheter ved spørsmål om behandling for kjønnsinkongruens vurderes. Formålet med den videre fremstillingen er å få frem spenningsforholdet og samspillet mellom barns bestemmelsesrett og foreldres rettigheter, plikter og ansvar for barnet.

Oppgaven vil hovedsakelig være en rettsdogmatisk fremstilling og analyse av de menneskerettslige, barnerettslige og helserettslige spørsmålene som berøres. Barns selvbestemmelsesrett ved medisinsk behandling av kjønnsinkongruens er ikke særskilt regulert i lov, har ikke vært tema for norske domstoler og er forholdsvis lite behandlet i juridisk teori. En sentral del av arbeidet har derfor vært å bruke kilder som sier noe generelt om barns selvbestemmelsesrett ved helsehjelp, for så å få frem hvordan de skal forstås for den konkrete behandlingstypen oppgaven tar for seg. Avslutningsvis vil jeg, på bakgrunn av oppgavens hoveddel, blant annet drøfte om det bør innføres særskilte regler for barns selvbestemmelsesrett ved hormonbehandling for kjønnsinkongruens. Oppgaven vil følgelig ha en redegjørende fremstilling, med innslag av selvstendige analyser og argumentasjon.

En utfordring med arbeidet har vært å behandle et tverrfaglig tema med store meningsmotsetninger. For å skrive oppgaven har det vært nødvendig å få en viss medisinsk forståelse for norsk helsetjeneste i sin helhet, helsetilbudet til barn med kjønnsinkongruens og forskningsgrunnlaget på hormonbehandlingens virkning. Oppgaven viser til anerkjent medisinsk forskning der det anses som et nødvendig bakteppe for den juridiske diskusjonen. For å belyse samfunnssituasjonen, når det gjelder den offentlige debatten, forekomst og behandlingstilbud, vises det til samfunnsvitenskapelige kilder som undersøkelser og rapporter.

Et annet særpreg med oppgaven er bruken av saker jeg har fått innsyn i fra Statsforvalteren i Agder, samt Oslo og Viken. Sakene er relevant for oppgavens tema, da Statsforvalteren er både klageinstans og tilsynsmyndighet for helsetjenesten.²⁰ Hensikten bak å be om innsyn har ikke vært å foreta grundige analyser av hver enkelt sak, men å få en større forståelse for hvilke problemstillinger som oppstår i praksis. At oppgavens problemstilling ble barnets selvbestemmelsesrett, har sammenheng med at dette har vært en tematikk i flere av sakene hos Statsforvalteren.²¹ Metodisk sett, nevnes enkelte av dem forløpende gjennom teksten for å

²⁰ Pasientens og pårørendes rett til å klage eller anmode tilsyn er regulert i pbrl. §§ 7-2 og 7-4.

²¹ Dokumentene jeg har fått innsyn i er offentlige etter hovedregelen i offentleglova § 3, da taushetsbelagte opplysninger er fjernet. De er ikke allment tilgjengelig, da innsyn gis kun ved forespørsel.

illustrere hvilke spørsmål som har oppstått i praksis, samt for å gi en pekepinn på hvordan reglene tolkes og anvendes. Av hensyn til at sakene er av dyp privat karakter for de involvert, er detaljer fra sakene forsøkt utelatt i størst mulig grad.

1.4 Rettskildebildet

Ettersom oppgaven tar for seg en rekke sentrale barnerettslige prinsipper er barnekonvensjonen²² og Grunnlovens § 104²³ viktige rettskilder. Barnekonvensjonen skal gjelde som norsk lov og ved motstrid gå foran bestemmelser i annen nasjonal lovgivning jf. menneskerettsloven § 3 jf. § 2 nr. 4. FNs barnekomité utarbeider generelle kommentarer til barnekonvensjonens innhold. I motsetning til konvensjonen er disse uttalelsene ikke folkerettslig bindende, men Høyesterett har en rekke ganger lagt vekt på dem der konvensjonen har vært i bruk.²⁴ Videre nevnes Yogyakarta-prinsippene²⁵ kort, som er nedfelte prinsipper om bruken av internasjonale menneskerettigheter for seksuell orientering og kjønnsidentitet.²⁶ Prinsippene er ikke juridisk bindende, men regnes som en autorativ rettskilde ved tolkningen av menneskerettighetene.²⁷

Som nevnt finnes det ingen særlovgivning i Norge som behandler medisinsk behandling for kjønnsinkongruens. I stedet for må behandlingen følge den generelle helselovgivningen, der pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)²⁸ regulerer barn og foreldres samtykkekompetanse i helsespørsmål.

Spesielt for oppgavens tema, er utarbeidelsen av internasjonale og nasjonale retningslinjer for behandling av kjønnsinkongruens. World Professional Association for Transgender Health (WPATH) oppdaterer jevnlig kunnskapsoppsummeringer fra internasjonal forskning og praksis fra klinisk arbeid. Verktøyet heter Standards of Care, hvor den nyeste versjonen SOC-8 ble utgitt i 2022.²⁹ Av nasjonale retningslinjer, lanserte Helsedirektoratet i april 2020 en nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens. Oppdraget var å utarbeide faglige

²² Vedtatt av FNs generalforsamlings resolusjon 44/25, 20. november 1989 (i kraft 2. september 1990). Ratifisert av Norge 8. januar 1991.

²³ For å illustrere barns spesielle sårbarhet og behov, ble det tatt inn en egen bestemmelse om vern av barns rettigheter i § 104, jf. Innst. 169 S (2012-2013) pkt. 1.8.14.

²⁴ Se for eksempel HR-2019-2301-A avsnitt 78-82 og HR-2020-661-S avsnitt 80.

²⁵ The Yogyakarta Principles (2006).

²⁶ Prop. 74 L (2015-2016) s. 14.

²⁷ Prop. 88 L (2012-2012) s. 117; Sørli og Hellum (2021) s. 19-20.

²⁸ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl.).

²⁹ Første utgave kom ut i 1979 og er siden da jevnlig oppdatert.

anbefalinger for behandling av kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens, som følge av bekymring for helsetilbudet til denne pasientgruppen.³⁰ Retningslinjen har imidlertid fått kritikk for å være uklar og basert på mangelfull vitenskapelig forskning.³¹ Retningslinjene er ikke rettslige bindende, men faglig normerende for tjenesten og ment som et hjelpemiddel for helsepersonell.³²

1.5 Struktur og avgrensninger

Vurderingen av barns selvbestemmelsesrett ved hormonbehandling for kjønnsinkongruens, skal kun behandles etter norsk rett. Oppgaven avgrenser til å behandle to behandlingsformer, nemlig pubertetsutsettende og kjønnsbekreftende hormoner.³³ Det er forsøkt å skille mellom de ulike behandlingsformene, der det anses av betydning for drøftelsen. Videre er det en forutsetning for oppgavens problemstilling at barnet har et ønske om å iverksette denne typen behandling, såkalt frivillig helsehjelp.³⁴

Retten til behandling etter menneskerettighetene og nasjonal lovgivning vil kun nevnes kort. Dette fordi spørsmålet om barnets selvbestemmelsesrett, i utgangspunktet forutsetter at behandlingen allerede er vurdert som forsvarlig og nødvendig helsehjelp av kompetent helsepersonell i den konkrete saken. Videre avgrenses det mot den ressursmessige situasjonen og andre økonomiske spørsmål, for eksempel med hensyn til mulige erstatningskrav av å tilby eller ikke tilby behandling.

I den videre fremstillingen vil jeg først se nærmere på hva behandling av barn med kjønnsinkongruens innebærer, som et bakteppe for oppgavens rettslige drøftelser. For å kunne vurdere barnets selvbestemmelsesrett, vil jeg i punkt 3 ta for meg forholdet mellom barn og foreldre mer generelt. Punktene 4 og 5 utgjør oppgavens hovedpunkter, hvor hovedregelen og unntakene for barnets samtykkekompetanse vurderes konkret opp mot hormonbehandlingens virkninger, og i lys av barnets beste.

³⁰ Helsedirektoratet (2020) s. 45.

³¹ Blant annet av Surén, Wæhre, Tønseth, Bauge og Stoltenberg i Aftenposten (2020).

³² Helsedirektoratet (2020), «hva er nasjonale retningslinjer?» punkt 12.1.

³³ Se punkt 2.4 om behandlingsformene.

³⁴ Omtalt som at barnet må ha en klar vetorett ved spørsmål om behandling av kjønnsinkongruens, se Sandberg (2015) s. 346 og Sandberg og Jessen (2021) s. 252.

2 Helsehjelp til barn med kjønnsinkongruens

2.1 Diagnosen kjønnsinkongruens i ICD-11

Kjønnsinkongruens er definert i International Classification of Diseases and Related Health Problems 11 (ICD-11),³⁵ som er den nyeste versjonen av det internasjonale klassifiserings- og diagnosesystemet Verdens helseorganisasjon (WHO)³⁶ er ansvarlig for. Alle WHO's medlemsland, inkludert Norge, skal benytte seg av dette kodesystemet. I Norge jobber man med tilpassing av ICD-11 til nasjonale forhold før den kan tas i bruk.³⁷ I påvente av full implementering, ble det i 2020 gjort midlertidige endringer av kodesystemet for kjønnsinkongruens. Det resulterte i tre nye nasjonale koder: Z76.80 for kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder, Z76.81 for kjønnsinkongruens i barndom og Z76.89 for uspesifisert kjønnsinkongruens.³⁸ Ettersom oppgaven reiser spørsmål om hormonbehandling er Z76.80 den mest relevante diagnosen, da behandlingen forutsetter at barnet har nådd en viss alder eller kroppslig utvikling.³⁹ Den defineres slik:

Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder karakteriseres av en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn og tildelte kjønn, som ofte leder til et ønske om endring, for å leve og bli akseptert som en person av det opplevde kjønn, gjennom hormonbehandling, kirurgi eller annen helsehjelp for å få kroppen til å samsvare, så mye som ønskelig og i den utstrekning det er mulig, med det opplevde kjønn. Diagnosen kan ikke stilles før starten av puberteten. Diagnosen kan ikke stilles på bakgrunn av oppførsel eller preferanser utenfor normen for det tildelte kjønn alene.

Følgelig fremheves den subjektive opplevelsen av kjønn, istedenfor mer normative vurderinger av pasientens situasjon, som for eksempel at det i den forrige versjonen sto at pasienten normalt opplever en følelse av avsky for ens fødselskjønn.⁴⁰ Tidligere var det også

³⁵ ICD-11 kapittel 17 med kodene HA60, HA 61 og HA6Z.

³⁶ World Health Organization (WHO), FNs særorganisasjon for helse.

³⁷ Store norske leksikon (2022), «ICD-11».

³⁸ Medisinsk kodeverk er tilgjengelig på FinnKode, «ICD-10», av direktoratet for e-helse. Kapittel Z76 har overskriften «kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter».

³⁹ Se punkt 2.4.

⁴⁰ Slagstad (2021) s. 191.

et krav om at pasienten måtte ønske å tilhøre det *motsatte* kjønn.⁴¹ Dagens definisjon inkluderer et større kjønns mangfold ved å inkludere ikke-binære transpersoner,⁴² i tråd med økende kunnskap om at noen verken definerer seg som mann eller kvinne.⁴³ En annen endring er at diagnosene ble flyttet fra kapittelet om psykiske lidelser til et nytt kapittel om seksuell helse. Dette har betydd at transpersoner verden over ikke lenger er definert som psykisk syke, og må sees som uttrykk for at medisinsk kjønnsforståelse er i bevegelse.⁴⁴

2.2 Forekomst

Studier viser at personer som opplever manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og fødselskjønn er en betydelig og økende andel av den globale befolkningen.⁴⁵ Det finnes ingen nøyaktige tall over hvor mange personer det gjelder. I den internasjonale retningslinjen, SOC-8, påpekes det at andelen kan variere fra en brøkdel av en prosent til flere prosent avhengig av kriteriene, aldersgruppen og geografisk plassering.⁴⁶ Tallene oppsummeres slik:

Health systems-based studies: 0.02–0.1%

Survey-based studies of adults: 0.3–0.5% (transgender), 0.3–4.5% (all TGD⁴⁷)

Survey-based studies of children and adolescents: 1.2–2.7% (transgender), 2.5–8.4% (all TGD)⁴⁸

I Norge har den samme usikkerheten knyttet til tallene blitt fremhevet.⁴⁹ Basert på anslagene fra forskjellige studier, mener Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet at antallet norske transpersoner er mellom 20 000 og 260 000, avhengig av om spørsmålet handler om opplevelsen av dysfori eller ambivalens knyttet til egen kjønnsidentitet.⁵⁰

Helsetjenesten har de siste årene opplevd en markant økning av pasienter som søker behandling for kjønnsinkongruens, særlig blant barn og unge. Årsaken til dette er ikke dokumentert.⁵¹ Den nasjonale behandlingstjenesten for kjønnsinkongruens (NBTK) driver

⁴¹ ICD-10, kode F64.0, definert som «the opposite sex» i den engelske versjonen.

⁴² Slagstad (2021) s. 192 omtaler endringen slik: «fra begge kjønn til alle kjønn».

⁴³ Richards et al. (2016).

⁴⁴ Slagstad (2021) s. 180; Helsedirektoratet (2020) s. 46.

⁴⁵ Zhang et al. (2020).

⁴⁶ SOC-8 (2022) s. 23-26.

⁴⁷ TGD står for «Transgender and gender diverse».

⁴⁸ Zhang et al. (2020), lagt til grunn i SOC-8 (2022) s. 26.

⁴⁹ Se blant annet Ros (2013) s. 20 og Helsedirektoratet (2020) s. 49.

⁵⁰ Bufdir (2017), «Hvor mange er lhbtqi?».

⁵¹ Helsedirektoratet (2020) s. 49; Ukom (2023) s. 8.

medisinsk behandling av pasienter med kjønnsinkongruens. Selv om langt fra alle transpersoner har behov eller ønske om behandling ved NBTK, viser årsrapportene deres likevel noe om omfanget av personer som søker helsehjelp.⁵² Over en tiårsperiode har de rapportert om en økning på antall henvisninger fra ca. 50-70 per år i 2007-2010, til 400-600 per år i 2018-2021.⁵³ Videre ble 268 barn henvist til behandlingstjenesten i 2022, som viser en økning på 13 % fra året før. Blant de barna som var under utredning var 26,1 % av dem registrert gutt ved fødselen og 73,9 % registrert jente ved fødselen. En særlig økning av henviste barn i alderen 3-17 år som er registrert jente ved fødselen, er også rapportert i andre europeiske land.⁵⁴

2.3 Variasjon i behovet for behandling og valg av behandlingsform

Hvorvidt personer som opplever manglende samsvar mellom fødselskjønn og kjønnsidentitet har behov for helsehjelp, og i så fall i hvilken form, vil variere. Ulike hjelpe- og behandlingstiltak *kan* være aktuelle, som for eksempel psykososial støtte, logopedtimer med stemmetrening, bruk av brystprotoster og kjønnskorrigerende operasjon. Mens noen lever godt uten helsehjelp eller har dekket sitt behov med hjelpemidler som parykk og brystprotese, har andre behov for mer inngripende tiltak i form av pubertetsutsettende hormoner, kjønnsbekreftende hormoner, brystkirurgi og/eller kjønnskorrigerende operasjon. Det har blitt stadig vanligere å tilby medisinsk behandling for kjønnsinkongruens de siste to tiårene.⁵⁵ Helsehjelpen skal i første omgang omfatte psykososial støtte, veiledning, utredning og oppfølging, og deretter ulike kombinasjoner av medisinsk behandling.⁵⁶ Den nasjonal faglige retningslinjen for kjønnsinkongruens påpeker at en begrenset eller utilstrekkelig tilgang til helsehjelp kan føre til negative helseutfall som selvmedisinering, dårlig psykisk helse, angst, depresjon, rus og selvmord.⁵⁷

⁵²Årsrapportene er tilgjengelige på eRapport (2009-2022).

