

Kristent tidsskrift for medisinsk etikk

inter medicos

61. årgang nr. 4 – 2018

A photograph of a man with a beard and a woman with blonde hair. The man is on the left, seen in profile, applying red lipstick to the woman's lips. The woman is on the right, looking towards the man. Both are wearing dark clothing. The background is a plain, light-colored wall.

Hva er kjønn?

Innhold

Redaksjonelt	2
Hva er kjønn?	3
Helsetilbudet under lupen	4
Ubesvarte spørsmål om kjønnsinkongruens	6
Jeg tror det kan bli vanskelig	12
Advokat Frode Lauareid er overrasket	13
Fra generalsekretæren	14
Samvittighetsfriheten- en grunnstein	15

Inter Medicos nr 4 • 2018

Ansvarlig redaktør: Torfinn Hynnekleiv
Redaktør: Tove Ingjerd Grønlund
E-mail: tove@gronlund.info
Mobil: 99 50 15 19

Trykk: Land Trykkeri
Opplag: 1600
ISSN 0020 - 5052

Mangfoldiggjøring tillatt ved kildehenvisning

Abonnementpris: 150 pr. år

Kontonummer

Inter Medicos: 7874 05 07973

Forsidebilde: Shutterstock.com
Baksidebilde: Tove Ingjerd Grønlund

NKLF - Norges kristelige legeförening

Storgata 10b, 0155 Oslo
Tlf: 22 34 09 21 tirsdag og torsdag: 10-15
post@nklf.no www.nklf.no

Kontonummer

Studentarbeid: 5010 05 58758
Misjon: 7874 05 30401

Ansatte:

Karin Tjernæs - kontorsekretær post@nklf.no
Magnar Kleiven, generalsekretær - magnar@vivilja.no
Sveinung Djupedal, misjonskoordinator
Abigail Onsrud, studentkoordinator -
abi.tennassie@gmail.com m. 46596014

LEDER:

Mangfold-adelens ideologi – en ideologi som også har problemer med mangfold? Finnes det alternative medmenneskelige livs-syn?

Europa har i alle år slitt med evnen til genuint livsvern og også med reell åpenhet for muligheter for mangfold. Det var ikke uten grunn at det endog var kristne som i sin tid flyktet med båten Mayflower til USA fra det som ble kalt et religiøst Europa. I dag har vi fått et nytt Europa med toleranse og mangfold på etiketten. Men dette Europa synes også å ha i seg sterke krefter med beskjeden grad av ekte mangfold. Alexander Grau har beskrevet denne sekulære fundamentalisme primært som en moralisme, og hans observasjoner og analyser er introdusert på norsk av bl.a. Hege Storhaug og Hans Rustad, og som en del av det følgende er hentet fra. Orvellsk tankeverden kan her også gjenkjennes. Et utslag av denne nye «mangfold» er at NRK likebehandler en muslimsk lærerassistent som nektet å ta kvinnelige kolleger i hånden med legen som ber om reservasjonsrett mot å sette inn spiral. For NRK handler begge saker om religion og samvittighet generelt, der den ene religion er like god som en annen. Slik blir det når man pukker på likhet som overordnet og ikke vil se kvalitative livsfundamentale forskjeller. Denne sekularismen kan gi seg det utslag å bry seg mer om å sikre diskriminering av kvinner enn å bevare livet, og som kan ende opp med å fremme en fremmed religion selv om det ses offisielt at man ikke ønsker et samfunn hvor religion bestemmer.

Denne sekularismens voktere kalles også liberale men er vel ikke spesielt liberale når de håndhever strenge grenser for holdninger og ordbruk, med mer enfold enn mangfold som konsekvens. Og den som står i konflikt med denne nye enhets-moralismen kan stemples som et dårlig eller ondt menneske, uansett hvor godt begrunnet de tradisjonelle standpunktene framføres. Omdømmet og jobb kan komme i fare når fakta og tenkning skal vike plassen for den nye harme. De ti bud er ute, og man får nye absolutter som er full av relativisme i forhold til den gamle religions fundament. Den nye moralen kan også framstilles som en vitenskap, slik marxismen hadde med å gjøre det. Alle problemer omdefineres til moralistiske spørsmål der objektive fakta må kunne vike. Denne formen for human-etikk synes også å kunne fungere tiltrekkende på en totalitært anlagt elite.

Denne sekularismen representeres ved såkalte fagpersoner som tar prestenes plass der verden deles inn i tradisjonister og progressivister. De fleste er kanskje fortsatt tradisjonister, men det er progressivistene som dominerer i alle kanaler. Tradisjonistene kunne tidligere bli kalt for moralister, men den nye moralismen går den gamle en høy gang i grad av fariseisme og bør kalles mer presist for hypermoralisme som også fyller religiøse behov uten en gang å kalle seg selv religiøs. Den nye forkynner tar gjerne Guds plass og er således selv den gode og allmechtige. Pluralismen som målbares offisielt er overfladisk, da moralistenes hamrer inn at deres ideologi er den eneste valide, for det er den som er forenlig med menneskerettighetene – og hvem kan være mot menneskerettighetene?

Mottoet for den nye eliten kan sammenfattes, ifølge Grau: Jeg føler og fordømmer, altså er jeg. Meningsmonopolet oppnås, og alle andres betraktninger kan diskrediteres, for man kan forlange at alle skal være gode, og deres første bud lyder: Du skal ikke ha annen moral enn meg. Den som tør å motsi den nye tids verdiforestillinger, frakjennes den personlige autonomi og dømmekraft. Motstanderen stemples som pasient, som bør helbredes, ikke diskuteres saklig med.

Den industrielle revolusjonen åpnet for neste generasjoners brudd med de overleverte tradisjonene, og dermed for selvrealisering. Men når alle vil være enestående, er det også mulighet for at alle blir dønn like, inkludert like selvmotsigende: På den ene siden vil det postmoderne individ være uavhengig og fri fra tvang, på den andre siden skal denne friheten benyttes til å avfeie enhver som ikke deler de samme verdier. Denne slags logiske brister er det imidlertid ingen grunn til å bry seg om, heller ikke at de nye frelsesverdiene blir stadig mer virkelighetsfjerne samfunns-utopier.

Nå finnes det også andre helt andre verdier, ikke minst det syn at vern av menneskelivet er og skal være fundamentet, som igjen er basert på en hellighet, og som vil innebære vern av så vel ufødt som gammelt liv. Et slikt livs-syn vil også innebære at livet forstås objektivt som at livet blir til av og består av to kjønn. Uansett er hvert individ unikt – idiosynkratisk – med en egen blanding av egenskaper. Innenfor rammen av et slikt livs-syn er det også åpning for en diskusjon av opplevde grenseomstendigheter eller mulige unntak ved vanskelige tilfeller under en fri og medmenneskelig dialog, der begrunnelser kan ende opp med særegne løsninger. Skjæringspunktdiskusjoner her kan man gjerne kalle genuine mangfold-diskusjoner.

Hvilket av disse nevnte syn er så best som utgangspunkt for f.eks. diskusjon av frihet og kjønn. Dette kan man kanskje teste ut selv etter å ha lest denne utgaven av Inter Medicos om reservasjonsrett og kjønn?

THy



Åse Bjorvatn
Sævik, lege



Morten Magelssen, lege
og Ph. D. i medisinsk etikk



Bjarte Onsrud, lege



Nikolai Fuglseth, lege

Hva er kjønn?

Hva er kjønn? Dette spørsmålet som tidligere var lett å besvare, har blitt omstridt og betent, og det finnes nå flere konkurrerende svar.

Et tradisjonelt syn på kjønn

Alle mennesker er født med et biologisk kjønn, og i et tradisjonelt syn er det det biologiske kjønn alene som definerer om du er mann eller kvinne. I biologien generelt defineres hankjønn og hunkjønn ut fra kjønnenes respektive roller i reproduksjonen.

Kjønnsforskerne Suzanne J. Kessler og Wendy McKenna har oppsummert det tradisjonelle synet på kjønn i åtte punkt:(1)

- 1 Det eksisterer to, og bare to, kjønn (mann og kvinne)
- 2 Kjønn er uforanderlig i løpet av livet
- 3 Kjønnorganene er de essensielle kjennetegn på kjønn
- 4 Unntak fra den første regelen er patologiske
- 5 Det er ingen overgang fra det ene kjønn til det annet i løpet av livet
- 6 Alle har ett kjønn
- 7 Kjønn er et objektivt fenomen
- 8 Kjønn er et naturlig attributt, ikke en personlig avgjørelse

Ut fra denne forståelsen kan det hevdes at en mann som gjennomgår hormonell og kirurgisk behandling for å bli kvinne, ikke egentlig er blitt en kvinne. Vedkommende har endret kroppen i kvinnelig retning – men for eksempel vil fortsatt hver eneste kroppscelle ha en mannlig konstellasjon av kjønnskromosomer.

