

---

## K. Slagstad & A.K. Lie svarer

---

### KOMMENTAR

#### KETIL SLAGSTAD

ketil.slagstad@tidsskriftet.no

Ketil Slagstad er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### ANNE KVEIM LIE

Anne Kveim Lie er førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

Takk til Bjørn Hofmann for gode, prinsipielle spørsmål. Hofmann skriver at «kjønnsidentitet har voldt store plager for enkeltmennesker – både i og utenfor helsevesenet», men det er ikke kjønnsidentiteten i seg selv som har skapt «store plager for enkeltmennesker». Vi ønsket nettopp å vise at det er *patologisering* av kjønnsidentiteter som har skapt plager for mange – at ulike kjønnsidentiteter i medisinen i over 100 år har blitt definert som sykdom. Vekslende diagnoser har vært skapt av og selv bidratt til trange rammer for hva samfunnet aksepterer som normalt. Diagnosene har ført til stigmatisering, og de har gjort at individer har blitt utsatt for feilbehandling. *Det* er grunnen til at det var viktig å fjerne diagnosen homofili, og *det* er grunnen til at mange også har ønsket å fjerne diagnosen kjønnsinkongruens. Samtidig har mange vært redde – med rette – for at fraværet av en diagnose ville hindre tilgang til helsetjenester som kjønnsbekreftende behandling.

Den tidligere diagnosen «transseksualisme» og «andre kjønnsidentitetsforstyrrelser» knyttet diagnosene til – og patologiserte dermed – kjønnsidentitet. ICD-11 slår derimot fast at det er manglende samsvaret mellom en persons kjønnsidentitet og ens kjønnskarakteristika og et sterkt ønske om å endre disse som gir grunnlag for diagnose. Hvis personen ikke har ønske om å endre kjønnskarakteristika er det ikke grunnlag for diagnose. ICD-11 åpner for at kjønnsidentitet er flytende. Kjønnsidentitet er ikke definert av kromosomer, eggstokker eller skjeggvekst, men av både sosiale, psykologiske og biologiske forhold. Vi er usikre på hva Hofmann mener med «biologisering». Diagnosen innebærer en medikalisering i den forstand at den åpner for medisinsk behandling, men medikalisering i seg selv er ikke biologisering.

Overdiagnostikk og overbehandling er et økende problem i en tid der befolkningen har stor tro på at diagnoser og medisinske inngrep kan løse det meste. Det gir trange kår for et forsvar av normalitetsbegrepet. Vi er enige med Hofmann i at vi skal vokte oss for å medikalisere normale livsfenomener. Det er mulig at noe av den store økningen vi har sett i antall personer med kjønnsinkongruens som søker helsehjelp, kan forklares med en forventning om at medisinske inngrep representerer en «quick fix». Vi mener det er vel så sannsynlig at økningen skyldes økt kunnskap og informasjon, mindre sykkeliggjøring og større toleranse som har gjort det lettere å erkjenne og å være åpen om at man føler seg annerledes.

Vi synes eksemplene Hofmann gir er søkte. Det er neppe grunn til å tro at spørsmålet om identitet knyttet til høyde eller etnisitet i det hele tatt ville bli tatt opp til diskusjon i Verdens helseorganisasjon. Diagnosemanualens diagnoser er ikke noe man filosoferer seg frem til. De er resultat av omfattende kompromisser og praktisk arbeid – i dette tilfellet i fagmiljøet, blant transpersoner og aktivister. Diagnoser er ikke rene avspeilinger av en biologisk eller psykologisk virkelighet. De er resultat av historiske prosesser. Den dagen høyde skulle bli tema for diagnosemanualen tar vi gjerne den diskusjonen med Hofmann.

---

Publisert: 20. august 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0557  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. mars 2026.