⁵³ Oppsummert av Ukom (2023) s. 8.

⁵⁴ Sosialstyrelsen (2022); Zhang et al. (2020); Kaltiala et al. (2020).

⁵⁵ Sandberg og Jessen (2021) s. 230.

⁵⁶ Helsedirektoratet (2020) s. 44.

⁵⁷ Helsedirektoratet (2020) s. 25.

I Norge kan ikke barn gjennomgå irreversibel kjønnskorrigerende operasjon, da aldersgrensen er 18 år.⁵⁸ Det er særlig pubertetsutsettende og kjønnsbekreftende hormoner, samlet omtalt som hormonbehandling, som er aktuelt for barn som ønsker mer inngripende former for helsehjelp.⁵⁹ Formålet med hormonbehandling er å redusere psykisk ubehag, smerte eller lidelse som enkelte kan oppleve som følge av manglende samsvar mellom fødselskjønn og kjønnsidentitet.⁶⁰ Flere studier viser at slik behandling kan bidra til å bedre barnets livskvalitet og psykisk helse.⁶¹

2.4 Nærmere om hormonbehandling

2.4.1 Pubertetsutsettende hormonbehandling

Den medisinske behandlingen som kan gis på tidligst tidspunkt er pubertetsutsettende hormonbehandling, også kalt pubertetsblokkere eller pubertetsstoppere. Behandlingen har ingen veiledende eller lovbestemt aldersgrense i Norge. Forutsetningen er at pasienten er kommet i puberteten,⁶² som normalt starter fra 10-11 års alderen hos jenter og fra 12-13 års alderen hos gutter.⁶³ Det er ikke anbefalt med denne type behandling dersom man er kommet for langt i puberteten.⁶⁴

Behandlingen overstyrer kroppens egen østrogen- eller testosteronproduksjon og utsetter de fysiske endringene som kommer i puberteten. Formålet er å stoppe kroppen fra å gå inn i en mulig uønsket pubertet, særlig ved å unngå at brystene utvikles blant dem som er registrert jente etter fødselen og for å unngå hårvekst, stemmeskiftet og vekst av penis blant dem som er registrert gutt etter fødselen.⁶⁵ Hos barn med kjønnsdysfori øker ofte ubehaget når slike sekundære kjønnskaraktistika utvikles.⁶⁶ Behandlingen er ment å gi barnet rom for å

⁵⁸ Helsedirektoratet (2020) s. 29; Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år».

⁵⁹ Brystkirurgi kan være aktuelt i særskilte tilfeller, se Wæhre (2021) s. 219.

⁶⁰ Helsedirektoratet (2020) s. 3.

⁶¹ de Vries et al. (2014); Arnoldussen et al. (2019); Achille et al. (2020); Chen et al. (2023).

⁶² Medisinsk omtalt som Tanner-stadiet 2, som innebærer at det finnes fysiologiske tegn på at puberteten har startet.

⁶³ NHI (2021), «Pubertet og ungdomstid».

⁶⁴ Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år».

⁶⁵ Wæhre (2021) s. 218; Ashley (2019) s. 223.

⁶⁶ Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år».

utforske egen kjønnsidentitet uten frykt for at kroppen utvikles i feil retning, før det tas en avgjørelse om videre behandling eller å avslutte all hormonbehandling.⁶⁷

Pubertetsutsettende behandling blir ofte omtalt som fullstendig reversibel tiltak ettersom puberteten vil starte opp igjen i det man slutter med behandlingen.⁶⁸ Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens skriver at det er behandling «som reversibelt stopper puberteten».⁶⁹ Samtidig stilles det i økende grad spørsmål ved langtidseffektene og bivirkningene av behandlingen. Det finnes ikke sikre holdepunkter for at behandlingen gir uheldige langtidseffekter, men vanlige bivirkninger som kvalme, depresjon, vektøkning og hetetokter er kjent.⁷⁰ En svensk studie viser at pubertetsutsettende hormoner kan medføre langsommere lengdevekst og langsommere økning i beintetthet,⁷¹ mens en amerikansk studie viser at behandlingen kan ha virkning på en persons fertilitet.⁷²

2.4.2 Kjønnsbekreftende hormonbehandling

Etter noen få år med pubertetsutsettende hormoner, *kan* man gå over til behandling med kjønnsbekreftende hormonbehandling, ofte omtalt som feminiserende/maskuliniserende hormoner.⁷³ Behandlingen er «kjønnsbekreftende» da den tar sikte på å bekrefte pasientens kjønnsidentitet ved at kroppen utvikles i tråd med den. Det gis enten testosteron, eller østrogen og antiandrogen. Testosteron gir fysiske endringer i form av dypere stemme, forstørrelse av klitoris, økt vekst av ansikts- og kroppshår, menstruasjon stoppes, økt sexlyst, tilbakegang av brystvev og redusert mengde kroppsfett i forhold til muskelmasse. Østrogen og androgen vil medføre vekst av bryster i varierende grad, reduksjon av sexlyst og ereksjon, redusert testikkelstørrelse og økt mengde kroppsfett i forhold til muskelmasse.⁷⁴

Denne typen hormonbehandling må gis livet ut for å vedlikeholde ønsket effekt. Ifølge nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens kan slike hormoner tidligst tilbys i det barnet fyller 16 år.⁷⁵ Dette er imidlertid ikke et juridisk bindende krav, og praktiseres ulikt.

⁶⁷ Wæhre (2021) s. 218.

⁶⁸ SOC-7 s. 18 med henvisning til Hembree et al. (2009), gjentatt i SOC-8 s. 43 og 112; Helsedirektoratet (2020) s. 28.

⁶⁹ Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år».

⁷⁰ Relis (2020) med videre henvisning til forskning.

⁷¹ Sosialstyrelsen (2022).

⁷² SOC-8 (2022) s. 118 med henvisning til Cheng et al. (2019).

⁷³ Wæhre (2021), s. 218.

⁷⁴ Ukom (2023) s. 10.

⁷⁵ Helsedirektoratet (2020) s. 29.

Mens NBTK synes å forholde seg til den rådgivende aldersgrensen på 16 år, har andre leger og helsestasjoner gjort unntak fra den og tilbudt kjønnsbekreftende hormoner til barn under 16 år.⁷⁶

Noen mener behandlingsformen er helt eller delvis reversibel.⁷⁷ Det vises for eksempel til at brystene kan reverseres med rekonstruksjonskirurgi, hår kan fjernes med laser og stemmen kan trenes hos logoped. Andre mener at endringene er klart irreversible, for eksempel fordi testosteron vil gi en varig mørkere stemme og skjeggvekst.⁷⁸ Uavhengig av om inngrepet skal regnes som reversibelt eller ikke, er det klart at denne behandlingsformen er mer inngripende enn pubertetsutsettende behandling. I likhet med pubertetsutsettende behandling stilles det i økende grad spørsmål om inngrepets virkninger, og for denne behandlingstypen særlig ved langtidseffektene på fertilitet og leversykdom.⁷⁹

2.5 Behandlingstjenestene

I Norge har man opprettet en Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) ved Oslo universitetssykehus. Den nasjonale tjenesten driver utredning, endokrinologisk og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling. Det betyr at de har hovedansvaret for medisinsk behandling av kjønnsinkongruens, herunder hormonbehandling av barn.⁸⁰

Behandlingstjenesten har kapasitetsproblemer på grunn av en økende pasientgruppe, noe som gir lang ventetid.⁸¹ Tjenesten for de under 18 år opplyser at det er vanlig med ventetid på tre til ni måneder for innkalling til første time.⁸²

Det er også behandlere utenfor den nasjonale behandlingstjenesten som tilbyr hormonell behandling av barn, blant annet Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo kommune (HKS) og lege Esben Esther Pirelli Benestad. I starten av februar i år kom imidlertid nyheten om at Pirelli Benestad har mistet autorisasjonen til å praktisere som lege, som ble vurdert på bakgrunn av bekymringsmeldinger fra helsepersonell og pårørende.⁸³ Samtidig, er det

⁷⁶ Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år»; Ukom (2023) s. 19; Statsforvalteren i Oslo og Viken 2021/26820.

⁷⁷ NRK (2022), «Fagfolk kranglerom hva som er det beste for transungdom» om HKS; Hembree et al. (2009).

⁷⁸ Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år».

⁷⁹ Cheng et al. (2019); SOC-8 (2022) s. 39 og 118; Ukom (2023) s. 27.

⁸⁰ Oslo universitetssykehus, «Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens».

⁸¹ Ukom (2023) s. 20.

⁸² Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år».

⁸³ Helsetilsynet (2023), «Esben Esther Pirelli Benestad har mistet autorisasjonen til å praktisere som lege».

rapportert om at tjenestene i dag har utfordringer med å rekruttere og beholde fagfolk, på bakgrunn av det offentlige ordskifte og at helsepersonell er redd for å gjøre mer skade enn nytte ved å tilby behandling.⁸⁴ For tiden jobbes det med å ferdigstille et helhetlig, regional behandlingstilbud.⁸⁵

Sakene jeg har fått innsyn i hos Statsforvalteren, viser at NBTK er klaget inn en rekke ganger for avslag på behandling.⁸⁶ Andre saker viser at foreldre til barn som har fått behandling hos HKS og Pirelli Benestad, har sendt inn klage som følge av manglende involvering av dem.⁸⁷ Flere ganger har Statsforvalteren blitt bedt om å avklare hva som er lovlig behandlingspraksis, hvor Statsforvalteren i enkelte tilfeller har sendt spørsmålet videre til Helsedirektoratet. Overordnet illustrerer sakene at det er faglig uenighet om hvordan helsetilbudet bør organiseres og hva som er forsvarlig helsehjelp av transbarn, samt at den nasjonal faglige retningslinjen åpner for variasjon i hvordan barnets selvbestemmelsesrett tolkes og praktiseres.⁸⁸ Det gjør det også krevende for Statsforvalteren å utøve forsvarlighetskontroll når den faglige retningslinjen er vag.⁸⁹

2.6 Kort om barns rett til hormonbehandling

2.6.1 Sentrale menneskerettigheter

Ifølge den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK)⁹⁰ artikkel 8 og barnekonvensjonen artikkel 16 skal ingen utsettes for vilkårlig eller ulovlig innblanding i sitt *privatliv*.

Hormonbehandling for kjønnsinkongruens gjelder kroppslige forhold av privat karakter knyttet til opplevelse av egen kjønnsidentitet, som faller inn under privatlivets sfære.⁹¹ Barns rett til å bevare sin *identitet* er nedfelt i barnekonvensjonen artikkel 8. Artikkelen nevner eksplisitt at statsborgerskap, navn og familieforhold faller inn under begrepet identitet.

⁸⁴ Ukom (2023) s. 23, 40 og 44.

⁸⁵ Regjeringens handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023-2026), innsatsområde 2, tiltak 38. Se nærmere om dette av Ros (2021) s. 266-304.

⁸⁶ Eksempelvis Statsforvalteren i Oslo og Viken 2019/1678 og 2022/27372.

⁸⁷ Statsforvalteren i Oslo og Viken 2022/33797 og 2021/26820; Statsforvalteren i Agder 2019/9940.

⁸⁸ Ukom rapporterer også om ulik forståelse av diagnosekoding, retningslinjer og kunnskapsgrunnlag, se Ukom (2023) s. 19.

⁸⁹ Dette er fremhevet i Ukom (2023) s. 32.

⁹⁰ Vedtatt av Europarådet 4. november 1950 (i kraft fra 3. september 1953). Ratifisert av Norge fra ikrafttredelsestidspunktet.

⁹¹ EMD har slått fast at en persons kjønnsidentitet er et personlig forhold som er beskyttet av retten til privatliv, se for eksempel Christine Goodwin mot Storbritannia (2002).

Innholdet forstås vanligvis bredere enn som så, slik at identitet handler om opplevelsen av egne likheter og forskjeller med andre mennesker.⁹² En persons kjønnsidentitet vil dermed være en naturlig del av en persons identitet, både for trans- og cispersoner.⁹³ Det underbygges av at FNs barnekomité har presisert at alle barn i tenårene har rett til respekt for sin kjønnsidentitet og økende autonomi,⁹⁴ samt at den europeiske menneskerettsdomstolen har gått langt i å peke på retten til juridisk anerkjennelse av kjønnsidentitet.⁹⁵ Ettersom hormonbehandling av kjønnsinkongruens tar sikte på å finne ut eller bekrefte barnets kjønnsidentitet, kan retten til privatliv og identitet være et moment i vurderingen av om barnet har rett til behandling.⁹⁶

Etter barnekonvensjonen artikkel 6 nr. 2 har staten en plikt til å sikre barnets rett til *utvikling* i størst mulig utstrekning.⁹⁷ På den ene siden kan man si at pubertetsutsettende hormoner bremser ned kroppens naturlige utvikling, og kjønnsbekreftende hormoner endrer på den. På den andre siden vil begge behandlingsformene i konkrete tilfeller kunne fremme en god psykologisk utvikling av barnet, ved at barnet får tid til å utforske egen identitet eller ved at den kroppslige utviklingen skjer i tråd med barnets kjønnsidentitet.⁹⁸ For at retten til utvikling skal være et argument for rett til hormonbehandling, forutsetter det følgelig at behandlingen er med på å fremme barnets psykologiske utvikling samt kjønnsutvikling på lengre sikt.⁹⁹

Videre følger det av barnekonvensjonens artikkel 24 at barnet har rett til å nyte godt av den *høyest oppnåelige helsestandard*.¹⁰⁰ Hormonbehandling for kjønnsinkongruens angår den enkeltes helse, da formålet er å lindre barnets ubehag, smerte eller lidelse som følge av manglende samsvar mellom fødselskjønn og kjønnsidentitet. Retten til høyest oppnåelige helsestandard er likevel for vagt formulert til å forankre en menneskerett til hormonbehandling av kjønnsinkongruens. Samtidig er det et poeng at når helsetjenesten tilbyr slik behandling til voksne, kan den antageligvis ikke nektes for barn på generelt grunnlag.¹⁰¹

⁹² Store norske leksikon (2023), «Identitet».

⁹³ Blant annet påpekt av Sandberg (2015) s. 343, som skriver at «the identity of a person is commonly understood in a broader sense as everything constituting the person's feeling of self and distinguishing the person from others. Gender identity and sexual orientation would be natural parts of identity in that sense».

⁹⁴ FNs barnekomité generell kommentar nr. 20 (2016), avsnitt 34.