Forståelsen av kjønn utfordres

I vår tid har kritikken mot en slik biologisk og derfor statisk og binær

forståelse av kjønn økt på. I boka *Kjønn i bevegelse* skriver lege og sexolog Esben Esther Pirelli Benestad: “Det vi trodde var de naturgitte lovmessigheter for kjønn, viser seg å være foranderlige variabler. Når det gis rom for kultur, synes det som om nye naturgitte disposisjoner finner sine uttrykk.”(2)

I stedet for å la biologi definere, foreslås kjønn som et komplekst uttrykk for identitet der biologisk kjønn bare er én av mange bidragende faktorer. Hvilket kjønn en person tilhører – et av de to tradisjonelle, begge eller ingen – vil da også avhenge av personens subjektive opplevelse av kjønnsidentitet, kroppsbilde og kjønnsrolle. Slik gis hver enkelt myndighet til selv å definere eget kjønn. «Gratulerer, det ble en jente»? Det blir ikke lenger mulig å vite sikkert ved fødsel hvilket kjønn barnet egentlig har; det vil først vise seg gjennom oppveksten.

Tre ulike tilnærminger

Kjønn kan videre defineres ut fra tre nivåer: genetisk, fenotypisk og sosialt kjønn.(3) De to første er forholdsvis enkle å forklare: Det genetiske kjønn bestemmes av kjønnskromosomene, fenotypisk kjønn ut fra kjønnsspesifikke kroppslige trekk og egenskaper. Genetisk og fenotypisk kjønn kategoriseres som hunkjønn, hankjønn eller, alternativt, som forstyrret kjønnsutvikling. Dette siste kan skyldes genetiske avvik eller miljømessig påvirkning. Hvert år fødes om lag 10-12 barn hvor det er vanskelig å fastsette kjønn basert på ytre kjønnsorgan. Mildere grader av kjønnsorganavvik forekommer hos rundt 300 årlig.(4)

Til sist kommer det sosiale kjønn, som på engelsk kalles “gender”, på svensk “genus”.(5) Det sosiale kjønn inkluderer den individuelle, subjektive opplevelsen av kjønn, men

også sosiale, kulturelle, historiske og psykologiske forhold spiller inn ved at kjønnsidentitet i stor grad handler om følelse av tilhørighet og gjenkjennelse. (6) Sosialt kjønn eller kjønnsidentitet (som vi bruker synonymt) er “det eller de kjønn den enkelte opplever og identifiserer seg med”, ifølge Helsedirektoratets rapport Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn.(7) Det sosiale kjønn kan, men må ikke, samsvare med genetiske og fenotypiske trekk. Der det biologiske kjønn representerer noe naturgitt og konstant, kan det sosiale kjønn bli brukt som uttrykk for kjønnsoppførsel, →

Definisjonsboks (7,8)

Kjønnsidentitet / sosialt kjønn

(Eng.: Gender) Det (eller de) kjønn den enkelte opplever seg som og identifiserer seg med. Kan samsvare eller bryte med det biologiske kjønn.

Kjønnsidentitetsforstyrrelse

(Eng.: Gender identity disorder) Utgjorde en egen diagnosegruppe i ICD-10 under F-kapitlet (mentale og atferdsmessige forstyrrelser). I den nylig reviderte ICD-11 er begrepet tatt bort. I stedet introduseres en ny kategori, kjønnsinkongruens, plassert i det nye kapitlet Tilstander relatert til seksuell helse.

Kjønnsinkongruens

(Eng.: Gender incongruence) Beskriver en subjektiv kjønnsstilthørighet hvor det biologiske kjønn og sosiale kjønnsuttrykket ikke samsvarer.

Transkjønn

(Eng.: Trans gender; synonym: transperson) Samlebegrep for alle mennesker med kjønnsinkongruens. Eksempler på undergrupper: personer som opplever seg som motsatt biologisk kjønn, begge biologiske kjønn, et tredje kjønn eller ingen av delene.

-identitet, -tilhørighet, interesser og indre følelser.

Ingen helhetlig definisjon

Det finnes ingen god definisjon av kjønn som integrerer alle de tre nivåene (genetisk, fenotypisk, sosial) av kjønnsforståelse. Ved å vektlegge genetiske forhold blir kjønn en objektiv og målbar størrelse som er uavhengig av den subjektive opplevelsen. Dersom det sosiale kjønn får definisjonsmakten, blir det vanskelig å oppnå objektiv kunnskap om emnet. Kjønn blir da et spørsmål om egen opplevelse og identitetsfølelse som verken kan eller bør overprøves. Forsøk på vitenskapelig tilnærming til kjønn blir dermed både nødvendig og uhensiktsmessig. Den nye betegnelsen på kjønnskirurgi som «kjønnsbekreftende behandling» er slående i så måte, fordi den impliserer at personens opplevde kjønn (og ikke det biologiske kjønn) er det egentlige kjønn, som altså «bekreftes» gjennom en serie kirurgiske inngrep.

Referanser

1. Kessler, S. J., & McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach*. New York: Wiley, s. 113-114.
2. Benestad EEP, Almås E (2001). *Kjønn i bevegelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
3. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, et al., editors. (2001). *Neuroscience*. (2. utg.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10943/>
4. Diseth TH. (2008). Barn født med uklare kjønnskarakteristika. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008;128: 576-80
5. Språkrådet. *Genus, sosialt kjønn?* Hentet fra <https://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/genus-sosialt-kjonn/>
6. Hansen S.A. (2014). *Å leve mellom kjønn*. (Masteroppgave, UiT). Hentet fra <https://mumin.uit.no/bitstream/handle/10037/6462/thesis.pdf?sequence=2>
7. Helsedirektoratet. (2015) *Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
8. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018, 26.01). *LHBTI-ordlista*. Hentet fra https://www.bufdir.no/lbht/LHBTI_ordlista/



Foto: shutterstock.com

Helsetilbudet under lupen

I Norge er ansvaret for kjønnsmodifiserende behandling sentralisert til Rikshospitalet og Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS).

Av Åse Bjorvatn Sævik, Morten Magelssen, Bjarte Onsrud og Nikolai Fuglseth.

Ved mistanke om kjønnsinkongruens skal pasienten først henvises til BUP/DPS for psykiatrisk vurdering. Aktuelle pasienter blir så vist videre til NBTS for omfattende, tverrfaglig utredning. Utredningen varer i minimum et år og skal gi svar på følgende: Er kjønnsidentitetsforstyrrelsen forbigående? Foreligger genitale anomalier eller psykoselidelser? Er det andre biologiske, psykiske eller sosiale utfordringer?

Terskelen for kjønnsmodifiserende tiltak er høy, bare et fåtall av pasientene

får tilbud om hormonbehandling og kirurgisk intervensjon. Til nå har bare pasienter som oppfylder kriteriene for diagnosen transseksualisme (F 64.0) fått tilbud om videre behandling. I 2017 gjaldt dette i overkant 100 av om lag 500 henviste pasienter.(1)

Helsetilbudet kritiseres

Helsetilbudet ved NBTS er blitt kritisert fra flere hold de siste årene. Blant kritikerne finnes pasienter(2), pårørende(3), sexologer(4,5,6), kommersielle aktører(7), akademikere(8,9), samt forfatterne av Helsedirektoratets rapport *Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn*(10).

Essensen i kritikken lyder:

- For få slippe gjennom behandlingsnåloyet ved NBTS.
- De som blir avvist står uten offentlig helsetilbud.
- Flere enn i dag må få tilbud om behandling og oppfølging.
- Ikke-kirurgisk behandling og oppfølging kan med fordel desentraliseres til regionale helseforetak og primærhelsetjenesten.

Føre-var

Det finnes imidlertid gode argumenter for å beholde høy terskel for behandling. I Aftenposten 22. mars i år skrev Anne Wæhre og Alexander Tønseth, ledere ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS), et åpent brev til helseministeren:(11)

De siste årene har det vært en eksplosiv økning i antall barn og unge som ønsker kjønnsbekreftende behandling på Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme.

(...) To av tre er i tillegg plaget med alvorlig depresjon, angst, selvskadning, traumer, autismspekterlidelser, hallusinasjoner eller tanker om å ta sitt eget liv.

(...)Kombinasjonen lite eller ingen kunnskap, stor økning og ofte presentert i sammenheng med alvorlig psykisk lidelse bør mane til forsiktighet. Hvor mange av disse ungdommene som vil ha en vedvarende opplevelse av å være det annet kjønn på sikt, er ikke kjent.

(...) Vi er derfor svært bekymret over den voksende gruppen sexologer og andre behandlere utenfor den nasjonale behandlingstjenesten som starter opp behandling på et lavterskelnivå.

Innlegget ble møtt med takk fra flere bekymrede foreldre.(12)

Andre, som journalist Ingunn Økland, etterlyser refleksjon og en mer nyansert debatt. Økland peker videre på faren for medikalisering og stiller spørsmål om omfattende behandling i det hele tatt er nødvendig: «Når transpersoner friskmeldes, må man jo spørre hvor radikal behandling det er forsvarlig å gi dem. Ja, hvis kjønnsinkongruens er en ganske normal tilstand, bør den vel møtes med ganske normale midler?»(13)

Hun får støtte av kunstkritiker Anki

Gerhardsen, som går enda lenger i sin kritikk av en «ensidig og ukritisk dekning i media».(14)

Kanskje er disse ungdommene som nå strømmer inn til behandlingstjenesten, bare ekstra vare for vår tids krav om å skape seg selv. Kanskje fordi det er enda tøffere for dem å holde ut med den de er og den de ble. Flere av dem har vært utsatt for overgrep og omsorgssvikt. Eller kanskje er de signalbærere, de som melder om inngangen til en helt ny tid. En tid der komplett frigjøring fra fysiske identitetsmarkører bare så vidt har begynt.

Endringer tvinges frem

Den sekulære forståelsen av kjønn er i endring, og i ICD-11 er diagnosen transseksualisme (F 64.0) tatt bort. Opplevelsen av å være «født i feil kropp», eller ikke tilhøre et bestemt kjønn i det hele tatt, vurderes ikke lenger som psykisk lidelse. I stedet innføres en ny kategori; kjønnsinkongruens. Organiseringen av og innholdet i helsetilbudet i Norge vil sannsynligvis endres i kommende år.(15) Hva disse endringene vil bestå i, er ennå uvisst.

im

Referanser

1. Referansegruppe for Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme. (2017). *Årsrapport*. Oslo: Oslo universitetssykehus HF.
2. Skarstein, K. (2018, 05.04). *Transpersoner flokker ikke til private helsetilbud fordi det er festlig å se tusenlappene renne ut av kontoen*. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/m6pLgL/Transpersoner-flokker-ikke-til-private-helsetilbud-fordi-det-er-festlig-a-se-tusenlappene-renne-ut-av-kontoen--Karoline-Skarstein>
3. Corneliussen E, Brune S og Nitzschner H. (2018, 27.03) *Rikshospitalet omtaler unge gutter som «nasjonens døtre»*. Tar du ansvaret, Bent Hoie? Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/yv37e/Kort-sagt--torsdag-27-mars>
4. Aaserud R. (2018, 27.03). *Nei, vi spanderer ikke hårvekst og mørk stemme til nasjonens «døtre»*. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/qnbLXm/Nei--vi-spanderer-ikke-harvekst-og-mork-stemme-til-nasjonens-dotre--Ronny-Aaserud>
5. Almås, E. (2018, 08.04). *Usaklig kritikk av sexologene*. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/4d0m3o/Kort-sagt--søndag-8-april>
6. Tønseth TM (2018, 04.06). *Jeg er en av «de behandlingsvrije sexologene som spanderer hårvekst og mørkere stemme på nasjonens døtre»*. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/vmP2vj/Jeg-er-en-av-de-behandlingsvrije-sexologene-som-spanderer-harvekst-og-morkere-stemme-pa-nasjonens-dotre--Thomas-Mork-Tonseth>
7. Simensen HV. (2018) *Transpersoner lider under stadige utsettelse og likegyldighet i det offentlige helsevesenet*. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/vmbAdV/Transpersoner-lider-under-stadige-uttettelse-og-likegyldighet-i-det-offentlige-helsevesenet--Halldan-Vier-Simensen>
8. Sørli A (2018, 26.03) *Transbarns rettigheter må sikres – ikke krenkes*. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/zLbGOO/Transbarns-rettigheter-ma-sikres-ikke-krenkes--Anniken-Sorli>
9. Benestad EEP, Thesen J, Aars H, Olsen GF, Bjorkman M. (2017) *Helsevesenet svikter transpersoner*. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2017; 137:1686-1687
10. *Helsedirektoratet*. (2015) *Rett til rett kjønn - belse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
11. Wæhre, A, Tønseth K.A. (2018, 21.03) *Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn*. Tar du ansvaret, Bent Hoie? Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/Bjyg49/Vi-har-fatt-en-eksplosiv-okning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret--Bent-Hoie--Anne-Waehre-og-Kim-Alexander-Tonseth>
12. *Skal populisme trumfe biologi og vitenskap i helseomsorgen?* Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/21lk9G/Skal-populisme-trumfe-biologi-og-vitenskap-i-helseomsorgen--Skandinavisk-foreldrenettverk-for-personer-med-raskt-oppkommen-kjonnssdysfori>
13. Økland I (2018, 05.05). *Det er gammeldags å skjære i friske kropper*. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/kommentar/i/m6dGKl/-Det-er-gammeldags-a-skjare-i-friske-kropper--Ingunn-Okland>
14. Gerhardsen A (2018, 22.05). *Drømmen om det sanne jeg*. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/yvrgWA/Drømmen-om-det-sanne-jeg--Anki-Gerhardsen>
15. *Arbeidsgruppen Behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori* (2018). *Rapport fra arbeidsgruppen*. Oslo: OUS Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling



Ubesvarte spørsmål om
kjønnsinkongruens:

Medisin, ideologi og teologi

Antallet barn og unge som søker kjønnsmodifiserende behandling har eksplodert de siste årene. «Behandlingsivrige sexologer spanderer hårvekst og mørk stemme på nasjonens døtre», advarer leger ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS).(1) «Transpersoner flokker ikke til private helsetilbud fordi det er festlig å se tusenlappene renne ut. Markedet er en konsekvens av et inkompetent offentlig system.» svarer pasienter.(2)

Av Åse Bjorvatn Sævik, Morten Magelssen, Bjarte Onsrud og Nikolai Fuglseth.

Det har vært høy temperatur i Aftenpostens debattspalter det siste året. Vårt eget utgangspunkt er at pasienter med kjønnsinkongruens må tas på alvor i helsetjenesten og tilbys vitenskapelig dokumentert behandling når det er til gagn. I dette feltet er det mange ubesvarte spørsmål, og den nye åpenheten om problemstillingene i feltet er derfor et gode. Det å ta stilling til hva som er best når politikk og helsetjenester skal utformes, forutsetter – som på alle andre felt – et tvisyn der ulike goder og konsekvenser veies mot hverandre.

Utviklingen inspirerer oss til seks spørsmål og bekymringer.

1. Er det god vitenskapelig evidens for helsetjenestens tilbud til personer med kjønnsinkongruens?

Vår første bekymring er om den vitenskapelige evidensen for kjønnsmodifiserende behandling til personer med kjønnsinkongruens er god nok. Hensikten med helsetilbudet bør være å bedre livskvaliteten og den generelle helsen hos denne pasientgruppen. Selv om gruppen har betydelige helsebehov, har ikke dagens behandlingstilbud med hormoner og/eller kirurgi overbevisende dokumentert effekt.

Hormonbehandling

En rekke studier viser at pasienter får bedre livskvalitet etter hormonbehandling. Ifølge to systematiske oversiktsartikler er kvaliteten på studiene imidlertid *lav* eller *svært lav*.(3,4) Det er altså svak evidens for å konkludere med gunstig effekt på livskvaliteten. En systematisk gjennomgang av studier på andre endepunkt, som død, slag, hjerteinfarkt og tromboembolisk sykdom, avslørte tilsvarende svakheter i metode.(5) Kvaliteten ble igjen vurdert som svært lav.

Per i dag kjenner vi altså ikke utfallet av hormonterapi på lang sikt; verken mulig gunstig effekt eller alvorlige konsekvenser. Mangelen på solid kunnskap holdes frem i Endocrine Society sine internasjonale retningslinjer for behandling av kjønnsinkongruens. De anbefaler derfor høy terskel for oppstart og understreker viktigheten av informert samtykke ved hormonterapi.(6)

Kirurgisk intervensjon

Teknikkene i kjønnsmodifiserende kirurgi er blitt bedre de siste årene, og tilbakemeldingene fra pasientene er jevnt over gode.(7) Flere studier melder likevel om betydelig fysisk og psykisk morbiditet, også på lang sikt etter kirurgisk behandling.(8,9) Som ved hormonterapi har vi begrenset med kunnskap om konsekvensene av kirurgi på grunn av metodologiske svakheter. Internasjonale retningslinjer understreker behovet for flere prospektive studier og bruk av kontrollgrupper.(6)

En svensk studie fra 2011 fikk stor oppmerksomhet i konservative miljø da den viste signifikant høyere forekomst i sykdom, dødelighet og kriminalitet hos personer som gjennomgikk kirurgi sammenlignet med to kontrollgrupper.(9) Mest alarmerende var likevel funnet at opererte hadde 5 ganger så høy risiko for selvmordsforsøk og 19 ganger forhøyet sjanse for å dø av selvmord. Resultatene gir imidlertid ikke grunnlag for å hevde at det er *operasjonene* som har ført til dårlig mental helse. Videre skal en være forsiktig med å legge for stor vekt på slike enkeltstudier, tross metodiske styrker. Imidlertid har forskning heller ikke kunne vise at kjønnsmodifiserende kirurgi fører til bedre helse og livskvalitet.(6) Og som ved all kirurgi er det risiko for både milde og alvorlige komplikasjoner på kort og langt sikt.(10)

Bør terskelen senkes?

Vi blir derfor stående igjen med *personens egen preferanse* som det sterke argumentet for kjønnsmodifiserende behandling. Når forfatterne av Helsedirektoratet-rapporten *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn*(11) anbefaler å lette tilgangen på kjønnsmodifiserende behandling, er hensikten nettopp å kunne tilby helsetjenester basert på pasientens egne ønsker. Som gjennomgått over, finnes imidlertid lite vitenskapelig støtte for at kirurgisk intervensjon eller hormontilførsel vil løse transkjønnedes underliggende problem og gi bedre mental og fysisk helse.