⁹⁵ Christine Goodwin mot Storbritannia (2002); van Kück mot Tyskland (2003).

⁹⁶ Sandberg (2015) s. 343; Helsedirektoratet (2020) s. 12.

⁹⁷ Den norske versjonen bruker uttrykket «vokser opp», for den engelske og autoritative versjonens «development». Språklig sett er uttrykket «utvikling» mer treffende, og brukes derfor her.

⁹⁸ de Vries et al. (2014); Arnoldussen et al. (2019); Achille et al. (2020); Chen et al. (2023).

⁹⁹ Jessen og Sandberg (2021) s. 238.

¹⁰⁰ Se også Yogyakarta-prinsipp nr. 17 (2006).

¹⁰¹ Sandberg (2015) s. 346; Helsedirektoratet (2020) s. 12.

Det kan i så fall reise spørsmål om barn blir utsatt for diskriminering etter barnekonvensjonen artikkel 2.

Slutningen er at retten til utvikling, privatliv, identitet og helse vanskelig kan sies å gi barn en klar, generell, individuell rett til hormonbehandling av kjønnsinkongruens. Disse menneskerettighetene er likevel sentrale moment i den konkrete vurderingen av om det enkelte barn skal tilbys slik behandling.¹⁰²

2.6.2 Norsk helselovgivning

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a og 2-1 b at pasienter¹⁰³ har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Med nødvendig helsehjelp menes helsehjelp med en forsvarlig standard, hvor det avgjørende for om pasienten har rett på behandling er pasientens behov basert på en individuell helsefaglig vurdering.¹⁰⁴ Kravet til at alle typer helsetjenester må være faglig forsvarlig er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven¹⁰⁵ § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven¹⁰⁶ § 2-2. Både nødvendighets- og forsvarlighetsvilkåret er rettslige standarder, som innebærer at innholdet utvikles over tid.¹⁰⁷ Tilbud om hormonbehandling for kjønnsinkongruens vil måtte vurderes ut fra hva medisinsk forskning viser til enhver tid.

Etter prioriteringsforskriftens¹⁰⁸ § 2 har en pasient rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha «forventet nytte av helsehjelpen» og at «den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen». Statens undersøkelseskommissjon har pekt på at det er vanskelig å si noe om forventet nytte av hormonbehandling for kjønnsinkongruens, på grunn av mangel på tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag av effektene på kort og lang sikt.¹⁰⁹ Svenske helsemyndigheter ved

¹⁰² Nærmere om dette se Sandberg og Jessen (2021) s. 237-242.

¹⁰³ Definert i pbrl. § 1-3 bokstav a. Et barn som er under vurdering for behandling av kjønnsinkongruens, vil være omfattet av definisjonen.

¹⁰⁴ Prop. 118 L (2012-2013) s. 102

¹⁰⁵ Lov 24 juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m

¹⁰⁶ Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

¹⁰⁷ Se for eksempel Befring (2022) s. 213.

¹⁰⁸ Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

¹⁰⁹ Ukom (2023) s. 38.

Socialstyrelsen har derimot lagt til grunn at risikoen med pubertetsutsettende og kjønnsbekreftende hormoner til barn veier tyngre enn den mulige nytten av behandlingene.¹¹⁰

Sandberg og Jessen skriver at på generelt grunnlag må hormonbehandling av kjønnsinkongruens antageligvis, også for barn, regnes som nødvendig og forsvarlig helsehjelp når det tilbys som en del av den offentlige helsetjenesten, men at ethvert tilfelle må vurderes konkret.¹¹¹ Av hensyn til oppgavens omfang, vil det videre *forutsettes* at hormonbehandlingen vurderes som faglig forsvarlig og nødvendig, hvor det påfølgende spørsmålet blir i hvilken utstrekning barnet skal kunne samtykke til behandlingen på egenhånd.

¹¹⁰ Socialstyrelsen (2022).

¹¹¹ For en nærmere vurdering av retten til medisinsk behandling for kjønnsinkongruens for barn, se Jessen og Sandberg (2021) s. 237-253.

3 Foreldrenes bestemmelsesrett og barnets gradvis utviklede evner

3.1 Foreldrenes bestemmelsesrett i kraft av foreldreansvaret

Foreldre sine rettigheter og plikter bygger på en forutsetning om at barn har et særlig behov for beskyttelse og for å ikke ha fullt ansvar for seg selv og det de eier.¹¹² Foreldreansvaret er det ansvar foreldre har til å gi barnet sitt omtanke og omsorg, og til å treffe avgjørelser på vegne av barnet i personlige forhold.¹¹³ Prinsippet kommer blant annet til uttrykk i barnekonvensjonens artikkel 7 og 5, samt mer indirekte i artikkel 3 annet ledd. Ifølge artikkel 7 skal barnet så langt det er mulig ha rett til å kjenne sine foreldre og få omsorg fra dem, og artikkel 5 sier at statene har plikt til å respektere foreldrenes rettigheter og forpliktelser. I nasjonal rett er foreldreansvaret regulert i barneloven kapittel 5, som blant annet påpeker at foreldre har en rett og plikt til å bestemme over barnets personlige forhold jf. § 30 annet ledd. Forarbeidene nevner «samtykke til medisinske inngrep» som et eksempel på hva personlige forhold omfatter.¹¹⁴ Det rettslige utgangspunktet er følgelig at avgjørelser om medisinske inngrep faller inn under foreldreansvaret, herunder behandling med pubertetsutsettende eller kjønnsbekreftende hormoner.

Historisk sett, var spørsmål om helsehjelp lenge preget av en paternalistisk tankegang som innebar at det var legen som avgjorde hva som var best for pasienten. I dag er det derimot pasientens frivillige med- og selvbestemmelse som er rådende for om helsehjelpen skal gis, så lenge den anses forsvarlig og nødvendig.¹¹⁵ I forlengelsen av det ser man også en utvikling av hva foreldre kan bestemme ved spørsmål om helsehjelp til barn.¹¹⁶ I dagens lovgivning er barn i større grad anerkjent som selvstendige rettssubjekter med egne rettigheter, hvor barnets rettigheter har fått økende betydning.¹¹⁷

¹¹² NOU 2020: 14 s. 42.

¹¹³ Store norske leksikon (2021), «Foreldreansvar».

¹¹⁴ Ot.prp.nr.56 (1996-1997) s. 39 og 56.

¹¹⁵ Aasen (2000) s. 22 og 143; Rynning (1994) s. 76.

¹¹⁶ Aasen (2008) s. 7.

¹¹⁷ Det har sammenheng med at det tidligere var vanlig å anse barn som ikke-autonome og «halvferdige individer», se blant annet Stang (2007) s. 64 og Archard (2004) s. 3.

Foreldrenes bestemmelsesrett begrenses av barnets økende selvbestemmelsesrett, barnets medbestemmelsesrett og prinsippet om barnets beste. Barnekonvensjonen artikkel 5 slår fast at veiledning og støtte fra foreldrene må tilpasses barnets gradvise utvikling av evner og anlegg. I barneloven er det inntatt en generell begrensning ved at foreldreansvaret skal utøves ut fra barnets interesser og behov jf. § 30 første ledd tredje punktum. Videre forankrer blant annet barnekonvensjonen artikkel 12 og barneloven §§ 31-33 barnets rett til medvirkning og gradvis selvbestemmelsesrett, som er tema i det følgende.

3.2 Barnets gradvis utviklede evner

3.2.1 Barnets mening skal vektlegges etter alder og modenhet

Barn har rett til å bli hørt i spørsmål som har betydning for dem og deres liv som en meningsberettiget og likeverdig part.¹¹⁸ Ved spørsmål om hormonbehandling for kjønnsinkongruens, er barnet i utgangspunktet allerede hørt ettersom det er en forutsetning for vurderingen at barnet uttrykker ønske om behandling. Det sentrale spørsmålet er derimot i hvilken grad man skal vektlegge barnets ønske. Både barnekonvensjonen artikkel 12,¹¹⁹ Grunnloven § 104 og barneloven § 31¹²⁰ slår fast at barnets mening skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og utvikling. Barnekonvensjonen bruker formuleringen «behørig vekt». I helselovgivningen legges det samme prinsippet til grunn i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 første ledd og 4-4 femte ledd, som også sier at det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Lovens § 4-4 femte ledd siste setning presiserer at foreldrene er pliktig til å legge *stor* vekt på det barnet mener fra barnet fyller 12 år i spørsmål som berører dem. Uten at lovteksten sier det uttrykkelig, kan det oppfattes å være en «delt samtykkekompetanse» mellom foreldre og barn på 12 til 16 år.¹²¹

FNs barnekomité understreker at alder alene ikke skal være avgjørende for hvilken betydning man skal tillegge barnets synspunkter, den må kombineres med en individuell vurdering av barnets modenhet.¹²² Videre har komiteen pekt på at det er viktig å ta i betraktning hvilke

¹¹⁸ NOU 2020: 14 s. 363.

¹¹⁹ Artikkel 12 er en av fire grunnleggende prinsipper i barnekonvensjonen.

¹²⁰ Som nevnt i punkt 3.1 omfatter personlige forhold «samtykke til medisinske inngrep» jf. Ot.prp.nr.56 (1996-1997) s. 39 og 56.

¹²¹ Syse, Norsk lovkommentar note 161.

¹²² FN's barnekomité generell kommentar nr. 12 (2009) avsnitt 29.

følger saken kan få for barnet, slik at desto større virkning utfallet får for barnets liv, jo mer relevant er en kompetent vurdering av barnets modenhet.¹²³ Ettersom hormonbehandling kan betegnes som et mer inngripende tiltak, kan barnekomiteens merknad tas til inntekt for at barnets modenhet må vurderes mer inngående ved vurderingen av i hvor stor grad barnets ønske om behandlingen skal vektlegges. Videre er det generelt sett av betydning hvor sterkt barnets ønske er og hvor fast ønsket har vært over tid.¹²⁴ Det kan være av særlig betydning for spørsmål om kjønnsbekreftende hormoner da det kan være grunn for å unngå mulig irreversible inngrep så lenge som mulig for de som ikke har hatt et mangeårig ønske om å skifte kjønn fra barndommen av.¹²⁵

3.2.2 Barnets gradvise selvbestemmelsesrett

Som påpekt under punkt 2.6.1 er det klart at hormonbehandling gjelder kroppslige forhold av privat karakter knyttet til ens kjønnsidentitet, som faller inn under privatlivets sfære.¹²⁶ For voksne er retten til selvbestemmelse en sentral del av retten til privatliv.¹²⁷ Individuell selvbestemmelsesrett handler om individets rett til å bestemme over seg selv og å kunne treffe egne beslutninger om forhold som angår en selv.¹²⁸ Prinsippet om selvbestemmelse er i stor grad fraveket for barn, ut fra en forutsetning om at barn ikke er i stand til å treffe viktige beslutninger på egenhånd og at andre derfor har en rett og plikt til å treffe avgjørelser på deres vegne.¹²⁹

Barnekonvensjonens sier ikke noe uttrykkelig om barns selvbestemmelsesrett. FNs barnekomité støtter imidlertid barns gradvise selvbestemmelsesrett i stor grad. Komiteen understreker at statene bør vurdere å tillate barn å samtykke til enkelte medisinske behandlinger uten foreldrenes tillatelse, og nevner eksempler som hivtesting og tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse.¹³⁰ Selv om behandling av kjønnsinkongruens ikke er nevnt, gjelder det helsehjelp som i likhet med eksemplene er knyttet til barnets privatliv og intimsfære som nyter beskyttelse av barnets rett til privatliv. Samtidig må hormonbehandling

¹²³ FNs barnekomité generell kommentar nr. 12 (2009) avsnitt 30.

¹²⁴ Sandberg (2020) s. 125.

¹²⁵ Sandberg og Jessen (2021) s. 264.

¹²⁶ Også Yogyakarta-prinsipp (2006) nr. 3 påpeker at en persons kjønnsidentitet er en av de mest grunnleggende sidene ved retten til selvbestemmelse, verdighet og frihet.

¹²⁷ Lorenzen mfl. (2011) s. 650; A.P., Garçon og Nicot mot Frankrike (2017) avsnitt 93 med videre henvisninger.

¹²⁸ NOU 2020: 14 s. 342.

¹²⁹ NOU 2020: 14 s. 342; Aasen (2008) s. 10.

¹³⁰ FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 (2013), avsnitt 31.

sies å være en mer inngripende form for helsehjelp som bærer større preg av usikkerheten rundt hvilke langtidseffekter behandlingen gir. Kommentaren kan derfor ikke tolkes slik at beslutninger om behandling med pubertetsutsettende eller kjønnsbekreftende hormoner skal treffes av barn alene.¹³¹

I norsk rett er prinsippet om barns gradvise selvbestemmelsesrett forankret i barneloven § 33.¹³² Bestemmelsen sier at foreldrenes bestemmelsesrett opphører i det barnet fyller 18 år, og at før den tid skal foreldrene gi barnet stadig større selvbestemmelsesrett med alderen.¹³³ For spørsmål om helsehjelp er barnets rett til selvbestemmelse regulert særskilt, da man etter norsk rett har en helserettslig myndighetsalder på 16 år. Det innebærer at etter fylte 16 år har barn i utgangspunktet rett til å ta helseavgjørelser på egenhånd. Prinsippet er lagt til grunn i pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b som sier at barn over 16 år som hovedregel selv samtykker til helsehjelp, og pbrl. § 4-4 som sier at foreldrene eller de med foreldreansvar i utgangspunktet har samtykkekompetanse frem til barnet fyller 16 år. Hvordan dette får betydning for hormonbehandling er tema i neste kapittel.

¹³¹ Sandberg og Jessen (2021) s. 259.

¹³² Termen «gradvis selvbestemmelsesrett» brukes blant annet i NOU 2020: 14 og Aasen (2008) s. 10.

¹³³ NOU 2020: 14 s. 342.

4 Hvem må samtykke til hormonbehandlingen?

4.1 Informert samtykke som hjemmelsgrunnlag

Legalitetsprinsippet etter Grunnloven § 113 innebærer at statens inngrep i den enkeltes rettssfære må bygge på et rettsgrunnlag. Et slikt inngrep kan være behandling med pubertetsutsettende eller kjønnsbekreftende hormoner, hvor rettsgrunnlaget er pasientens samtykke. Det følger av pbrl. § 4-1 at helsehjelp bare gis med «pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke».¹³⁴ Reglene om samtykke skal ivareta pasientens rett til autonomi og handlefrihet.¹³⁵ Ved spørsmål om helsehjelp til barn, kan foreldrenes samtykke være et krav for å gi behandling. Uavhengig av om det er barnet eller foreldrene til barnet som samtykker, må personen som samtykker være samtykkekompetent. Det forutsetter at fire vilkår er oppfylt, hvor alder er et inngangsvilkår. Videre må personen forstå hva det innebærer å samtykke, være tilstrekkelig informert om behandlingen og på dette grunnlag utvise en vilje til å gjennomføre behandlingen.¹³⁶

Retten til autonomi ligger også til grunn for retten til informasjon, da informasjon er en forutsetning for å kunne ta frie og opplyste valg. For at samtykke til hormonbehandling skal være gyldig, må det altså være tale om et informert samtykke.¹³⁷ Informasjonen skal gjøre barnet eller foreldrene i stand til å ivareta barnets interesser og behov, gjøre det mulig å ta stilling til om man samtykker til behandling og å medvirke¹³⁸ til valg av behandlingsmetode.¹³⁹ Det følger av helsepersonelloven § 10 at den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. Pasientens rett på informasjon er regulert i pbrl. § 3-2, som sier at pasienten skal ha «informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand

¹³⁴ Se også Rt. 1993 s. 1169 hvor det blant annet slås fast at pasientens samtykke til legebehandling er et «grunnleggende krav».