Noen kritikere drar paralleller til andre tilstander der personens

opplevelse ikke er i tråd med biologien. Ved anorexia nervosa er et viktig behandlingsmål å *korrigere* pasientens opplevelse av egen kropp som for tykk – denne oppfatningen blir sett på som sykkelig. Som Bjørn Hofmann skriver:

Jeg kan ha mange ønsker og behov knyttet til min selvoppfatning og identitet. Jeg kunne for eksempel plages av at min fysiske høyde ikke tilsvarte min identitet («høydeinkongruens»). Eller jeg kan oppfatte meg som asiat eller som hårete, selv om mitt ytre ikke bekrefter dette. Begge er sterke identitetsbekreftende trekk. Hva er det ved kjønnsidentiteten som gjør at den trumfer andre identitetstrekk, som jeg måtte ønske å endre? (12)

Hvorfor er det rett å spille på lag med pasientens opplevelse av at kroppen «ikke stemmer» i tilfellet kjønnsinkongruens, mens det er galt i disse andre tilfellene? Et av tilsvarene til denne innvendingen er gjerne at kjønnsinkongruens stikker dypere enn de nevnte kroppsidektetsforstyrrelse, noe som blant annet viser seg ved at psykologisk behandling for å forsøke å bringe opplevd kjønnsidentitet på linje med biologisk kjønn, ikke er bevist effektiv.

Norsk behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) rapporterer om en årlig økning i henvendelser på 100 % siden 2012.(1) Årsakene til denne plutselige økningen av personer som ønsker kjønnsmodifiserende behandling, særlig barn og unge, er ukjent. Sammenholdt med svak evidens for eksisterende behandling, mener vi det er gode grunner til å beholde en høy terskel for medikamentell og kirurgisk intervensjon.

2. Er helsetjenestens innsats for å hjelpe transkjønnede tilstrekkelig og til hjelp?

Dårligere helse

Den andre bekymringen vår tar utgangspunkt i at transkjønnede som gruppe har betydelig dårligere fysisk og mental helse. De psykiske helseplagene inkluderer depresjon, angst, rusmisbruk og vold i nære relasjoner. Det mest alvorlige er likevel den høye forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk, noe en amerikansk undersøkelse fra 2014 viser:



Hele 41 % av de transkjønnede hadde forsøkt å ta sitt eget liv minst én gang i løpet av livet.(13) I den generelle befolkningen var tallet 5 %. Forekomsten var høyest blant personer som var åpne om sitt transkjønn, ikke hadde kontakt med familien sin og personer utsatt for diskriminering eller vold i det offentlige rom. (13)

Transkjønnede er også mer utsatt for fordommer, stigma og diskriminering. Psykologisk forskning har bekreftet at friheten til å uttrykke følelsene sine og få anerkjennelse for disse er viktig for å utvikle og bevare god psykisk helse. Det er nærliggende å tenke at jo mer tilstanden normaliseres, dess lavere blir forekomsten av psykiske helseplager og selvmord/selvmoordsforsøk. Slik tankegang følger *den sosiale stressmodellen*. Hypotesen er altså at sosialt betinget psykisk stress – en form for “minoritetsstress” – fører til dårligere mental helse blant transkjønnede.(14) Motsatt vil reduksjon i sosialt stress føre til sunnere psyke. Teorien virker plausibel, men per i dag finnes ingen studier utformet til å kunne påvise kausalitet. Oppsummert har transkjønnede betydelig økt risiko for psykiske helseplager – også høyere enn LHBT-personer. Likevel mangler fremdeles svar på *hvorfor*, og *hvordan* helsepersonell best kan hjelpe.

Det er gjort svært lite for å kartlegge helsestatus og livskvalitet blant transkjønnede i Norge. Det finnes likevel én rapport basert på dybdeintervju av 19 personer med kjønnsidentitetstematikk. (14) Informantene meldte gjennomgående om *mangel på kunnskap og lite forståelse* i de fleste arenaer, private som offentlige. Et annet hovedfunn var opplevelsen av utilstrekkelig «transkompetanse» blant helsepersonell. Flere ønsket et mer differensiert helsetilbud som kunne tilpasses den enkeltes behov.

Forslag til bedring

Rapporten *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn* slår fast at det eksisterende helsetilbudet for transpersoner er mangelfullt og utilfredsstillende.(11) Det gjelder særlig gruppen som ikke får tilbud om behandling ved NBTS som risikerer å stå uten tilbud om offentlig helsehjelp. Flertallet av forfatterne tok derfor til orde for en betydelig desentralisering av behandlingstilbudet

ved kjønnsinkongruens, for å øke tilgjengeligheten av hormonbehandling og annen helsehjelp til personer som i dag har lite eller ikke noe tilbud om slik behandling.(11)

Det er gode grunner til at helsepersonell i første- og andrelinjen bør lære mer om transkjønnedes behov og utvikle ferdigheter i hvordan møte denne pasientgruppen på en bedre måte.(15) Vi mener lavere terskel for kjønnsmodifiserende behandling ikke er en av dem. På grunn av svak evidens, irreversible inngrep og mulig alvorlige komplikasjoner, bør hovedansvaret for medikamentell og kirurgisk intervensjon forbli sentralisert.

Helsehjelp er imidlertid ikke begrenset til medikament eller kirurgi. Primærhelsetjenesten er blitt foreslått som det laveste effektive omsorgsnivået for personer med behov for enklere bistand.(16) Vi støtter at fastlegen for eksempel kan ha rolle som samtalepartner, og eventuelt henvise til psykolog ved behov.

3. Er barn og ungdom tjent med et mer liberalt syn på kjønnsinkongruens?

Når det gjelder barn, rapporteres det at noen får det bedre med seg selv dersom de blir oppfordret og støttet i sin opplevelse av å være et annet kjønn.(17) Det gjelder særlig dersom kjønnsidentiteten er svært sterk og varer ved over tid. Imidlertid tyder forskning på at størsteparten av barna ender opp med en kjønnsidentitet som svarer til sitt biologiske kjønn.(18, 19) Denne forskningen har riktignok blitt kritisert for metodesvakheter, og i USA har det pågått en debatt om hva man kan konkludere med om «prognosen» for kjønnsinkongruente barn.(20) Hvis forskningen er til å stole på, vil det være svært viktig at behandling som rettes mot barn tar høyde for *den overveiende sannsynligheten for at barnet vokser fra ønsket om å være et annet kjønn*.

Det finnes lite dokumentasjon på effekt av pubertetsforsinkende behandling. National Institute of Health i USA sponser for tiden en stor klinisk studie på problemstillingen.(21) I fraværet av vitenskapelig evidens er det problematisk at flere og flere barn og ungdom undergår hormonbehandling som kan stanse naturlig pubertetsutvikling og medføre sterilitet.(22)

Foto: shutterstock.com



På barnets vei mot ungdom og et trygt selvbilde og modne relasjoner, inngår også det å bli komfortabel med egen kropp og kjønn, og å lære å forholde seg til omgivelsenes forventninger til atferd. Det er nok riktig og nødvendig å utfordre stereotypier og for trange roller, også når det gjelder sosialt kjønn, men det kan være en balansegang her: Barnet kan også trenge tydelige forventninger for å bli trygg i sine ulike roller.

En “bekymret mor” spør i Aftenposten: “Lever vi nå etter “Barnet-vet-best-prinsippet” fordi vi vil bort fra tiden hvor transseksuelle ble stemplet som syke? ... Er det riktig å fremstille personer med kjønnsmodifiserte kropp som glamorøse og lykkelige, slik TV2 har gjort den siste tiden? Hva med oss andre, som er dypt bekymret for våre identitetsforstyrrede barn?”(22)

4. Får samfunnets tilpasninger utilsiktede konsekvenser?

Fremgangsmåten for å endre juridisk kjønn er blitt kraftig forenklet og



sterilisering er ikke lenger påkrevd. Den obligatoriske ventetiden er også fjernet, noe som er et gode, hevder tilhengere av det nye regelverket, fordi ingen uansett tar lett på slike beslutninger. Personer som går til det skritt å endre juridisk kjønn har grunnet på beslutningen i lang tid forut.

Mot dette har det vært fremmet at lovendringen gjør det mulig for biologiske menn – med loven i hånd – å få tilgang til damegarderober og –toaletter. Garderober og toaletter blir dermed ikke lenger områder der kvinner kan være sikre på å slippe å bli eksponert for biologisk mannlige kropp. I USA valgte en voldtektsmann å bli juridisk kvinne for å kunne bli overført til et kvinnefengsel. (23)

Feminister har ytret bekymring for at når kjønnsgrensene viskes ut, forsvinner grunnlaget for kampen mot forskjellsbehandling basert på kjønn (slik som lønnsforskjeller). Vil biologiske menn som skifter kjønn ha anledning til å delta i kvinneklassene i idretter? Hvis nei, hvordan skal det

begrunnes uten at det utgjør ulovlig diskriminering? (23)

Det er også en fare for at tilpasningene i realiteten bidrar til snevre kjønnsstereotyper. Det er en kjensgjerning at enkelte opplever større grad av maskulinitet eller feminitet enn majoriteten av sitt biologiske kjønn. Ved å løsrive kjønnsbegrepet fra det biologiske utgangspunktet står vi i fare for å opprettholde og forsterke stereotype kjønnsroller. I stedet for å oppmuntre mennesker til å bidra til mangfoldet blant sitt kjønn, oppmuntres de til å “bytte” til det kjønn som kulturen definerer som mer “passende” for deres personlighetstrekk.