¹³⁵ Befring (2022) s. 265.

¹³⁶ Befring (2022) s. 271.

¹³⁷ Dette er også lagt til grunn i Yogyakarta-prinsipp nr. 17.

¹³⁸ Pasientens rett til medvirkning er regulert i pbrl. § 3-1. Bestemmelsens første ledd andre setning presiserer at barn «som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres».

¹³⁹ Befring (2022) s. 278.

og innholdet i helsetjenesten», inkludert «mulige risikoer og bivirkninger». Der pasienten er under 16 år, har foreldrene som hovedregel rett på samme informasjon som barnet jf. pbrl. § 3-4. Informasjonen skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn jf. pbrl. § 3-5. Der barn informeres, må helsepersonellet tilpasse innholdet og sette av nok tid for å sikre at barnet forstår det som fortelles.¹⁴⁰

Den nasjonal faglige retningslinjen for kjønnsinkongruens peker på at der det er manglende erfaring og dokumentasjon på behandling av barn, stilles det særskilte krav til informasjon, samtykke og medvirkning.¹⁴¹ Derfor er det viktig at utfyllende informasjon blir gitt ved spørsmål om behandling med pubertetsutsettende og kjønnsbekreftende hormoner, da det stilles spørsmål ved behandlingens uavklarte virkninger. Det må gis informasjon om hvilke behandlingsalternativer som finnes, i hvilken grad behandlingen er reversibel/irreversibel, konsekvenser av behandling på kort og lang sikt, hva som er uvisst og betydningen av å utsette behandlingen til et senere tidspunkt. Det vil for eksempel ikke være nok å informere om at den konkrete behandleren anser kjønnsbekreftende hormoner som helt eller delvis reversibelt, det må også informeres om at dette er omdiskutert og om mulig tap av fertilitet.¹⁴²

Flere fagpersoner har stilt spørsmål ved om det i det hele tatt er mulig for barn og foreldre å gi et informert samtykke til behandling av kjønnsinkongruens ettersom forskningsgrunnlaget om behandlingens effekt anses å være svakt.¹⁴³ Flere omtaler behandlingen som eksperimentell/utprøvende, særlig ved kjønnsbekreftende behandling av barn. I høringssvaret til nasjonal faglig retningslinje skriver Folkehelseinstituttet følgende:

Det svake kunnskapsgrunnlaget svekker forutsetningene for å ta informerte valg om kjønnsbekreftende behandling. Pasientene bør da informeres om at behandlingen er å regne som utprøvende heller enn etablert. For utprøvende behandling er kravene til informasjon og samtykke skjerpet. Pasienten må i slike tilfeller få informasjon om at behandlingstiltaket faktisk er utprøvende og at det er usikkerhet knyttet til effektene.¹⁴⁴

¹⁴⁰ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 131.

¹⁴¹ Helsedirektoratet (2020) s. 28 og 34.

¹⁴² Om inngrepets karakter se punkt 2.4. Informasjon om mulig tap av fertilitet er en klar anbefaling etter SOC-8, statement 6.10.

¹⁴³ Surén og Sand i Aftenposten (2020), «Kjønnskifte hos barn og ungdom: Er informert samtykke mulig?».

¹⁴⁴ FHI (2020), punkt 3.

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten anbefaler at pubertetsutsettende og kjønnsbekreftende behandling for kjønnsinkongruens skal defineres som utprøvende behandling. Dette for å stille tydeligere krav til informasjon, gjennomføring og oppfølging av behandling.¹⁴⁵ Også i britiske domstoler har dette vært tema, hvor de som reiste søksmål mente at barn under 16 år ikke kan være samtykkekompetente til spørsmål om pubertetsutsettende behandling.¹⁴⁶ I den forbindelse pekte underdomstolen på at slik behandling er å regne som «experimental treatment».¹⁴⁷ Betydningen av om behandlingen skal regnes som eksperimentell/utprøvende er et sentralt tema i det følgende.

4.2 Hovedregelen om at barn over 16 år har samtykkekompetanse i helsespørsmål

Som tidligere påpekt er det en forutsetning at barnet uttrykker et ønske om behandling for kjønnsinkongruens for at spørsmålet i det hele tatt kommer opp. Vurderingstemaet er om barnets samtykke er tilstrekkelig, eller om foreldrene også må samtykke til behandlingen for at den skal kunne gis.¹⁴⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 regulerer hvem som har rett til å samtykke til helsehjelp. Bestemmelsens første ledd lyder slik:

Rett til å samtykke til helsehjelp har

- a. personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse*
- b. personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art*
- c. personer mellom 12 og 16 år, når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, ikke er informert om, jf. § 3-4 annet eller tredje ledd, eller det følger av tiltakets art.*

¹⁴⁵ Ukom (2023) s. 39 og 47.

¹⁴⁶ Bell v Tavistock (2020). Domstolen konkluderte med at det er høyst usannsynlig og tvilsomt at barn under 16 år er i stand til å forstå omfanget av start med pubertetsutsettende hormoner. Saken ble senere opphevet av ankedomstolen, som mente at behandlingen var i tråd med lovverket, se Bell v Tavistock (2021).

¹⁴⁷ Bell v Tavistock (2020), avsnitt 134.

¹⁴⁸ Sandberg (2015) s. 346 formulerer det som et spørsmål om «whether the child's consent is sufficient or whether the consent of the parents is needed in addition».

Følgelig slår første ledd bokstav a fast at personer over 18 år som hovedregel har rett til å samtykke til helsehjelp, mens bokstav b fastsetter den helserettslige myndighetsalderen på 16 år. Barn mellom 16 og 18 år har rett til å motta informasjon på egne vegne og samtykke til beslutninger som gjelder egen helse, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller tiltakets art.¹⁴⁹ Bokstav c regulerer de begrensede tilfellene der barn mellom 12 og 16 år har samtykkekompetanse til tross for å ikke ha nådd helserettslig myndighetsalder. Med andre ord er den helserettslige myndighetsalderen ikke absolutt, da det gjøres unntak både nedover og oppover i alder under nærmere bestemte forutsetninger. Beslutninger om helsehjelp kan ligge under et barns rådighetssfære før fylte 16 år, og det kan være avgjørelser som barn ikke bør ta på egenhånd før fylte 18 år. Ettersom man ikke har særreguleringer for hormonbehandling av kjønnsinkongruens, gjelder den helserettslige myndighetsalderen og unntakene for den også ved slik behandling.

4.3 Unntak fra barnets samtykkekompetanse etter fylte 16 år

4.3.1 Særlig lovbestemmelse

Barn mellom 16 og 18 år kan unntaksvis mangle samtykkekompetanse i helsespørsmål. For det første gjelder det der annet følger av «særlig lovbestemmelse» jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b. Ettersom hormonbehandling av kjønnsinkongruens ikke er særskilt regulert i lov, er dette unntaket i utgangspunktet ikke aktuelt. Det kan derimot stilles spørsmål ved om det ville vært hensiktsmessig å regulere barns rett til å samtykke til hormonbehandling av kjønnsinkongruens særskilt, som er tema i punkt 6.2.2.

4.3.2 Tiltakets art

For det andre kan barn mellom 16 og 18 år mangle samtykkekompetanse i helsespørsmål der det følger av «tiltakets art», jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b. Unntaket åpner følgelig for at det kan være nødvendig med foreldrenes samtykke, også etter fylte 16 år, begrunnet i helsehjelpens art. I tilknytning til dette unntaket uttaler forarbeidene blant annet:

¹⁴⁹ Befring (2022) s. 330.

Det kan også tenkes eksempler på avgjørelser som ikke bør kunne tas før myndighetsalder er oppnådd, f.eks deltakelse i forskningsprosjekter eller eksperimentell behandling, smertefull eller risikofylt behandling og behandling som er irreversibel, bl.a plastisk kirurgi.¹⁵⁰

Særlig interessant er forarbeidenes uttalelse om eksperimentell og irreversibel behandling, da det er faglig uenighet om *kjønnsbekreftende hormoner* er reversible inngrep med et tilstrekkelig forskningsgrunnlag om behandlingens virkninger.¹⁵¹ Som påpekt i punkt 4.1 har flere påstått at denne typen behandling bør regnes som eksperimentell/utprøvende behandling, med betydning for barnets samtykkekompetanse. En slik betegnelse betyr ikke at behandlingen ikke kan gis, men skjerper kravet til behandlingens forsvarlighet, informasjon, samtykke og oppfølging av pasienten.¹⁵² Under utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens var det et tema i høringssvarene om det i det hele tatt skulle være adgang for barn under 18 år å starte på hormonbehandling uten godkjenning fra foreldrene.¹⁵³ Folkehelseinstituttet viste til forarbeidsuttalelsen som er referert til over, og var tydelig på at foreldresamtykke er nødvendig for å iverksette kjønnsbekreftende behandling av barn under 18 år:

FHIs konklusjon er at oppstart av kjønnsbekreftende behandling hos mindreårige forutsetter samtykke fra foreldre eller noen med foreldreansvar. Vi mener dette må skrives eksplisitt og at retningslinjen ikke skal åpne for unntak fra pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og begrensningen som ligger i at enkelte tiltak er av en slik art at avgjørelsen ikke bør tas før myndighetsalder.¹⁵⁴

Med det synes FHI å mene at unntaket etter pbrl. § 4-3 bokstav b om «tiltakets art» bør gjelde for kjønnsbekreftende behandling, uten unntak. Den ferdigstilte versjonen av retningslinjen er uklar på dette punkt. Retningslinjen peker generelt på at barn ikke kan samtykke til behandling der det følger av tiltakets art, slik at barn i utgangspunktet ikke kan beslutte inngripende og irreversible inngrep på egenhånd. Uten å avklare nærmere enn at

¹⁵⁰ Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 83-84 og 133.

¹⁵¹ Se punkt 2.4.

¹⁵² Helsedirektoratet presiserer imidlertid at handlingsrommet for å tilby pasienter utprøvende behandling er stort, se Helsedirektoratet (2021).

¹⁵³ Det kan være grunn for å skille pubertetsutsettende og kjønnsbekreftende hormoner fra hverandre med tanke på forskjellen mellom inngrepenes alvorlighetsgrad. Likevel, kan det ofte fremstå noe uklart om uttalelsene er ment å treffe begge behandlingsformene eller bare kjønnsbekreftende hormoner. Bruken av «kjønnsbekreftende behandling» brukes av mange for alle former for medisinske inngrep, inkludert pubertetsutsettende hormoner.

¹⁵⁴ FHI (2020) s. 13.

kjønnsbekreftende hormonbehandling «kan potensielt være irreversibelt», fastslår retningslinjen at behandling som «vurderes til å gi irreversible forandringer vil kreve samtykke fra foreldre/foresatte».¹⁵⁵ Retningslinjen åpner følgelig for ulike tolkningsalternativer, ettersom fagpersoner kan ha ulik oppfatning av om behandlingen skal regnes som irreversibel.¹⁵⁶

Sakene jeg har fått innsyn hos Statsforvalteren gir derimot ikke grunn til å tro at dette alternativet brukes for å argumentere for at hormonbehandling utelukkende ikke gis uten foreldrenes samtykke. Derimot informerer nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens på sine nettsider at «[v]ed 16 års alder har du nådd helserettlig myndighetsalder, og kan gi ditt eget samtykke. Det vil ved behov bli foretatt individuell vurdering av modenhet».¹⁵⁷ Sandberg og Jessen påpeker at unntaket gir behandlere en «mulighet til å gjøre en individuell vurdering av om tiltakets art tilsier en høyere aldersgrense for det enkelte barn».¹⁵⁸ En slik forståelse av lovverket er bedre i tråd med at foreldrenes rettigheter skal tilpasses barnets gradvise utvikling av evner og anlegg. Denne sammenhengen mellom tiltakets art og en individuell vurdering av barnets modenhet kunne med fordel kommet tydeligere frem av lovteksten og retningslinjen.

4.4 Unntak fra foreldrenes samtykkekompetanse før barnet fyller 16 år

4.4.1 Innledende merknader

Samtidig som det diskuteres om barn over den helserettslige myndighetsalderen bør kunne samtykke til hormonbehandling på egenhånd, stilles det spørsmål ved om enda yngre barn unntaksvis skal kunne gjøre det. Flere har etterlyst tydeligere avklaringer på hvorvidt det er forsvarlig å la barn under helserettlig myndighetsalder samtykke til behandling for kjønnsinkongruens.¹⁵⁹ Dette fordi den generelle helselovgivningen åpner for unntak. Ifølge pbrl. § 4-3 første ledd bokstav c har barn mellom 12 og 16 år, i begrensede tilfeller,

¹⁵⁵ Helsedirektoratet (2020) s. 14 og 29.

¹⁵⁶ Se punkt 2.4.

¹⁵⁷ Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år».

¹⁵⁸ Sandberg og Jessen (2021) s. 260.

¹⁵⁹ Ukom (2023) s. 35; Statsforvalteren i Oslo og Viken 2021/18770.

selvstendig samtykkekompetanse. Lovtekstens formulering viser at det er utelukket at barn under 12 år kan samtykke til helsehjelp på egenhånd.

Videre angir bestemmelsen 3 mulige unntak, hvor de to første henger tett sammen med foreldrenes rett til å bli informert, da det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene ikke er informert om etter pbrl. § 3-4 annet eller tredje ledd. Lovens kapittel 3 og 4 må følgelig sees i sammenheng. Mens kapittel 4 regulerer spørsmål om samtykke til helsehjelp, regulerer kapittel 3 retten til medvirkning og informasjon.¹⁶⁰ Helsehjelp som foreldrene ikke er informert om etter § 3-4 annet og tredje ledd, kan foreldrene heller ikke samtykke til.¹⁶¹ Forarbeidene peker på at det er en naturlig konsekvens at kompetansen til å samtykke ligger hos barnet selv, da foreldrene ikke kan samtykke uten å ha fått informasjon.¹⁶² Lovteksten kan ikke forstås slik at manglende informasjon begrunner redusert samtykkeansvar i seg selv. Det er derimot terskelen som § 3-4 annet og tredje ledd oppstiller, som begrunner foreldrenes manglende samtykkekompetanse. Det er for det første om det foreligger «grunner som bør respekteres» og for det andre om det foreligger «tungtveiende hensyn», som behandles i de neste to punktene.

4.4.2 Grunner som bør respekteres

Det følger av pbrl. § 3-4 annet ledd at dersom pasienten er mellom 12 og 16 år, skal informasjon ikke gis til foreldrene når barnet av «grunner som bør respekteres» ikke ønsker det. Ifølge forarbeidene skal dette unntaket blant annet sikre at barn kan oppsøke helse- og omsorgstjenester med personlige problem uten frykt for at foreldrene kobles inn automatisk, mot deres vilje.¹⁶³ Dersom det foreligger «grunner som bør respekteres», kan barn mellom 12 og 16 år samtykke til helsehjelp på egenhånd jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav c.