Videre, dersom sosiale forhold får definere kjønn, vil kjønnstilhørigheten kunne få uforholdsmessig mye å si for menneskers identitet. Ved å åpne opp for full individuell frihet til å definere kjønn, risikerer vi å avgrense mennesker til bare å være *kjønn*. Vil interesser, egenskaper, ferdigheter og tanker da kunne forklares ut fra *det sosiale kjønn* i stedet for som uttrykk for det unike mennesket sin personlighet?

5. Følger en problematisk, radikal kjønnsideologi “med på lasset”?

Bekymringen er at tiltak for å hjelpe transpersoner, tiltak som i seg selv er gode, bringer med seg en ny måte å tenke om kjønn, identitet og seksualitet på – og at denne tenkemåten har problematiske sider. Et synlig uttrykk for dette er regnbueflagget, som vaier fra mange flaggstenger i det offisielle Norge i velment støtte til mangfold, men som også er knyttet til en tung filosofisk “bagasje”, slik som *skeiv teori*. Skeiv teori (“queer theory”) handler om “de skeive”, personer som bryter med normer for kjønn og identitet. “Skeiv” brukes også som en positiv beskrivelse av noe som overskrider, utfordrer eller utvisker tradisjonelle samfunnsnormer og kategorier, spesielt når det gjelder seksualitet eller kjønnsidentitet. (24)

Kjønnsidentitet: medfødt eller sosial konstruksjon?

Queerteoretikeren Riki Wilchins beskriver hvordan det historisk sett er ganske nytt at den primære sosiale identiteten din er basert på dine seksuelle preferanser. (25) Begrepene homo- og heteroseksuell ble oppfunnet på 1800-tallet, og frem til dette var det ikke vanlig å klassifisere mennesker etter seksualitet. Hvorfor skal seksualitet, kjønnsidentitet og –uttrykk definere våre sosiale roller og vår identitet i så stor grad?

Denne observasjonen er knyttet til en av postmodernismens grunnpoenger, nemlig hvordan klassifiseringer vi gjerne regner for å være “naturlige”, i virkeligheten kan være sosialt konstruerte. For queer-teori blir det spesielt viktig å avsløre hvordan våre oppfatninger om *kjønn* er sosialt konstruerte og skapt gjennom språket. Selvsagt bygger distinksjonen mellom mann og kvinne på biologiske forskjeller. Men, hevder queer-teoretikerne, den biologiske distinksjonen har en svært omfangsrik kulturell “påbygning”, som for eksempel definerer hva som er maskulint og hva som er feminint, og følgelig idealer for en “ekte mann” og en “ekte kvinne”. Disse settene med kulturelle oppfatninger er ikke “naturlige”, men sosialt konstruerte, hevder teorien. Alle må medgi at queer-teorien har rett i dette *for visse forhold*,



slik som det at guttenes farge er blå og jentenes rosa. Men queer-teorien vil gå mye lenger enn som så, og da blir den kontroversiell.

Queer-teorien peker også på at det for ikke-tradisjonelle kjønnsidentiteter, kjønnsuttrykk og seksuelle preferanser ofte ikke finnes noe navn, og i hvert fall ikke noe *positivt ladet* begrep. Språket vårt kan være et upresist redskap. Vi mennesker har en forkjærlighet for oversiktlige kategoriseringer, men disse fører til at noen blir ekskludert og utpekt som avvikende. Vestlig tankegang, skriver Wilchins, foretrekker å dele opp vår komplekse verden i simplistiske dikotomier, slik som sterk-svak, svart-hvit, homofil-heterofil. Men hva hvis fenomenene – og individene – er for komplekse til å passe i disse kategoriene?

Skeiv teori utfordres

Tradisjonell tenkning, slik tradisjonell kristendom står for, kan fremstå som “hovedfienden”. Her ses gjerne kategoriene som “sterke”, i den forstand at de er dypt forankret i “det som er”, i virkeligheten, og i liten grad sosialt konstruerte. Gapet mellom queer-teorien og tradisjonell tenkning forsterkes kraftig hvis kategorier som “mann” og “kvinne” i tillegg er *Gudgitte*, og avvik er noe sykkelig eller til og med noe moralsk klanderverdig. Queer-teoretikerne vil, i tradisjonen fra Derrida, ønske å avsløre *makten* som ligger under de tradisjonelle kategoriene og forståelsene. Hvem har laget kategoriene og hvem tjener på det?

For queer-teorien er forholdet til *feminismen* viktig, og betent. Queer-teoretikerne ser seg selv som feministenes arvtagere. Feministene stod for en viktig rettighetskamp – for kvinnene. Queer-teoretikerne tar opp stafettspinnen og vil løfte opp andre marginale grupper, nemlig de som ikke passer inn i våre binære kjønnskategorier og våre kategorier for seksuelle preferanser. Men feminismen, derimot, aksepterer kjønnskategoriene – ja, de bygger sitt engasjement nettopp på at det er reelle og betydelige forskjeller mellom menn og kvinner. Dermed har de vanskelig for å støtte queer-bevegelsen – og stemples i retur med

den nedsettende merkelappen «TERF», «trans-eksklusive radikalfeminister». (26) Queer-teoretikerne ser det som frigjørende hvis vi kan frikoble kjønnsstilling og kjønnsuttrykk – slik at en mann kan få være feminin, og en kvinne maskulin, uten å møte medborgeres fordømmelse.

Kjønnsidentitet: konsekvenser av ny forståelse

Queertenkningen ber oss forkaste oppdelingene og de trange båsene. Den svenske utgaven av Facebook har siden 2015 gitt brukerne 70 ulike kjønnsidentiteter å velge blant. I et annet naboland, Danmark, operer passene med tre kjønnskategorier. Fra 2010 har danskene hatt mulighet til å velge «X» i stedet for mann eller kvinne i rubrikken for kjønn.(27) I vårt eget land vurderes innføring av kjønnsnøytrale personnummer innen 2036.(28)

Debatten om kjønnsidentitet er mer enn transkjønnes rettighetskamp. Det er også et spørsmål hvilke muligheter vi bør ha til å endre på våre medfødte egenskaper. «Ingenting er, alt kan bli, og desto viktigere er det å ta grep om skapelsesprosessen selv.» skriver Anki Gerhardsen.(29) Bekymringen er at ja til selvbestemt kjønnsidentitet innebærer ja til en problematisk ideologi der hver enkelte bes å definere og skape seg selv.

I Danmark har lærerutdanningen siden 2014 inkludert faget ”Køn, seksualitet og mangfoldighet”. Teologen Mikkel Vigilius beskriver pensumlitteraturen kritisk:

[K]vindelig pædagogstuderende, som i en undervisningstime spørger, om det ikke vil være i orden, hvis hun i en børnehaven tørrer bordene af, laver hyggelige ting med børnene og nusser om dem, hvis det er det, hun bedst kan lide, frem for at spille fodbold. Dette synspunkt nedgøres og afvises i bogen som udtryk for en uprofessionel tankegang. En professionel pædagog hjælper børnene til at bryde med de gamle idéer om køn ved selv at bryde med dem – i tanke og i handling.(27)

6. Er “skeiv teologi” et autentisk kristent tilsvaret til utfordringen med kjønnsinkongruens?

Skeiv teologi lanseres

Skeiv teori har inspirert en egen *skeiv teologi* (“queer theology”).(30) “Skeiv teologi” søker gjerne å overskride

og kritisere tradisjonelle normer, eller den utfordrer og dekonstruerer tradisjonelle kategorier for seksualitet og kjønnsidentitet.

Den skeive teologen Patrick Chengs hovedtese er at kristen teologi i sin natur er “skeiv”, ved at den handler om å bryte ned normer, kategorier og grenser.(30) Eksempelvis, fordi kirken er Kristi kropp, bryter den ned – den utsletter betydningen av – kirkemedlemmenes ulike karakteristika, slik som kjønn, seksualitet og rase. For Cheng handler kristendommen om det han kaller “radical love”, radikal kjærlighet. Han hevder at Gud (Fader) i sin natur er utsendelsen av denne radikale kjærligheten, mens Jesus Kristus er gjenopprettingen av den radikale kjærligheten menneskene har tapt, og Den Hellige Ånd er det som lar oss returnere til den radikale kjærligheten. Den radikale kjærligheten viser seg særlig i at den bryter ned tradisjonelle kategorier og roller, slik at disse ikke lenger har betydning. Kjønnsparitet i kjærlighetsforhold blir avslørt som et hemmende krav, og ekteskap, kyskheter og monogami er ikke lenger moralske idealer.

Fire innvendinger

For en kritisk leser med bakgrunn i tradisjonell kristen lære, fremstår den skeive teologien i sum lite overbevisende. Vi skal trekke frem fire momenter til kritikk. For det første, den skeive teologien fremsetter ikke forsvarlige prinsipper for fortolkning. For en utenforstående virker tolkningene i overkant kreative, uten særlig hensyn til de bibelske skribentenes intensjon. Tolkningene virker ikke primært motivert av å nå frem til sannhet, men av å kunne bygge opp et system som kan bekrefte skeive livsstiler. For eksempel trekker noen skeive teologer frem noen skeives promiskuitet, altså det faktum at de har mange sexpartnere, som et uttrykk for *kerppslig gjestfrihet*, som igjen skal være en variant av den gjestfriheten som er et kristent moralsk ideal. I kristen skrifttolkning har idealet vært å lese ut av teksten (eksegesis) og ikke inn i teksten (eisegesis). Her virker det som om dette idealet er trengt til side for å tilpasse teksten til fortolkerens ønsker. Da kan man i realiteten bruke teksten til nær sagt hva som helst.

Beslektet med dette er den skeive teologiens problematiske forhold til kristen tradisjon. De skeive perspektivene har sitt opphav i nyere filosofiske retninger, der ideen om at all kunnskap kan dekonstrueres og forklares som menneskelige konvensjoner står sentralt. Alle begreper knyttet til kjønn, familie og ekteskap blir forstått som repressive ordninger. Et helt annet utgangspunkt finner man i kristen teologi, der kristen tradisjon har normativ verdi fordi man antar at Gud er virksomt tilstede i det kristne fellesskapet. Hvis den skeive teologien har rett, har hovedstrømmen i kristen tradisjon de siste to tusen år begått svært alvorlige og fundamentale feil i sin lære og sin etikk om seksualitet, kjønnsidentitet og metafysikk. Er det troverdig at et knippe teologer av i dag har nådd frem til sannheten mens tradisjonen har tatt så grunnleggende og dramatisk feil?

Skeiv teologi, slik den blir utlagt av Cheng og mange av teologene han siterer, kretser særlig om sex. Denne teologien prøver å rettferdiggjøre et permissivt syn på sex, og synes dels å gjøre det ved en naiv forståelse av hva kjærlighet er. Som C. S. Lewis argumenterte for i boka "The Four Loves" er det i antikken og Bibelens forståelse fire typer kjærligheter – eros, den kjønnslige seksualiteten, er bare én av disse. De skeive teologene synes ikke å gjøre nødvendige sondringer mellom eros og agape (Guds kjærlighet, den overnaturlige kjærligheten).

Knyttet til dette er skeiv teologis naive syn på sex. I Chengs bok fremkommer intet tvisyn, ingen bevissthet om at sex er et mangfoldig fenomen som kan brukes til ondt like mye som til godt. Seksualitetens skyggesider – evnen til å såre og etterlate emosjonelle arr, koblingen til vold og makt, potensialet for uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer, problematiseres ikke.

Etter vårt syn må kristne lete andre steder enn i den skeive teologien for å finne teologisk ansvarlige og medmenneskelig gode tilsvarende til dagsaktuelle problemstillinger om kjønn og seksualitet.

Referanser

1. Wabre, A, Tønseth KA. (2018, 21.03) Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret, Bent Hoie? Aftenposten. Hentet fra https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/Bjvg49/Vi-har-fatt-en-eksplosiv-okning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret_-Bent-Hoie-Anne-Wabre-og-Kim-Alexander-Tonseth
2. Skarstein, K. (2018, 05.04). Transpersoner flokker ikke til private helsetilbud fordi det er festlig å se tusenlappene renne ut av kontoen. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/m6pLgL/Transpersoner-flokker-ikke-til-private-helsetilbud-fordi-det-er-festlig-a-se-tusenlappene-renne-ut-av-kontoen-Karoline-Skarstein>
3. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical endocrinology*. 2010;72(2):214-31.
4. White Hughto JM, Reissner SL. A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender health*. 2016;1(1):21-31.
5. Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analysis. *Clinical endocrinology*. 2010;72(1):1-10.
6. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. ENDOCRINE TREATMENT OF GENDER-DYSPHORIC/GENDER-INCONGRUENT PERSONS: AN ENDOCRINE SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. *Endocrine practice : official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*. 2017;23(12):1437.
7. Hess J, Rossi Neto R, Panic L, Rubben H, Senf W. Satisfaction with male-to-female gender reassignment surgery. *Deutsches Arzteblatt international*. 2014;111(47):795-801.
8. Kubin A, Bodmer C, Stadlmayr W, Kubin P, Mueller MD, Birkhauser M. Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and sterility*. 2009;92(5):1685-9.e3.
9. Dbejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Langstrom N, Landen M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*. 2011;6(2):e16885.
10. Pan S, Honig SC. Gender-Affirming Surgery: Current Concepts. *Current urology reports*. 2018;19(8):62.
11. Helsedirektoratet. (2015). Rett til rett kjønn - belse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
12. Hofman, B. (2018, 15.06). Identitetens sykdom og sykdommens identitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/06/kommentar/identitetens-sykdom-og-sykdommens-identitet>
13. Haas A, Rodgers P, Herman J. (2014). *Suicide Attempts Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults*. Los Angeles: Williams Institute, UCLA.
14. Van der Ros J. (2013). *Alskens Folk – Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetsproblematikk*. Hamar: Likestillingscenteret
15. Benestad & Pristed. (2015). Kjønn i bevegelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 6, 2015*, 514-527.
16. Benestad EEP, Thesen J, Aars H, Olsen GF, Bjørkeman M. (2017) Helsevesenet sriker transpersoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2017; 137:1686-1687
17. Benestad EEP. (2016). Gender belonging: Children, adolescents, adults and the role of the therapist. *The international journal of narrative therapy and community work*, (4), 92-105.
18. Olson-Kennedy J, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BP, Meyer-Bahlburg HF, Garofalo R, Meyer W, et al. Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: gender identity development and biopsychosocial outcomes. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*. 2016;23(2):172-9.
19. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosocial outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(12):1413-23.
20. Ford Z. (2017, 05.09). The pernicious junk science stalking trans kids. Hentet fra <https://thinkprogress.org/transgender-children-desistance-a5caf61fe5d6/>
21. Reardon S (2016, 29.03). Largest ever study of transgender teenagers set to kick off. Hentet fra <https://www.nature.com/news/largest-ever-study-of-transgender-teenagers-set-to-kick-off-1.19637>
22. «En bekymret mor». (2018, 27.02). Transkjønnet Paradis? Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/QngQ8/-Transkjønnet-Paradis-Bekymret-mor>
23. Gjeijon T. (2017, 19.04) Kjønn er ikke en følelse, Bent Hoie. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/kjonn-er-ikke-en-folelse-bent-hoie/67497701>
24. Kristian H. (2015, 10.11). *Skein. Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/skein>
25. Wilchins R. (2004). *Queer Theory/ Gender Theory: an Instant Primer*. Los Angeles, CA: Alyson Books, 2004
26. Dåsnes A. (2018, 25.07). Transkvinner er kvinner. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/transkvinner-er-kvinner/70045609>
27. Viggilius M. (2018, 08.05). Den kønsneutrale bølge. Hentet fra <http://www.nytlin.dk/resource/den-koensneutrale-boelge/>
28. Finansdepartementet. (2017). Høringsnotat - Forslag til ny personidentifikator. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/c7cc56174c6645349b847c0614119e8b/h_notat_ene_personidentifikator.pdf
29. Gerbardsen A (2018, 21.05). Drømmen om det sanne jeg. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/yrgWA/Drømmen-om-det-sanne-jeg-Anki-Gerbardsen>
30. Cheng PS. (2011). *Radical love. An introduction to queer theology*. New York: Seabury Books.

-Jeg tror det kan bli vanskelig for nye leger å reservere seg

Katarzyna Jachimowicz vant som første samvittighetslege fram i høyesterett. Men hun er ikke ubetinget optimist.

Av Tove Ingjerd Grønland

Katarzyna Jachimowicz vant i høyesterett nå 11. oktober mot Sauherad kommune, i den såkalte reservasjonsrettssaken. Jachimowicz gikk til retts sak for å ha blitt oppsagt som fastlege for ikke å ville sette inn spiral, av samvittighetsgrunner. Hun tapte først i Aust-Telemark tingrett 9. februar 2017 men vant deretter i Agder lagmannsrett 24. november samme år. Kommunen valgte å anke saken opp til høyesterett, men vant altså ikke fram.

– Jeg var veldig overrasket men veldig glad, sier hun til Inter Medicos i etterkant av domsavsigelsen.

– Jeg hadde liten tro på at det var mulig å vinne en slik sak i Norge, men seieren i lagmannsretten gav meg håp, fortsetter hun.

Hensynet til pasientene vurdert

Hvorfor tror du at du vant? Begrunnelsen?

– Advokaten min Håkon Bleken argumenterte godt for retten til samvittighetsfrihet, som fastlege. I tillegg ble prinsippet om arbeidsrett vektlagt, og at jeg hadde en gyldig avtale med kommunen fra 2011. Det var ulike typer argumentasjon, knyttet til samvittighetsfrihet og menneskerettigheter, forteller Jachimowicz.