Forarbeidene nevner prevensjonsveiledning, råd om abort og lettere psykiske problemer på grunn av mobbing som eksempler på grunner som bør respekteres.¹⁶⁴ Derimot er mer alvorlige psykiske lidelser eller større fysiske skader angitt som eksempler på det motsatte.¹⁶⁵ Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens nevner eksempler som

¹⁶⁰ Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret skal alltid gis, uavhengig av barnets alder jf. pbrl. § 3-4 fjerde ledd.

¹⁶¹ Se helsepersonelloven § 21 om helsepersonells taushetsplikt.

¹⁶² Prop. 75 L (2016-2017) s. 32.

¹⁶³ Prop. 75 L (2016-2017) s. 86.

¹⁶⁴ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 131; Prop. 75 L (2016-2017) s. 86.

¹⁶⁵ Se Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 13.

motsetningsforhold mellom barn og foreldre eller at barnet har grunn til å frykte sterke represalier eller fordømmelse hvis foreldrene blir kjent med at barnet har oppsøkt helsehjelp.¹⁶⁶ Det presiseres videre at vurderingen må gjøres grundig:

Barn og ungdom fra 12 til 16 år tar kontakt med helse- og omsorgstjenesten i fortrolighet for generell informasjon om mange ulike spørsmål. Det er viktig å gjøre en grundig vurdering om pasientens foreldre/foresatte skal informeres dersom pasienten selv ikke ønsker det, hvis helsetjenesten vurderer det er behov for å starte helsehjelp.¹⁶⁷

Ved spørsmål om hormonbehandling er dette unntaket særlig aktuelt for behandling med *pubertetsutsettende hormoner*, da denne behandlingsformen kan gis barn i aldersspennet mellom 12 og 16 år.¹⁶⁸ Spørsmålet i denne sammenheng er om det konkrete barnets ønske om å ikke informere foreldrene om pubertetsutsettende behandling har grunner for seg som «bør respekteres». Sandberg og Jessen har tatt til orde for at spørsmålet antakeligvis stiller seg annerledes for pubertetsutsettende behandling enn spørsmål om barnets seksualliv som forarbeidene nevner som eksempel. Dette begrunner de i at pubertetsutsettende behandling gjelder hele fremtiden for barnet og at det ikke vil være mulig å holde behandlingen skjult for foreldrene.¹⁶⁹ Usikkerhet rundt virkningene av behandlingen og at flere mener det bør regnes som eksperimentell/utprøvende underbygger Sandberg og Jessens poeng om at det stiller seg annerledes enn forarbeidenes eksempler.¹⁷⁰ Spørsmål om barnets seksualliv, som for eksempel oppstart med prevensjonsmidler, handler i større grad om oppfatning av livsførsel mellom barn og foreldre. Samtidig er hele formålet med pubertetsutsettende hormoner å gi barnet tid til å utforske egen kjønnsidentitet uten at kroppen utvikles i en retning man ikke ønsker. Dersom man velger å avbryte behandlingen vil barnets pubertet komme tilbake. Selv om det kan være starten på en livslang behandlingshistorikk med behandlingsformer med mer inngrepene og irreversible konsekvenser, er det ikke slik at alle ønsker å fortsette med medisinsk behandling. Etter min mening vil behandlingen nødvendigvis ikke få betydning for *hele fremtiden* for barnet og være *umulig* å holde skjult for foreldrene. Barn vil likevel som regel ha et særlig behov for støttepersoner under en behandlingsprosess med så usikre

¹⁶⁶ Helsedirektoratet (2020), s. 13.

¹⁶⁷ Helsedirektoratet (2020), s. 10

¹⁶⁸ Kan også gis tidligere enn 12 år, se punkt 2.4.1. Men det er ikke mulig å samtykke til helsehjelp på egenhånd før fylte 12 år.

¹⁶⁹ Sandberg og Jessen (2021), s. 257.

¹⁷⁰ Se punkt 4.1 om eksperimentell/utprøvende behandling.

virksomheter. Det kan derfor være grunn til å stille spørsmål ved om det overhodet er et godt alternativ å ikke engang informere foreldrene om helsehjelpen.¹⁷¹

Ifølge nasjonal faglig retningslinje skal behandling med *kjønnsbekreftende hormoner* tidligst tilbys i det barnet fyller 16 år,¹⁷² som i utgangspunktet utelukker at dette alternativet er aktuelt ettersom det kun gjelder for barn mellom 12 og 16 år. Retningslinjen er imidlertid ikke juridisk bindende, og i flere av sakene jeg har fått innsyn i hos Statsforvalteren har behandling med kjønnsbekreftende hormoner før fylte 16 år vært et tema. I en av sakene hadde Helsestasjon for kjønn og seksualitet (HKS) gitt kjønnsbekreftende hormoner til et barn under 16 år, som tidligere hadde fått avslag hos Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK).¹⁷³ Barnet skal angivelig ha startet opp med hormoner på egenhånd gjennom bestilling på nettet, hvor HKS tilbudte seg å ta over behandlingen med hensyn til skadereduksjon. Saken illustrerer at det er faglige uenigheter mellom ulike behandlere, da den dels ble opprettet som følge av at NBTK uttrykte bekymring for HKS sin praksis. I tillegg anmodet foreldrene til barnet, som ikke var blitt involvert i avgjørelsen, at Statsforvalteren opprettet tilsynssak. I HKS sin begrunnelse for å iverksette behandling uten foreldrenes samtykke viste de til pbrl. § 3-4 annet ledd om grunner som bør respekteres og la avgjørende vekt på barnets ønske om å ikke involvere dem. Statsforvalteren avsluttet saken uten videre tilsynsmessig oppfølging, med henvisning til at helselovgivningen ikke var brutt og at det ble skrevet utfyllende vurderinger der barnets beste var i fokus.

4.4.3 Tungtveiende hensyn

Det følger av pbrl. § 3-4 tredje ledd at foreldrene ikke skal få informasjon om helsehjelpen dersom «tungtveiende hensyn» til pasienten taler mot det. I så fall vil foreldrene ikke ha forutsetning til å samtykke og barnet kan samtykke til helsehjelpen på egenhånd jf. pbrl. § 4-3 bokstav c. Dette unntaket gjelder uavhengig av pasientens alder og ønske, slik at helsepersonellet har en selvstendig plikt til å vurdere om det foreligger slike tungtveiende hensyn. Selv om det gjelder uansett alder, får det kun betydning for spørsmål om barn mellom 12 og 16 år sin samtykkekompetanse jf. pbrl. 4-3 bokstav c.

¹⁷¹ Drøftes nærmere i punkt 6.2.1.

¹⁷² Helsedirektoratet (2020), s. 29.

¹⁷³ Statsforvalteren i Oslo og Viken 2021/26820. Tilsynssaken gjelder to pasienter, hvor denne pasienten blir omtalt som «Pasient 2».

Begrepet «tungtveiende hensyn» gir anvisning på en høy terskel. Det støttes av forarbeidene som skriver at regelen om tungtveiende hensyn er ment å være en snever unntaksregel for alvorlige situasjoner. I den sammenheng nevnes forholdet til barnets kjønnsidentitet eksplisitt:

For at det skal ligge føre tungtvegande omsyn til pasienten eller brukaren, må pasienten eller brukaren vere i, eller antakast å vere i, ein situasjon som er alvorleg, eller som blir oppfatta som alvorleg av pasienten eller brukaren. Dette kan for eksempel vere ein alvorleg omsorgssviktsituasjon eller annan situasjon med alvorleg uro eller belastning, for eksempel knytt til kjønnsidentitet, seksualitet eller psykososiale forhold.¹⁷⁴

At forarbeidene nevner kjønnsidentitet eksplisitt illustrerer at det kan tenkes tilfeller der barn lever under alvorlig omsorgssvikt, der en årsak kan være foreldrenes syn på barnets kjønnsidentitet. Uttalelsen kan derimot ikke brukes som argument for at foreldrene ikke skal involveres der barnet uttrykker et ønske om det som følge av frykt for stigma eller aksept. Det må være klare holdepunkter for at barnet er i, eller antas å være i, en alvorlig omsorgssviktsituasjon eller lignende som kan være knyttet til barnets kjønnsidentitet.¹⁷⁵ Den nasjonal faglige retningslinjen nevner unntaket fra retten til å informere foreldrene og den relevante forarbeidsuttalelsen kort. Dagens rettstilstand åpner følgelig for at barn mellom 12 og 16 år kan samtykke på egenhånd til hormonbehandling for kjønnsinkongruens der det foreligger «tungtveiende hensyn».

I likhet med alternativet «grunner som bør respekteres» er dette unntaket mer relevant for spørsmål om pubertetsutsettende behandling, enn kjønnsbekreftende hormonbehandling på grunn av hvilken alder barnet vanligvis er i når behandlingen gis. Forskjellen mellom alternativene er at tredje ledd gjelder uavhengig av barnets alder og at det ikke er et vilkår at barnets har uttrykt et selvstendig ønske om å unnta å informere foreldrene, men det vil antageligvis ha liten betydning i praksis. Dette fordi unntakene kun er av betydning for barnets samtykkekompetanse der barnet er mellom 12 og 16 år. Det må også antas at der det foreligger «tungtveiende hensyn», vil også vilkåret «grunner som bør respekteres» være oppfylt som følge av den høye terskelen tungtveiende hensyn legger opp til.

¹⁷⁴ Prop.75 L (2016-2017) s. 24 og s. 85

¹⁷⁵ Dersom helsepersonell har informasjon om en alvorlig omsorgssituasjon, kan helsepersonell ha opplysningsplikt til barnevernet etter helsepersonelloven § 33 og varslingsplikt til politiet etter helsepersonelloven § 31.

4.4.4 Tiltakets art

Det tredje og siste unntaket fra foreldrenes rett til å samtykke til helsehjelp for barn mellom 12 og 16 år, er der det følger av «tiltakets art» jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav c. I motsetning til de andre unntakene, har tiltakets art ikke sammenheng med foreldrenes rett på informasjon. Alternativet «tiltakets art» ble tatt inn i bokstav c, for at det ikke skulle oppstå tvil om at pasienter mellom 12 og 16 år kan oppnå samtykkekompetanse i andre tilfeller enn det som følger av pbrl. § 3-4 andre og tredje ledd om informasjon.¹⁷⁶ Det kan for eksempel tenkes en situasjon der foreldrene er informert om betydningen av å starte opp med pubertetsutsettende behandling, men ikke ønsker å samtykke, samtidig som barnet opprettholder sitt ønske om behandling. Lovverket åpner da for at helsepersonellet kan vurdere om barnet kan samtykke på egenhånd som følge av «tiltakets art». Det bygger på en tanke om at dersom foreldrene ikke anses å handle med barnets beste for øye, vil begrunnelsen for deres beslutningsmyndighet falle bort.¹⁷⁷

I punkt 4.3.2 ble det drøftet om diskusjonen rundt hormonbehandlingens inngripende karakter, talte for at barnets samtykkekompetanse skulle være strengere enn ved annen form for helsehjelp. Det kan virke motstridende å også vurdere om tiltakets art kan tilsi at barn i enda yngre alder skal kunne samtykke på egenhånd. Dette alternativet er ikke nevnt i den nasjonal faglige retningslinjen for kjønnsinkongruens eller vært tema i sakene jeg har fått innsyn i hos Statsforvalteren. Sett i sammenheng med diskusjonen rundt behandlingsformenes virkninger og reversible konsekvenser, kan det tale for at dette alternativet er mindre relevant. Samtidig kan argumentet for dets relevans være at avgjørelsen om hormonbehandling er av stor personlig karakter for barnet. Dersom det først skal være adgang for at barn under 16 år skal kunne samtykke til hormonbehandling, kan det være grunn til å åpne for unntak også der foreldrene er informert om prosessen. Dette fordi det kan hevdes at det vil være enda større betenkeligheter ved at foreldrenes syn ikke engang er forsøkt kartlagt før den endelige beslutningen tas. Et sentralt poeng er at det i så fall må gjøres en konkret individuell vurdering av om det skal gjøres unntak fra hovedregelen sett i lys av det enkeltes barn modenhet, forholdet til familien og barnets beste.¹⁷⁸

¹⁷⁶ Prop. 75 L (2016-2017) s. 87.

¹⁷⁷ Befring (2022) s. 275-276.

¹⁷⁸ Lagt til grunn generelt for dette unntaket i Befring (2022) s. 276.

4.5 Må begge foreldrene samtykke?

For de tilfellene der det kreves foreldrenes samtykke, kan det oppstå en situasjon hvor foreldrene er uenige om barnet skal starte på hormonbehandling. Det kan i så fall stilles spørsmål ved om det er adgang til å tilby hormonbehandling med samtykke fra kun en av foreldrene. Det følger av barneloven § 30 at større avgjørelser i barnets liv skal tas av foreldrene i fellesskap når de har felles foreldreansvar. Forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd som regulerer foreldrenes samtykkekompetanse, presiserer følgende:

Foreldre som har felles foreldreansvar må ta avgjørelser om helsehjelp i fellesskap, slik at begge foreldrene må samtykke på vegne av barnet. Dersom en av foreldrene nekter, vil det ikke foreligge noe gyldig samtykke.¹⁷⁹

Hovedregelen er følgelig at begge foreldre, der begge har del i foreldreansvaret, må samtykke til helsehjelpen for at samtykke skal være gyldig. Dersom foreldresamtykke kreves, og kun en forelder har gitt sitt samtykke vil behandlingen i utgangspunktet ikke kunne gis, også for pubertetsutsettende eller kjønnsbekreftende hormoner.

Unntaksvis er det tilstrekkelig at kun en av foreldrene samtykker til helsehjelp. For det første, kan det gjøres unntak for helsehjelp som anses som en del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet jf. pbrl. § 4-4 annet ledd. For hormonbehandling av kjønnsinkongruens er dette unntaket ikke relevant. Derimot kan unntaket etter pbrl. § 4-4 tredje ledd tenkes å være det. Ifølge det er det tilstrekkelig at en av foreldrene samtykker til helsehjelp som «kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade». En forutsetning er at begge foreldrene, så langt som mulig, har fått sagt sin mening jf. pbrl. § 4-4 tredje ledd andre setning. Hva som er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade vil helsepersonellet måtte vurdere konkret, og beror til dels på et helsefaglig skjønn.¹⁸⁰ Forarbeidene legger opp til en viss terskel ved at det «må være en risiko for noe mer enn en ubetydelig skade eller ubehag for barnet», og nevner en rekke relevante vurderingsmomenter:

Helsepersonellet vil måtte foreta en faglig vurdering av blant annet forholdets alvorlighet, tidsaspekt, konsekvenser av å utsette helsehjelpen og eventuell risiko ved å

¹⁷⁹ Ot.prp. nr.12 (1998-1999) s. 134.

¹⁸⁰ Ot.prp. nr.104 (2008-2009) s. 74.