Legen viser til at den norske legeforening var representert med Kristoffersen i lagmannsretten som argumenterte for at det er mulig å ha

reservasjonsrett også i allmennpraksis. Hun mener dette kan ha hatt betydning for det endrede utfallet.

– Dommen drøfter menneskeretter knyttet til reservasjon kontra pasientenes rett til prevensjon og fant ut at det i mitt tilfelle er mulig å finne et kompromiss som tilfredsstillende for begge sider, fortsetter legen.

Hvis legens reservasjonsbehov fører til stor påkjenning for pasienten, f.eks. at denne får lang kjørevei, blir det vanskeligere å imøtekomme legen. Ifølge Jachimowicz var det i hennes tilfelle en situasjon med få henvendelser om spiral, og i tillegg er det andre leger på stedet som utfører tjenesten. Dommen konkluderte enstemmig med at det i Jachimowicz' tilfelle ikke var så stor belastning for pasientene at en trengte å si opp legen.

– Mange kvinner ønsker å gå til gynekolog i stedet for fastlegen, for å få satt inn spiral. Det er mange kreative måter å håndtere dette på slik at pasienten ikke blir krenket, fastholder legen.

Men advokat for kommunen argumenterte tidligere med at de bare fulgte instruks fra helsemyndighetene om at fastleger ikke har rett til å reservere seg...?

– Jeg mener det burde være mulig å beholde meg i fastlegejobben. Jeg mener ikke at man skulle være uærlig overfor Helsedirektoratet, men kanskje kommunen kunne hatt en bedre dialog med HD i og med at jeg allerede hadde en avtale, spør legen seg.



Dommen gir neppe presedens

Tror du dommen i Høyesterett kan ha positiv innvirkning for andre leger som vil reservere seg av samvittighetsgrunner?

– Jeg hadde en gyldig avtale med kommunen fra 2011. Domsavsigelsen er en bekreftelse på at det er plass for reservasjonspraksis i allmennpraksis. Jeg tror derfor denne dommen kan hjelpe andre med tilsvarende avtaler som min, som ble inngått før 2015. Men om dommen gir rom for å inngå nye tilsvarende avtaler, tviler jeg på, på grunn av de nye retningslinjene til Bent Høie, tenker den polske legen.

Ut fra fastlegeforskriften fra 2015 er det ikke rom for reservasjon fordi en tenker at samvittighetshensyn er ivaretatt gjennom at fastlegen slipper å henvise til abort.

– Jeg tror det kan bli vanskelig for nye leger som vil reservere seg. Slik vil min sak neppe gi presedens, tror legen.

Jachimowicz legger til at hun bare kjenner til at det er henne, av reservasjonslegene, som ble sparket. De andre det har vært offentlig



oppmerksomhet rundt, gikk frivillig, og dermed blir det heller neppe flere rettssaker med leger med inngåtte avtaler før 2015.

Gjøre avtaler som fungerer

Betrakter du dommen likevel som en seier?

– Dommen var en personlig seier. Det er også et lite skritt fram i diskusjonen om reservasjonsrett. Men vi må få det opp på politisk plan, mener hun.

Den katolske legen ser for seg at det kan komme andre problemstillinger.

– Det er viktig at fastleger får adgang til å reservere seg, og at en kan få nyanserte avtaler som tar hensyn til begge parter.

Jachimowicz sier hun forstår at en må ta geografiske hensyn i forhold til pasientenes lovfestede rettigheter til ulike legetjenester, f.eks. prevensjon.

– En må gjøre avtaler som fungerer, imøtegår hun motparten.

Vil kreve økonomisk erstatning

Jachimowicz er nesten ferdig med spesialisering i psykiatri.

Skal du gå tilbake til jobben som fastlege i Sauherad kommune?

– Jeg har ikke bestemt meg helt. Jeg vil fortsette spesialiseringen, sier hun og viser til at hun nesten er i mål der, og at alderen (51 år) taler imot for mange større endringer. Legen ser også for seg at rettsaken kan være en kilde til spenning mellom henne og den kommunale ledelsen.

Kommunen må betale juridiske kostnader for Jachimowicz. Hun har også rett til erstatning med tanke på tapt arbeidsinntekt. Hun forteller til IM at advokaten hennes følger opp om dette. Legen er for øvrig full av lovord overfor jobben han har gjort, i saken.

– Seieren er en ære for ham, slår hun fast.

Seier er seier

Var det verd kampen, synes du?

–Ja, det var verdt det. Jeg opplevde at jeg skulle gjøre dette. Jeg er fornøyd. Dette er den første samvittighetsfrihetssaken for fastleger som er vunnet. Seier er seier, konkluderer hun.



Advokat Frode Lauareid: **Overrasket**

Tror saken vil skape presedens

– Det er ikke ofte at domstolen kommer til at staten har bommet, sier Frode Lauareid, advokat for Sauherad kommune i Katarzyna-saken. Han mener at konsekvensen av forskriften fra 2015 er at fastleger som vil reversere seg, ikke kan bli værende i jobben.

—Men vi lever i et rettssamfunn. Nå er høyesterett kommet til motsatt konklusjon.

Tror du denne dommen vil ha presedens?

– Ja, det er det høyesterettsdommer er til for, fastslår han.

Men rettsavgjørelsen er betinget av at det ikke er belastende for pasienten, f.eks. at det er andre leger på stedet som setter inn spiral...?

– Ja, den er ikke ubetinget. Hvis en kvinne ikke får satt inn spiral, vil ikke reservasjonen være gyldig. Men hva som oppfattes vanskelig for kvinnen, er avhengig av hvor man bor i landet, sier han og viser til at folk i Finnmark er vant til å reise lenger enn folk i Oslo.

Gjelder også nye avtaler

Men tror du den bare vil gjelde for de som har fått avtale før 2015, før forskriften?

– Nei, jeg leser ikke det som et avgjørende moment, sier advokaten.

Tar kommunen dommen til etterretning?

– Ja, kommunen må jo det. Den må betale 4 millioner kroner i erstatning. Oppsigelsen er ugyldig. Det er jo litt komplisert fordi praksisen til legen er solgt, men vi jobber med saken for å finne en løsning, konkluderer advokaten.



Fra generalsekretæren



HVOR GÅR VEIEN VIDERE?

Ingen av dere har vel unngått å legge merke til resultatet av en viss høyesterettsdom i den siste tiden. Den saken vi så frimodig har kalt Katarzyna-saken er endelig ferdig i rettssystemet. Denne saken har NKLF vært sterkt involvert i fra første dag for over 3 1/2 år siden da undertegnede hadde et møte med Katarzyna i kantina på Sykehuset Telemark i Skien. Katarzyna Jachimowicz ble oppsagt i sin jobb som fastlege i Sauherad kommune i Telemark fordi hun reservert seg mot å sette inn spiral. Dette hadde hun gjort gjennom en avtale med kommunen om ved ansettelsen i 2011. Så kom hele diskusjonen reservasjonsretten, rundskrevet fra departementet i oktober 2011, tilsynssak fra fylkeslegen, meninger fra Helsetilsynet, endringen av fastlegeforskriften og diverse meningsytringer som slo fast at ingen fastleger i fedrelandet kunne reservert seg mot noe som helst så lenge det var samvittigheten som lå til grunn.

Saken har gått sin gang. Hun tapte saken i tingretten på Notodden med bl.a. kvinnediskriminering som argument. Hun anket til lagmannsretten der hun vant, og der var det den europeiske menneskerettskonvensjonens artikkel 9 om samvittighetsfrihet som lå til grunn. Den skulle kunne gjelde i denne saken, fordi det ikke gikk ut over kvaliteten i norsk primærhelsetjeneste selv om noen leger reservert seg, og det gikk aldeles ikke ut over tilgangen til helsetjenester. Begge parter anket denne dommen. Kommunen fordi oppsigelsen ble kjent ugyldig, og Katarzyna fordi hun ikke fikk tildelt den erstatning hun mente hun hadde krav på. Saken gikk så til Høyesterett der den ble behandlet i august. NKLF var partshjelp i denne rettsaken. Katarzyna vant i Høyesterett. Hun ble tilkjent erstatning og saksomkostninger, og oppsigelsen ble kjent ugyldig.

Da trodde vi at vi var i mål. Men ikke helt. Dersom Høyesterett hadde brukt samme argument som lagmannsretten, nemlig konvensjonens artikkel 9 som årsak til at oppsigelsen var ugyldig, lå det i kortene at fastlegeforskriften måtte forandres, fordi da ville vi hatt en dom som definerte at norske leger har rett til å reservere seg i samvittighetsspørsmål. Imidlertid legger Høyesterett til grunn som hovedgrunnlag for dommen at oppsigelsen er ugyldig, og at hun dermed hadde en gyldig avtale som fortsatt skulle gjelde, uansett hva norske myndigheter måtte mene om samvittighetsfrihet i fremtiden.

Dette betyr at vi i NKLF fortsatt har en stor utfordring der vi skal jobbe for å få gjeninnført reservasjonsretten i liv/døds-spørsmål for norske fastleger. Dommen i Høyesterett har et langt avsnitt som behandler samvittighetsfriheten og konvensjonen, selv om ikke dette er

hovedargumentet i domsslutningen. Det betyr at den inneholder veldig mange gode argumenter som kan tilsi at det er nødvendig å gjøre en endring i fastlegeforskriften.