*yte helsehjelpen. Foreldrenes innsigelser og begrunnelser for disse vil også være en del av vurderingen.*¹⁸¹

Samtykkekravet til behandling med pubertetsutsettende eller kjønnsbekreftende hormoner må vurderes konkret for det enkelte barn opp mot virkningene av behandlingen og konsekvensene av å eventuelt ikke tilby barnet behandling. Et eksempel forarbeidene nevner er at barnet typisk vil «kunne ta skade dersom livskvaliteten uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse».¹⁸² Som tidligere påpekt, er formålet med hormonbehandling nettopp å redusere psykisk ubehag, smerte eller lidelse som enkelte kan oppleve som følge av manglende samsvar mellom fødselskjønn og kjønnsidentitet. Adgangen til å tilby behandling selv om kun en av foreldrene samtykker, nevnes riktignok ikke i nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens. Samtidig har dette unntaket vært tema i to av sakene jeg har fått innsyn i hos Statsforvalteren.¹⁸³ I begge sakene klagde en forelder på at hormonbehandling av barn under 16 år var igangsatt uten at det var innhentet samtykke fra begge foreldrene.¹⁸⁴ Et sentralt tema i sakene var hvorvidt barnet ville ta skade av å ikke få behandling med en gang, med henvisning til pbrl. § 4-4 tredje ledd. I begge sakene la helsepersonellet avgjørende vekt på det konkrete barnets ønske, og viste til at manglende behandling ville utgjøre en fare for ytterligere forverring av barnets fysiske og psykiske helse. Sakene illustrerer at etter dagens rettstilstand kan dette unntaket også kan være aktuelt for hormonbehandling av barn med kjønnsinkongruens.

¹⁸¹ Ot.prp. nr.104 (2008-2009) s. 74.

¹⁸² Ot.prp. nr.104 (2008-2009) s. 75.

¹⁸³ Statsforvalteren i Oslo og Viken 2022/33797; Statsforvalteren i Agder 2019/9940.

¹⁸⁴ Det fremstår noe uklart om sakene gjelder pubertetsutsettende eller kjønnsbekreftende hormoner.

5 Barnets beste

5.1 Barnets beste som rettslig prinsipp

Hensynet til barnets beste er et av de mest sentrale rettslige prinsippene som omhandler barn.¹⁸⁵ Prinsippet er lagt til grunn i barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1 og Grunnloven § 104 annet ledd, som sier at ved alle handlinger og avgjørelser som berører barn skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Det er klart at beslutningen om å iverksette hormonbehandling er en «avgjørelse» etter Grunnloven § 104 og en «handling» etter barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1, slik at prinsippet om barnets beste gjelder. Videre påpeker FNs Barnekomité at barnets beste er et tredelt konsept: det er en selvstendig materiell rettighet, et grunnleggende juridisk tolkningsprinsipp og en prosedyreregulering.¹⁸⁶ Ved spørsmål om hormonbehandling for kjønnsinkongruens skal gis, er den funksjonen at barnets beste er en materiell rettighet det mest sentrale, da det gir barnet en rett til å få vurdert om behandling er til det beste for vedkommende.

Barnets beste er ikke alltid det eneste og avgjørende hensynet, men ved avveiningen mot andre interesser skal hensynet til barnets beste tillegges stor vekt. Prinsippet skal danne utgangspunktet, løftes spesielt frem og stå i forgrunnen.¹⁸⁷ Vekten av barnets beste kan imidlertid varierer med hvor sterkt berørt barnet er og hvor alvorlig beslutningen er for barnet.¹⁸⁸ For spørsmål om behandling av barn med kjønnsinkongruens, står det i nasjonal faglige retningslinje at mye taler for at barnets beste ikke bare må være tungtveiende, men avgjørende ettersom avgjørelsen er av personlig karakter og sterkt angår barnets identitet og utvikling.¹⁸⁹ Det samme legger Sandberg og Jessen til grunn, da det vanskelig kan tenkes andre konkurrerende hensyn som veier tyngre.¹⁹⁰

¹⁸⁵ Presisert av menneskerettighetsutvalget i Dok. nr. 16 (2011-2012) s. 192.

¹⁸⁶ FNs barnekomité generell kommentar nr. 14 avsnitt 6. I Rt. 2015 s. 93 uttalte Høyesterett at barnekomiteens syn på prinsippet utgjorde et naturlig utgangspunkt ved tolkningen av artikkel 3 nr. 1, og dermed også ved tolkningen av Grunnloven § 104 annet ledd.

¹⁸⁷ FNs barnekomité generell kommentar nr. 14 avsnitt 36-40; Rt. 2015 s. 93 avsnitt 65.

¹⁸⁸ Dok. nr. 16 (2011-2012) s. 192; Innst. 186 S (2013-2014) s. 29.

¹⁸⁹ Helsedirektoratet (2020), s. 12.

¹⁹⁰ Sandberg (2015) s. 346; Sandberg og Jessen (2021) s. 251.

5.2 Prinsippets betydning for barnets bestemmelsesrett ved hormonbehandling

5.2.1 Momenter i vurderingen

Hva som er til barnets beste, beror på en helhetsvurdering der alle relevante momenter må tas med i betraktningen.¹⁹¹ FNs barnekomité fremhever at i vurderingen inngår blant annet barnets rett til privatliv, identitet, helse og utvikling, samt barnets egne synspunkter og eventuell sårbarhet – som i aller høyeste grad må sies å være relevant ved spørsmål om hormonbehandling.¹⁹² I punkt 2.6.1 ble det vist til at retten til privatliv, identitet, helse og utvikling er menneskerettigheter som kan brukes som moment for at barn har rett på behandling. I forlengelsen av det som ble tatt opp der, vil rettighetene også kunne tale for at barn gis gradvis større med- og selvbestemmelsesrett.

Et helt sentralt moment er barnets mening, som skal vektlegges i samsvar med barnets alder og utvikling. Det er anbefalt å gjennomføre en grundig kartlegging av barnet, familien og omgivelsene for å sikre at ønske om behandling virkelig er barnets eget.¹⁹³ Når det er klart, kan det være av betydning hvor sterkt barnets ønske er, hvor fast ønsket har vært over tid og beslutningens alvorlighetsgrad. Normalt vil barnets ønske få større vekt jo eldre barnet er og jo større evne barnet viser til å reflektere over alvoret.¹⁹⁴ Samtidig samsvarer nødvendigvis ikke barnets ønske alltid med barnets beste, med en påfølgende rett til selvbestemmelse. Det vil for eksempel kunne tenkes en situasjon hvor barnet ikke ønsker at foreldrene informeres, men det likevel er til barnets beste å involvere dem. Prinsippets betydning for utfallet av om behandling skal eller ikke skal tilbys vil kunne variere fra tilfelle til tilfelle da barnets beste skal vurderes konkret. Det er dermed vanskelig å konkludere generelt på hvordan vurderingen vil eller bør falle ut for det enkelte barns ønske om hormonbehandling.¹⁹⁵

5.2.1 Foreldrenes plikt

Barnekonvensjonen artikkel 18 nr. 1 slår fast at der foreldrene skal ta avgjørelser som berører barnet, skal barnets beste komme i første rekke. I nasjonal rett, følger det av barneloven § 30

¹⁹¹ FNs barnekomité generelle kommentar nr. 14 avsnitt 53.

¹⁹² FNs barnekomité generelle kommentar nr. 14 avsnitt 54-78.

¹⁹³ Ehrensagt (2016) s. 57-67.

¹⁹⁴ Sandberg og Jessen (2021), s. 252.

¹⁹⁵ Sandberg og Jessen (2021) s. 253.

første ledd at foreldreansvaret skal utøves ut fra barnets interesser og behov. Der foreldrene har kompetanse til å samtykke til hormonbehandling på vegne av barnet er de pliktig til å ta stilling til hvilket utfall som vil være til barnets beste, der barnets mening er et viktig moment. Barnets medbestemmelsesrett handler i den sammenheng om hvilke muligheter barnet har til å påvirke innholdet av foreldrenes avgjørelse.¹⁹⁶ Som følge av den helserettslige myndighetsalderen, vil dette ha størst betydning der hormonbehandling gis før barnet fyller 16 år, som i hovedsak bare er aktuelt for pubertetsutsettende hormoner.¹⁹⁷

Foreldrene er nærmeste omsorgsperson for barnet og kjenner som regel godt til barnets personlige behov og følelsesliv. Det er foreldrene som i de aller fleste tilfellene har de beste forutsetningen til å ta vare på barnet sitt.¹⁹⁸ Samtidig vil spørsmål om hormonbehandling ofte være en svært vanskelig beslutning for foreldrene å stå i, spesielt med tanke på at behandlingstilbudet preges av klare meningsmotsetninger både fra faglig hold og i samfunnet ellers. Det er derfor viktig at utfyllende informasjon gis, samt at også helsepersonellet gjør en grundig barnets beste-vurdering.

5.2.2 Helsepersonellens plikt

I tillegg til at helsepersonell skal vurdere den medisinske forsvarligheten av å tilby behandlingen,¹⁹⁹ er de pliktig til å foreta en selvstendig vurdering av om behandlingen alt i alt vil være til barnets beste. En slik vurdering vil tilføye noe mer enn forsvarlighetsvurderingen, ettersom det innebærer en bredere vurdering av ulike sosiale, psykologiske og andre momenter.²⁰⁰ Barnets beste er ikke uttrykkelig nevnt i helselovgivningen, men den bygger på en forutsetning om at hensynet til barnets beste skal styre valg av helsetjenester og tiltak overfor barn.²⁰¹ Flere har for øvrig pekt på at barneperspektivet ikke er godt nok ivaretatt i helsetjenestene, og anbefaler at barnets beste implementeres i ulike deler av helselovgivningen.²⁰² En slik lovfesting av prinsippet, har gode grunner for seg da det vil tydeliggjøre overfor de involverte at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved helsehjelp til barn.

¹⁹⁶ Sandberg (2020) s. 99.

¹⁹⁷ Se punkt 2.4.

¹⁹⁸ Påpekt at departementet i Prop. 75 L (2016-2017) s. 23.

¹⁹⁹ Se punkt 2.6.2.

²⁰⁰ Sandberg og Jessen (2021) s. 260.

²⁰¹ Aasen og Halvorsen (2020) s. 214.

²⁰² Sandberg (2016) punkt 5; Barneombudet (2017) s. 9.

Barnets beste skal være det avgjørende hensynet i vurderingen av om barnet skal samtykke til hormonbehandling for kjønnsinkongruens.²⁰³ Dette vil for eksempel være tilfelle der det vurderes om foreldrenes samtykke er en forutsetning for behandling selv om barnet er over helserettslig myndighetsalder jf. pbrl. § 4-3 bokstav b. Eller i vurderingen av om det er tilstrekkelig at en av foreldrene samtykker til behandling etter unntaket i pbrl. § 4-4 tredje ledd. En parallell kan trekkes til reglene om endring av juridisk kjønn, som sier at der barnet er mellom 6 og 16 år og kun en av foreldrene samtykker, kan barnets juridiske kjønn endres dersom det er til barnets beste.²⁰⁴ Et annet eksempel er der barnet er under 16 år og helsepersonellet vurderer om foreldrene ikke skal informeres, slik at barnet kan samtykke til hormonbehandling på egenhånd jf. pbrl. § 4-3 bokstav c. I forarbeidene til pbrl. § 3-4 tredje ledd om «tungtveiende hensyn» uttales følgende om barnets beste:

*Situasjonen må i tillegg vere av ein slik karakter at personellet vurderer det som til beste for pasienten eller brukaren at informasjonen ikkje blir vidareformidla til foreldre eller andre som har foreldreansvaret. Det er vurderinga av kva som vil vere til beste for barnet som skal vere avgjerande.*²⁰⁵

Den samme betraktningen må antas å ligge til grunn for unntak etter pbrl. § 3-4 annet ledd, av «grunner som bør respekteres». I saken fra Statsforvalteren som ble vist til under punkt 4.4.2 ble dette unntaket vist til. I Statsforvalterens avgjørelse om å ikke foreta en videre tilsynsmessig oppfølging, ble det vektlagt at behandleren hadde gjort utfyllende vurderinger der barnets beste var i fokus.²⁰⁶ Eksempelet illustrerer at det i praksis er av stor betydning om beslutningen om å gi barnet selvbestemmelsesrett, er begrunnet konkret ut fra det enkelte barnets beste. Uavhengig av hvilke av unntakene etter pasient- og brukerrettighetsloven som vurderes, er det vanskelig å konkludere konkret på hva som bør bli utfallet i sakene da det nettopp skal gjøres en individuell konkret vurdering av barnets beste.

²⁰³ Se punkt 5.2.1.

²⁰⁴ Lov om endring av juridisk kjønn §§ 4 og 5; Prop. 74 L (2015-2016) s. 29.

²⁰⁵ Prop.75 L (2016-2017) s. 86.

²⁰⁶ Statsforvalteren i Oslo og Viken 2021/26820.

5.3 Hvorvidt barnets beste-vurderingen bør forankres i tverrfaglige team

FNs barnekomité uttaler generelt at barnets beste-vurderinger så langt som mulig bør gjøres av et tverrfaglig team av fagfolk. I den forbindelse nevner de fagfolk med utdanning innen barnepsykologi, barns utvikling og andre relevante områder som har erfaring med å arbeide med barn, og som vil vurdere den informasjonen de får på objektive vis.²⁰⁷ Det reiser spørsmål om barnets beste-vurderingen bør gjøres av et tverrfaglig team helt frem til barnet fyller 18 år, ved hormonbehandling for kjønnsinkongruens. Selv om uttalelsene fra barnekomiteen er generelle, er det antageligvis særlig grunn til å legge vekt på de ved spørsmål om barns samtykkekompetanse til hormonbehandling som følge av at inngrepets karakter krever en sammensatt vurdering.²⁰⁸ Betydningen av tverrfaglig kompetanse er også vektlagt i den nasjonale og internasjonale retningslinjen for kjønnsinkongruens.²⁰⁹ Den nasjonale påpeker blant annet at utredning av barn utover lavterskeltilbud skal forankres «i et tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten med pediatrik og sexologisk kompetanse».²¹⁰ Det kan for eksempel tenkes tilfeller der verken barnet eller foreldrenes ønske om behandling gir den nødvendige tryggheten, som kan oppnås bedre ved at et tverrfaglig team vurderer om igangsetting av hormonbehandling er til barnets beste. Samtidig vil en slik vurdering antageligvis sjeldent føre til et annet resultat enn det barnet selv ønsker, så lenge den regnes som forsvarlig og foreldrene samtykker til behandlingen der de det kreves.²¹¹ På bakgrunn av de klare anbefalingene, bør det likevel være klar praksis at den endelige avgjørelsen om å iverksette hormonbehandling forankres i tverrfaglige team.

²⁰⁷ FNs barnekomité generell kommentar nr. 14, avsnitt 94.

²⁰⁸ Uttalt generelt for spørsmål om behandling av barn med kjønnsinkongruens av Sandberg (2015) s. 348 og Sandberg og Jessen (2021) s. 253.

²⁰⁹ Helsedirektoratet (2020) s. 9, 28 og 36; SOC-8 (2022) nevner fordelene med tverrfaglig kompetanse gjennomgående, se for eksempel statement 6.9.