NKLF har vært med i denne saken fra første dag og vi gratulerer Katarzyna med resultatet. Men vi tenker også på alle de legene som hadde en avtale med kommunen, men som likevel måtte bytte jobb fordi reservasjonsretten falt bort. Ingen av disse skulle måtte skifte jobb, og det er spennende å følge med på om helsemyndighetene kommer med en unnskyldning til disse legene. Og det er også grunn til å gratulere advokat Håkon Bleken med en glitrende gjennomført jobb. For Håkon har ikke dette bare vært et oppdrag, men en hjertesak.

Det er naturlig at NKLF nå samarbeider tett med både politikere, jurister og kolleger for å få en god løsning på denne saken. Det er også viktig at vi støtter andre kolleger som nå kanskje kommer i samme situasjon. Siden det faktisk er en menneskerett å utøve samvittighetsfrihet, må vi bidra til at denne retten blir gjeninnført også i vårt eget land.

Hva skjer nå? NKLF har allerede tett kontakt med sentrale politikere og jurister og vil jobbe for at reservasjonsretten og endring av fastlegeforskriften skal kunne nedfelles i et vedtak i det norske parlamentet. Samtidig håper og tror vi at tvillingaborter, sortering av annerledeshet, eggdonasjon og alle de andre sakene vi er opptatt av kommer på samme agenda.

Vi har sagt det før, men det kan ikke gjentas ofte nok: NKLF er opptatt av et menneskeverd som starter ved unnfangelsen og avsluttes ved en naturlig død.

*Av Magnar Kleiven,
generalsekretær i NKLF*

Samvittighetsfriheten - en grunnsten i demokratiet

Paradoksalt nok, det er ofte i de tilfellene der enkeltmennesker tar omkostningene for det de tror på, at de også klarer å endre på en urett, skriver professor Ola Didrik Saugstad.

Av Ola Didrik Saugstad,
professor i barnesykdommer

I oktober 2018 slo Høyesterett fast at oppsigelsen av fastlege Katarzyna Jachimowicz som ikke ville sette inn spiral, var ugyldig. Dermed kunne alle

som mener at samvittighetsfriheten må vernes, juble. Eller kunne de det? Straks dommen var falt var det flere som raskt presiserte at denne dommen ikke handler om samvittighetsfriheten, men om en avtale Jachimowicz hadde med kommunen. Jeg kan ikke gå inn

i de juridiske sidene, men må likevel spørre hvorfor det var så viktig for noen å slå fast at dommen ikke handlet om samvittighetsfrihet? Kanskje fordi samvittighetsfriheten blant enkelte blir sett på som en trussel mot menneskers totale frihet. Var det ikke det debatten om fastlegers rett til å nekte å henvise kvinner til abort, handlet om? Samvittighetsfriheten og religionsfriheten er gjerne det som faller først i et totalitært samfunn. Disse oppfattes som en trussel fordi mennesker som har autoriteter som står over samfunnsmakten, er mindre styrbare. Samvittighetsfriheten er imidlertid en grunnsten i vårt kulturgrunnlag. Den er en juvel i den vestlige sivilisasjon og et grunnlag for utviklingen av demokratiet i arven fra Aten og Jerusalem. Både Sokrates og Jesus ble henrettet for å ha fulgt sin samvittighet. Da Martin Luther i 1521 sto foran Riksforsamlingen i Worms og nektet å trekke tilbake sine skrifter mot den katolske kirke, markerte det begynnelsen på den moderne tid. De som følger sin samvittighet, står derfor i en sterk tradisjon med dype røtter i vår kultur.

Den første frihet

Respekten for den enkeltes samvittighet er nøye knyttet til religions- og yringsfriheten. I USA har beskyttelsen av samvittighetsfriheten lange tradisjoner, ikke minst ved det første grunnlovstillegget som garanterer religionsfrihet. Dette blir da også ofte kalt "den første frihet". I Europakonvensjonen for menneskerettigheter er religionsfrihet først nevnt i artikkel 9. Dette illustrerer en forskjellig vektlegging av betydningen av religionsfrihet mellom USA og Europa.

Men kanskje enda viktigere enn hensynet til religionsfriheten er det at vi fra historien kjenner flere eksempler på at enkeltmennesker som følger sin samvittighet, viser seg å ha rett. Kampen mot slaveriet i England begynte med en liten gruppe kvekere.

I april 1939 fikk Paul Gruninger avskjed som politimann i St Gallen, Sveits, på grensen til Østerrike. Han hadde forfalsket papirene til 21 jøder for å hjelpe dem inn i Sveits. I rettsaken som fulgte sa retten at hans handlinger truet

tilliten til myndighetene. Han fikk en bot og ble fratatt sine pensjonsrettigheter. I 1982, 10 år etter hans død, prøvde ordføreren i hjembyen hans å rehabilitere ham, uten å lykkes. Denne saken illustrerer at hvis samvittighetsfriheten knebles, risikerer man å frata samfunnet en viktig mulighet til å bevege seg fremover i etisk refleksjon.

Likhetsidealet og minoritetene

Også i USA diskuteres legers rett til å reservere seg i forbindelse med abort. Flere stater har foreslått lover som utvider beskyttelsen til leger som nekte å henvise eller gi informasjon om abort, mens andre ønsker å ta fra dem lisensen. New York Times skrev (13 juli 2007): "Enhver lege som ikke kan snakke med sin pasient om lovlig tillatt behandling fordi det kommer i konflikt med legens verdier, bør slutte å praktisere medisin." Dette synspunktet kjenner vi også igjen fra den norske debatten. Et annet eksempel fra USA er om farmasøyter skal ha adgang til å nekte å levere ut abortpiller fra apotek. Eller hva skal man si om fotografen i New Mexico som ikke ville fotografere et lesbisk par i forbindelse med bryllupsseremonien deres? Slike saker synliggjør konflikten mellom ønsket om likhet på den ene siden og vernet av enkeltmenneskets samvittighet på den andre. Men i en tid hvor likhet- og rettigheter dominerer den politiske tenkningen, vil samfunnet komme i konflikt med enkeltmennesker. Det blir vanskelig ikke å overkjøre minoritetsgrupper. Den engelske filosofen Roger Trigg mener at religionsfriheten langsomt smuldrer opp i vår del av verden på grunn av den utbredte rettighetstenkningen. Det er viktig å huske at demokratiet ikke bare er et system for beslutninger, men også et system for å ivareta og respektere uenighet. Norske politikere burde reflektere mer over hvordan vi bedre kan finne balansen mellom rettighetstenkningen og vernet av enkeltmenneskets mulighet til å ta vare på sin egen samvittighet.

Vil komme andre problemstillinger

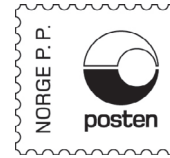
Reservasjonslegenes motstandere sa de må følge loven, og det er riktig i de fleste tilfeller. Retten til samvittighetsfrihet må alltid veies opp mot et lands lover. Samtidig vet vi at mange samvittighetsfanger rundt om i verden sitter fengslet nettopp fordi



Professor Ola Didrik Saugstad beskriver samvittighetsfriheten som en grunnleggende menneskerett

de har brutt sine lands lover. Ved å si nei til reservasjonsretten i Norge ved å henvise til norsk lov, kan derfor vår troverdighet svekkes i kampen for samvittighetsfangers rettigheter. Eutanasi, fosterdiagnostikk, gjenoppliving av nyfødte med visse syndromer, genetisk screening av nyfødte, og bruk av søskendonorer ved transplantasjoner – alt dette er problemstillinger som raskt kan bli aktuelle og føre til samvittighetskonflikter. Også ellers i arbeidslivet må vi forvente saker hvor enkeltmennesker ønsker å si fra om kritikkverdige forhold. På alle nivåer i samfunnet trenger vi derfor folk som tør si fra. Norsk lovgiving har ikke klart å gi dem den beskyttelse de trenger. Uansett må enhver som utfordrer samfunnet med sivil ulydighet være forberedt på å betale prisen. Og paradoksalt nok, det er ofte i de tilfellene der enkeltmennesker tar omkostningene for det de tror på, at de også klarer å endre på en urett. Til tross for det, den amerikanske bio-etikeren John Lantos har etter min mening formulert en bedre vei fremover: "Det er et gode, både for mennesker med en religiøs overbevisning og for et fredelig samfunn at vi har lover som lar folk leve på en måte som er i overensstemmelse med deres samvittighet. Så lenge samfunnet får utført sine grunnleggende gjøremål, bør motstandere av en lov, enten den er begrunnet i religion eller andre forhold, bli gitt unntak". Lantos representerer en klok holdning som vil bidra til et fredelig samfunn, som styrker demokratiet og den enkeltes vern i samfunnet, uten å gå på bekostning av fellesskapet.





B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

Returadresse:
Norges kristelige legeforening
Storgata 10 B
0155 Oslo

La ikke deres hjerte forferdes!
Tro på Gud og tro på meg!

Joh. 14, 1