²¹⁰ Helsedirektoratet (2020) s. 28.

²¹¹ Sandberg og Jessen (2021) s. 260.

6 Avsluttende betraktninger

6.1 Oppsummering

Som fremstillingen viser, har barn over 16 år i utgangspunktet selvbestemmelsesrett ved spørsmål om hormonbehandling for kjønnsinkongruens, i kraft av den helserettslige myndighetsalderen. Samtidig åpner dagens rettsstilstand og forvaltningspraksis for å gjøre unntak både oppover og nedover i alder for denne typen behandling. Disse unntakene står i et spenningsforhold med foreldrenes rettigheter, plikter og ansvar for barnet.

Hvor grensen for barnets selvbestemmelse går og hvor stor vekt det skal legges på barnets mening, må ses i lys av barnets alder og modenhet, og i sammenheng med mulige konsekvenser av å tilby eller ikke tilby hormonbehandling i det konkrete tilfellet. Overordnet sett kan tiltakets art både tale for og mot å gi barn selvbestemmelsesrett. At avgjørelsen er av sterk personlig karakter for barnet og gjelder grunnleggende sider ved barnets identitet, taler for å gi barn selvbestemmelsesrett fra de er modne nok til å forstå konsekvensene av behandlingen. Inngrepets alvorlighetsgrad og mangel på forskning, taler derimot for at det er særlig stor grunn til å involvere foreldrene i avgjørelsen. Om behandlingen skal regnes som eksperimentell/utprøvende bør avklares, da en slik betegnelse vil få betydning for barnets samtykkekompetanse.

Barnets beste skal være det avgjørende hensynet i den endelige avgjørelsen av om barnet skal kunne samtykke til hormonbehandling. Spørsmålet er hva som er til det beste for det konkrete barnet. Denne avgjørelsen bør tas i tverrfaglige team av hensyn til sakens komplekse karakter, og beror på en helhetsvurdering hvor barnets rett til privatliv, identitet, helse og utvikling, mening og eventuell sårbarhet er sentrale momenter. Barnets ønske om hormonbehandling skal tillegges behørig vekt, men vil nødvendigvis ikke alltid føre til den beste beslutningen for barnet og gi en påfølgende rett til selvbestemmelse. Der foreldresamtykke er et krav, er det adgang til å iverksette behandling dersom kun en av foreldrene samtykker etter en nærmere vurderingen av om det vil være til barnets beste.

Avhandlingen illustrerer tydelig hvordan de rettslige vurderingene kompliseres av etiske, samfunnsvitenskapelige, psykologiske og medisinske sider av saken. Både regelverket og den nasjonal faglige retningslinjen for kjønnsinkongruens gir rom for tolkning knyttet til

spørsmålet om hvordan hovedregelen og unntakene fra barnets samtykkekompetanse skal forstås for denne typen behandling. Det kan oppstå vanskelige grensetilfeller, hvor sakene fra Statsforvalteren viser at det er variasjon i hvordan barnets selvbestemmelsesrett tolkes og praktiseres. For å kunne avklare mer konkret i hvilken utstrekning barn har og bør ha selvbestemmelsesrett ved spørsmål om hormonbehandling for kjønnsinkongruens, er det nødvendig å utvikle det medisinske kunnskapsgrunnlaget og at fagfeltene jobber tett sammen.

6.2 Diskusjon

6.2.1 Bør foreldrene likevel involveres av hensyn til barnet?

Beslutningen om å iverksette hormonbehandling er en kompleks og stor avgjørelse for et barn å ta på egenhånd. Selv om dagens lovverk og praksis åpner for at barn både over og under 16 år kan ha kompetansen til å samtykke til hormonbehandling på egenhånd, har flere fremhevet at avgjørelsen bør tas av barnet, familien og behandlingsteamet sammen.²¹² Ifølge den internasjonale retningslinjen, SOC-8, bør foreldrene involveres i vurderings- og behandlingsprosessen av kjønnsbekreftende behandling, så fremt det ikke er mulig eller til skade for barnet.²¹³ Videre fremhevet en oppfølgingsstudie fra Nederland om barn som hadde gjennomgått behandling for kjønnsinkongruens, at støtte fra foreldrene var et suksesskriterium for behandlingens utfall.²¹⁴ Forholdet mellom barn og foreldre var også et sentralt tema under utarbeidelsen av den nasjonal faglige retningslinjen for kjønnsinkongruens. Folkehelseinstituttet fremhevet i sitt høringsvar barns behov for omsorg fra foreldrene:

*[Vi savner] en etisk refleksjon rundt hva det vil innebære for en familie å gjennomføre slik behandling hos et barn mot foreldrenes vilje. Dette er en dramatisk inngripen i en families liv og et dårlig utgangspunkt for vellykket resultat. En ungdom under 18 år vil fremdeles være avhengig av foreldrenes omsorg og støtte i lang tid. Det er primært foreldrene – og ikke helsepersonell – som skal støtte ungdommen gjennom transisjonen til et nytt kjønn.*²¹⁵

²¹² Helsedirektoratet (2020) s. 9; SOC-8 (2022) statement 6.10 og 7.8.

²¹³ SOC-8 (2022) statement 6.11.

²¹⁴ de Vries et al. (2014).

²¹⁵ FHI (2020) s. 13.

I barneombudets høringsvar fremheves det at barns samarbeid med foreldrene er viktig for de fleste unge, og uttalte blant annet følgende:

Vi anbefaler en tydeliggjøring av at informasjon til foreldre både er lovens hovedregel og ofte vil være viktig for å lykkes med eventuell behandling. Dersom en ungdom i alderen 12-16 år ikke ønsker informasjon til foreldre, bør det fremgå tydelig av retningslinjen at helsepersonell bør forsøke å motivere til dette så sant det ikke er klart i strid med barnets beste.²¹⁶

I forlengelsen av dette, er det relevant å stille spørsmål ved hva samfunnet skal sette i gang av ressurser, rutiner og systemer som sikrer en prosess som i størst mulig grad gagnar barnets interesser. Tanken om at barn bør slippe å stå i slike avgjørelser alene og at de beste løsningene er de helsepersonell, foreldre og barn kommer frem til sammen, bør være fremtredende. Det er ikke alene løst ved å konkludere med om barnet kan samtykke eller ikke til hormonbehandling. Helsevesenet må legge til rette for en prosess som er til det beste for barnet både før, under og etter beslutningen om behandling tas. Helsepersonellet bør forsøke å motivere barnet til å involvere foreldrene, samt ha et tilbud der helsepersonell, barn og foreldre møtes til samtaler om situasjonen. Statens undersøkelseskommissjon har fremhevet behovet for å opprette et tilbud om familiestøtte og familieundervisning for familier til barn med kjønnsinkongruens.²¹⁷ Et slikt tilbud vil kunne hjelpe barnet med å håndtere situasjonen, slik at barnet trygges om at beslutningen kan og bør tas sammen med familien sin. Det vil også kunne gjøre foreldrene i bedre stand til å støtte barnet i en kompleks avgjørelse, som kan hjelpe barnet til å ta et riktig valg for seg selv.

6.2.2 Bør barns selvbestemmelsesrett for spørsmål om hormonbehandling reguleres særskilt?

Det kan stilles spørsmål ved om de forskjellige aldersgrensene og unntakene som den generelle helselovgivningen oppstiller er forsvarlig og hensiktsmessig også for denne typen behandling. Ved enkelte andre former for helsehjelp opererer man med strengere regler enn det de generelle reglene i pasient- og brukerrettighetsloven legger opp til, som gjør unntak fra den helserettslige myndighetsalderen da det følger av «særlig lovbestemmelse» jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b. Eksempler på strengere regler finner vi blant annet i

²¹⁶ Barneombudet (2020), under «rett til helsehjelp for barn etter nasjonalt regelverk».

²¹⁷ Ukom (2023) s. 22.

steriliseringsloven²¹⁸, som sier at hovedregelen er at man må ha fylt 25 år for å kunne steriliseres. Barn kan ikke steriliseres med mindre det foreligger «særlig tungtveiende grunner».²¹⁹ Etter transplantasjonslova²²⁰ § 7 har personer som er fylt 18 år rett til å samtykke til donasjon, og etter pbrl. § 4-5 bokstav a kan kosmetiske inngrep, injeksjoner eller behandling uten medisinsk eller odontologisk begrunnelse utføres fra pasienten fyller 18 år.

For abortspørsmål, er foreldrenes rett på informasjon regulert særskilt. Dersom et barn under 16 år ønsker å utføre en abort, skal den eller de som har foreldreansvaret eller vergen gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det jf. abortloven²²¹ § 4 første ledd og abortforskriften²²² § 5 siste ledd. I veileder til § 5 siste ledd i abortforskriften presiseres det at adgangen til å informere foreldrene etter pasient- og brukerrettighetsloven er videre enn etter abortloven, og at abortloven som spesialloven går foran.²²³ Det underbygges av Aasen, som antar at «særlige grunner» tilsier en noe strengere regel med hensyn til å la være å informere foreldrene sammenlignet med «grunner som bør respekteres» etter pbrl. § 3-4 annet ledd.²²⁴ Dersom foreldrene gis anledning til å uttale seg og de er imot aborten, kreves det samtykke fra Statsforvalteren for å få utført inngrepet, jf. abortloven § 9 første ledd bokstav a.

Eksemplene ovenfor illustrerer muligheten for å regulere samtykkekompetansen i medisinske spørsmål særskilt på bakgrunn av inngrepets karakter. Ved spørsmål om hormonbehandling til barn, kan mangelen på forskning om langtidseffektene og muligheten for irreversible konsekvenser tale for at denne behandlingsformen også bør reguleres særskilt. For kjønnsbekreftende hormoner vil betydningen av beslutningen ha enda større konsekvenser enn pubertetsutsettende hormoner, da der er en mer inngripende form for behandling. Ettersom det i første rekke er foreldrenes oppgave å fremme barnets beste, kan det stilles spørsmål ved om helsepersonell bør gi barnet selvbestemmelsesrett etter en barnets beste-vurdering uten å i det hele tatt høre foreldrenes synspunkt. Til sammenligning, kunne man tatt inn en lignende regulering som abortloven har om foreldrenes rett til informasjon. Det ville fått bedre frem at involvering av foreldrene skal være den klare hovedregelen før barnet fyller

²¹⁸ Lov av 3. juni 1977 om sterilisering.

²¹⁹ Steriliseringsloven §§ 2 og 3.

²²⁰ Lov av 7. mai 2015 om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev.

²²¹ Lov av 13. juni 1975 om svangerskapsbrudd.

²²² Forskrift av 15. juni 2001 om svangerskapsavbrudd.

²²³ Helsedirektoratet (2019), «Veileder til forskrift om svangerskapsavbrudd».

²²⁴ Aasen (2008) s. 12-13.

16 år og hevet terskelen for å gjøre unntak. Alternativt kunne man hatt en hovedregel om at foreldrene skal involveres helt frem til barnet fyller 18 år, men at selv om foreldrene er informert og ikke samtykker til behandling kan barnets ønske om hormonbehandling likevel være avgjørende i det konkrete tilfellet.

Dersom behandlingen skal regnes som eksperimentell/utprøvende kan det stilles spørsmål ved om barn i det hele tatt bør kunne samtykke til hormonbehandling, uten å involvere foreldre eller en annen sikkerhetsmekanisme som for eksempel Statsforvalteren. Alvorlighetsgraden og mangelen på forskning for både pubertetsutsettende og kjønnsbekreftende hormoner kan tale for en slik ordning. Selv om barnet viser modenhet rundt valget om å starte på behandling, kan alvorlighetsgraden og mangelen på forskning tale for at det er betenkeligheter med å la barn ta slike beslutninger alene. Samtidig kan det argumenteres for at den generelle helselovgivningens reguleringer om barns samtykkekompetanse med god grunn også gjelder for behandling av kjønnsinkongruens som angår sterkt personlige spørsmål, da den åpner for å vurdere det enkelte tilfellet konkret.²²⁵

Tar vi ett skritt tilbake, kunne man stilt spørsmål ved om man heller burde ha en beslutningsmodell der barnets bestemmelsesrett avhenger av en konkret vurdering av om barnet er i stand til og har kompetanse til å bestemme behandling selv, slik at man ikke opererer med konkrete aldersgrenser. Det ville stemme bedre overens med at det er store variasjoner i barns modenhet og utvikling, men vil være langt vanskeligere å praktisere.²²⁶ Dette reiser imidlertid et større spørsmål om reguleringen av barns selvbestemmelsesrett ved helsehjelp i sin helhet.²²⁷ Dersom behandling for kjønnsinkongruens skulle operert med en slik modell alene ville det ført til en uheldig inkongruens i systemet.

²²⁵ Sandberg (2015) s. 347

²²⁶ Sandberg og Jessen (2021) s. 260.

²²⁷ Drøftes nærmere for all type helsehjelp i Sandberg (2016) s. 41 og Kvalø (2022) punkt 4. En slik modell brukes blant annet i britisk helserett, som har fått fått betegnelsen «Gillick competence» med opphav i avgjørelsen Gillick mot West Norfolk and Wisbevh AHA (1985).

Kilderegister

Norske lover og forskrifter

Lov 17. mai 1814 Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven – Grl.).

Lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven).

Lov 3. juni 1977 nr. 57 om sterilisering (steriliseringsloven).

Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova).

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl.).

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

Forskrift 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd (abortforskriften).

Lov 19. mai 2006 nr. 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova).

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Lov 7. mai 2015 nr. 25 om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev (transplantasjonslova).

Lov 17. juni 2016 nr. 46 om endring av juridisk kjønn.

Norske lovforarbeider og stortingsdokumenter

Ot.prp. nr. 56 (1996–1997) Om lov om endringer i lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova).

Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Ot.prp. nr. 104 (2008–2009) Om lov om endringer i barnelova mv. (flytting, delt bosted, samvær, vold mv.).

Dok. nr. 16 (2011-2012) Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven.

Meld St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Prop. 88 L (2012-2013) Diskrimineringslovgivning (diskrimineringsloven om seksuell orientering, likestillingsloven, diskriminerings-loven om etnisitet, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven).

Prop. 118 L (2012–2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)

Innst. 169 S (2012-2013) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven.

Innst. 186 S (2013–2014) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om grunnlovsforslag.

Prop. 74 L (2015-2016) Lov om endring av juridisk kjønn.

Prop. 75 L (2016-2017) Endringer i pasient- og brukerretslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.).

Prop. 81 L (2016-2017) Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven).

NOU 2020: 14 Ny barnelov – til barnets beste.

Internasjonale konvensjoner og prinsipper

Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Roma, 4. November 1950. (Den europeiske menneskerettskonvensjon - EMK).

Convention on the Rights of the Child, 20. November 1989. (Barnekonvensjonen).

The Yogyakarta Principles, Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity, 2006, http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_en.pdf.

The Yogyakarta Principles, The Yogyakarta Principles plus 10 (YP+10), 2016, <http://yogyakartaprinciples.org/>.

FNs barnekomité

General Comment no. 12 (2009), *The rights of the child to be heard* (GRC/C/GC/12).

General Comment no. 14 (2013), *The rights of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (GRC/C/GC/14).

General Comment no. 15 (2013), *The rights of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (CRC/C/GC/15).

General Comment no. 20 (2016), *The implementation of the rights of the child during adolescence* (CRC/C/GC/20).

Avgjørelser fra Høyesterett

Rt. 1993 s. 1169 A.

Rt. 2015 s. 93 A.

HR-2019-2301-A.

HR-2020-661-S.

Praksis fra Statsforvalteren

Statsforvalteren i Agder (tidl. Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder), *Klage på iverksatt behandling*, Saksnr. 2019/9940 [Hentet fra eInnsyn.no].

Statsforvalteren i Oslo og Viken (tidl. Fylkesmannen Oslo og Viken), *Klage på avslag om behandling*, Saksnr. 2019/1678 [Hentet fra eInnsyn.no].

Statsforvalteren i Oslo og Viken, *Klage på behandling*, Saksnr. 2021/26820 [Hentet fra eInnsyn.no].

Statsforvalteren i Oslo og Viken, *Helsepersonells meldeplikt etter helsepersonelloven § 17 om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet*, Saksnr. 2021/18770 [Hentet fra eInnsyn.no].

Statsforvalteren i Oslo og Viken, *Klage på avslag på henvisning*, Saksnr. 2022/27372 [Hentet fra eInnsyn.no].

Statsforvalteren i Oslo og Viken, *Klage på Helsestasjon for kjønn og seksualitet*, Saksnr. 2022/33797 [Hentet fra eInnsyn.no].

Avgjørelser fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD)

Christine Goodwin mot Storbritannia [GC], no. 28957/95, ECHR:2002:0711JUD002895795.

Van Kuck mot Tyskland [C3], no. 35968/97, ECHR:2003:0612JUD003596897.

A.P., Garçon og Nicot mot Frankrike [C5], no. 79885/12, 52471/13 og 52596/13, ECHR:2017:0406JUD007988512.

Avgjørelser fra Storbritannia

Gillick v. West Norfolk and Wisbech AHA, House of Lords. AC 112, 1985.

The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust vs Quincy Bell and Mrs A, no. CO/60/2020, The High Court of Justice, EWHC 3274, 2020.

The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust vs Quincy Bell and Mrs A, no. C1/2020/2142, The Court of Appeal, EWCA Civ 1363, 2021.

Juridisk litteratur

Rynning, Elisabeth, *Samtykke till medicinsk vård och behandling*, Iustus Forlag 1994.

Aasen, Henriette Sinding, *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, Fagbokforlaget 2000.

Archard, David, *Children – Rights and childhood*, 2. utg., Routledge 2004.

Stang, Elisabeth Gording, *Det er barnets sak. Barnets rettsstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4*, Universitetsforlaget 2007.

Lorenzen, Peer, et al., *Den Europæiske Menneskerettighedskonvention art. 1-9*, 3.utg., Jurist- og Økonomiforbundets Forlag 2011.

Aasen, Henriette Sinding og Marit Halvorsen, «Barns rett til den høyest oppnåelige helsestandard» i *Barnekonvensjonen – barns rettigheter i Norge*, Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg red., 4. utg., Universitetsforlaget 2020, s. 208-230.

Haugli, Trude, «Hensynet til barnets beste» i *Barnekonvensjonen – barns rettigheter i Norge*, Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg red., 4. utg., Universitetsforlaget 2020, s. 55-78.

Sørli, Anniken og Anne Hellum, «Innledning: Frihet, likhet og mangfold: Fra ideal til realitet» i *Frihet, likhet og mangfold*, Anne Hellum og Anniken Sørli red., Gyldendal 2021, s. 17-40.

Slagstad, Ketil, «Transkjønn i medisinen – En historie om diagnose mellom stigma og omsorg» i *Frihet, likhet og mangfold*, Anne Hellum og Anniken Sørli red., Gyldendal 2021, s. 180-199.

Wæhre, Anne, «Medisinsk perspektiv på behandling av medfødt variasjon i kroppslig kjønnsutvikling og kjønnsinkongruens hos barn og unge» i *Frihet, likhet og mangfold*, Anne Hellum og Anniken Sørli red., Gyldendal 2021, s. 200-224.

Sandberg, Kirsten og Reidar Schei Jessen, «Psykologisk og medisinsk behandling av barn og ungdom med kjønnsinkongruens – En fagetisk og menneskerettslig diskusjon» i *Frihet, likhet og mangfold*, Anne Hellum og Anniken Sørli red., Gyldendal 2021, s. 225-265.

Ros, Janneke van der, «Helse til alle kjønn?» i *Frihet, likhet og mangfold*, Anne Hellum og Anniken Sørli red., Gyldendal 2021, s. 266-304.

Bendiksen, Lena R.L. og Trude Haugli, *Sentrale emner i barneretten*, 4. Utg., Universitetsforlaget 2021.

Befring, Anne Kjersti, *Helseretten*, Cappelen Damm AS 2022.

Aasen, Henriette Sinding og Marianne Klungland Bahun, *Menneskerettigheter i helse- og omsorgstjenesten*, Universitetsforlaget 2022.

Syse, Aslak, Norsk lovkommentar: Pasient- og brukerrettighetsloven, note 161, 2022, Rettsdata.no (lest 05.05.2023).

Sørli, Anniken, Arbeidstittel er «Barnekonvensjonens betydning for transbarns rettigheter i Norge» i *Barnekonvensjonen i norsk rett: 2003-2023*, Anna Nylund, Ingun Fornes og Anneken Sperr red., Gyldendal [forventet utgitt oktober 2023].

Artikler i tidsskrift og skriftserier

Aasen, Henriette Sinding, «Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp», i *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, nr. 1, 2008, s. 4-27.

Ros, Janneke van der, *Alskens Folk - Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*, Likestillingscenteret 2013.

Syse, Aslak, «Barns rett til medvirkning på helserettens område», *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 2014 s. 173-177.

Sondrup, Anders Skjellerudsveen, «Har barnet en rett til rett kjønn? – En vurdering av hvorvidt barnet har krav på pubertetsutsettende og feminiserende eller maskuliniserende hormonbehandling ved kjønnsinkongruens», *Kvinneskriftlig skriftserie*, nr. 97, 2015.

Sandberg, Kirsten, «The Rights of LGBTI Children under the Convention on the Rights of the Child», *Nordic Journal of Human Rights*, nr. 4, 2015, s. 337-352.

Hellum, Anne, «Special Issue: Human Rights, Sexual Orientation, And Gender Identity», *Nordic Journal of Human Rights*, 2015, s. 277-279.

Kvalø, Kirsten Kolstad, «Barns rett til selvbestemmelse etter ulike aldersgrenser», *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 2022, s. 297-312.

Retningslinjer, rundskriv og høringsvar

World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7. Utg., 2012, <https://www.wpath.org/publications/soc> (lest 05.05.2023).

Helsedirektoratet, *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, 2015, <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer> (lest 05.05.2023).

Helsedirektoratet, *Veileder til forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften)*, 2019, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift> (lest 05.05.2023).

Helsedirektoratet, *Utprøvende behandling - nasjonale prinsipper*, 2021, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utprovende-behandling> (lest 01.05.2023).

Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens*, 2020, <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonninkongruens>, (lest 05.05.2023).

Helsedirektoratet, *Meningeomer – Handlingsprogram, Punkt 12.1: Hva er nasjonale retningslinjer?*, 2020, <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/meningeomer-handlingsprogram/metode-og-prosess/hva-er-nasjonale-retningslinjer> (lest 11.04.2023).

Folkehelseinstituttet (FHI), Høringsuttalelse til nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens, 2020, <https://www.fhi.no/om/fhi/uttalelser/horingsuttalelse2/> (lest 04.04.2023).

Barneombudet, Høringsuttalelse til ny nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens, 2020, <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/hoyringssvar/retningslinje-om-kjonnsinkongruens> (lest 04.04.2023).

World Professional Association for Transgender Health. (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People (SOC)*, 8. Utg., 2022, <https://www.wpath.org/publications/soc> (lest 05.05.2023).

Leksikon

Lødorp, Peder og John Aasland, «Foreldreansvar» i Store norske leksikon, 2021, <https://snl.no/foreldreansvar> (lest 13.04.2023).

Braut, Geir Sverre, «ICD-11» i Store norske leksikon, 2022, <https://snl.no/ICD-11> (lest 12.04.2023).

Jessen, Reidar Schei, «fødselskjønn» i Store norske leksikon, 2022, <https://snl.no/fodselskjonn> (lest 16.03.2023).

Jessen, Reidar Schei, «kjønnsdysfori» i Store norske leksikon, 2022, <https://sml.snl.no/kjonnsdysfori> (lest 04.03.2023).

Tetzchner, Stephen von, «Identitet» i Store norske leksikon, 2023, <https://snl.no/identitet> (lest 27.04.2023).

Avisartikler og nettsider

Sandberg, Kirsten, «Barnets beste i lovgivningen - Betenkning til Barnevoldsutvalget».

21.12.2016,

<https://www.regjeringen.no/contentassets/3be8090f3c354f5eb821535142071c50/3.-barnets-beste-i-lovgivningen-kirsten-sandberg.pdf> (lest 01.04.2023)

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), «Hvor mange er lhbtqi?», 25.01.2023,

https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Hvor_mange/#heading40303 (lest 23.02.2023).

Økland, Ingunn, «Det er gammeldags å skjære i friske kroppen», *Aftenposten*, 03.05.2018,

<https://www.aftenposten.no/meninger/kommentar/i/m6dGKl/det-er-gammeldags-aa-skjaere-i-friske-kropper-ingunn-oekland> (lest 08.01.2023).

Surén, Pål, Anne Wæhre, Kim Alexander Tønseth, Ingvild Skogen Bauge og Camilla

Stoltenberg, «Helsedirektoratet kommer med uforsvarlige retningslinjer for

kjønnsinkongruens | Fem leger», *Aftenposten*, 21.07.2020,

<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/MRzMWB/helsedirektoratet-kommer-med-uforsvarlige-retningslinjer-for-kjoennsinkongruens-fem-leger> (lest 08.01.2023).

Surén, Pål og Birgitte Wirum Sand, «Kjønnskifte hos barn og ungdom: Er informert

samtykke mulig?», *Aftenposten*, 17.12.2020,

<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/7KPvxV/kjoennsskifte-hos-barn-og-ungdom-er-informert-samtykke-mulig> (lest 08.01.2023).

Relis, «Pubertetsblokkere – reversibilitet og bivirkninger», *RELIS Nord-Norge*, 19.03.2020,

https://relis.no/sporsmal_og_svar/?id=5%2D6092?source=relisdb (lest 07.03.2023).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), «LHBT+-ordlista», u.å.,

<https://www.bufdir.no/likestilling/lhbtqi-ordlista/> (lest 14.02.2023).

Norsk helseinformatikk (NHI), «Pubertet og ungdomstid». 14.04.2021,

<https://nhi.no/sykdommer/barn/vekst-og-utvikling/pubertet/> (lest 25.01.2023).

Debatten, «Hun, han, hen og hva mer?», *NRK TV*, 27.01.2022,

<https://tv.nrk.no/serie/debatten/202201/NNFA51012722/avspiller> (sett 08.01.2023).

Folkeopplysningen, «Trans», *NRK TV*, 17.03.2022,
<https://tv.nrk.no/serie/folkeopplysningen/2022/KMTE31009321> (sett 08.01.2023).

Kringstad, Kirsti og Sverre Lilleeng, «Sverige har strammet inn behandling til unge transpersoner. I Norge går vi motsatt vei», *NRK*, 03.04.2022,
<https://www.nrk.no/trondelag/hormonbehandling-og-pubertetsblokkere-til-transpersoner-sverige-strammer-inn-norge-gar-motsatt-vei-1.15874823> (lest 05.05.2023).

Kringstad, Kirsti og Sverre Lilleeng, «Fagfolk krangler om hva som er det beste for transungdom», *NRK*, 12.04.2022, <https://www.nrk.no/trondelag/helsestasjon-for-kjonn-og-seksualitet-hks-og-rikshospitalet-behandler-transpersoner-helt-ulikt-1.15911943> (lest 08.01.2023).

Oslo universitetssykehus, «Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens», 15.09.2022,
<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-behandlingstjeneste-for-kjonnsinkongruens> (lest 08.04.2023).

Oslo universitetssykehus, «Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år», 09.11.2022, <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/kjonnsinkongruens-utredning-og-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar> (lest 08.04.2023).

Helsetilsynet, «Esben Esther Pirelli Benestad har mistet autorisasjonen til å praktisere som lege», 02.03.2023, <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2023/esben-esther-pirelli-benestad-har-mistet-autorisasjonen-til-aa-praktisere-som-lege/> (lest 02.03.2023).

Regjeringen, «Regjeringens handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023–2026)», 17.02.2023, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-kjonns-og-seksualitetsmangfold-20232026/id2963172/>, (lest 05.03.2023).

Rapporter og spørreundersøkelser

Barneombudet, «Barneombudets supplerende rapport til FNs barnekomité - Barns rettigheter i Norge», 2017,

<https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Rapportering/Barneombudets-supplerende-rapport-til-FNs-barnekomite-2017.pdf> (lest 23.03.2023).

Anderssen, Norman et al., «Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår - Resultater fra spørreundersøkelsen 2020». Universitetet i Bergen 2020,

https://www2.bufile.no/globalassets/global/nbbf/kjonn_identitet/seksuell_orientering_kjonnsmangfold_og_levekar_resultater_fra_sporreundersokelsen_2020.pdf (lest 27.02.2023).

eRapport, «Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens», 2009-2022,

<https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2022> (lest 05.05.2023).

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenester (Ukom), «Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens», 09.03.2023,

<https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonninkongruens/sammendrag> (lest 06.05.2023).

Diagnosemanualer

Verdens helseorganisasjons klassifikasjonssystem over sykdommer (1994), *International Classification of Diseases (ICD)*, 10. versjon, <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/> (sett 08.05.2023).

Verdens helseorganisasjons klassifikasjonssystem over sykdommer (2019), *International Classification of Diseases (ICD)*, 11. versjon, <https://icd.who.int/en> (sett 08.05.2023).

Direktoratet for e-helse, *ICD-10*, sist revidert 01.01.2023,

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/3135392> (sett 08.05.2023).

Medisinsk forskning

Hembree et al., «Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*», vol. 94, 2009, s. 3132–3154.

de Vries Annelou L.C. et al., «Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment», *Pediatrics*, nr. 4, 2014, s. 696-704.

Ehrensaft, Diane, «Gender nonconforming youth: Current perspectives», *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, versjon 8, 2016 s. 57-67.

Ashley, Florence, «Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth», *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, versjon 24, nr. 2, 2019, s. 223-226.

Achille, Christal, et al., «Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: preliminary results», *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020.

Zhang, Qi et al., «Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data», *International Journal of Transgender Health*, vol. 21, nr. 2, 2020, s. 125-137.

Socialstyrelsen, «Vård av barn och ungdomar med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare», 2022,

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf> (lest 04.04.23).

Kaltiala Riittakerttu et al., «Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK», *Nordic Journal Psychiatry*, 2020, s. 40-44.

Chen, Diane, et al., «Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones», *New England Journal of Medicine*, 2023, s. 240-250.