

Uttalelse fra Idrettsmedisinsk etikkutvalg

I sak 131 i idrettsstyrets møte nr. 12 (2021-2023) 22. juni 2022, ble problematikken rundt transpersoners deltakelse i idrettskonkurranser løftet fram. Det ble her framhevet at saksfeltet reiser en rekke spørsmål knyttet til både etiske, juridiske, medisinske og fysiologiske forhold. I lys av dette ønsket idrettsstyret å løfte disse problemstillingene til idrettsmedisinsk etikkutvalg for deres uttalelser.

I tråd med idrettsmedisinsk etikkutvalgs mandat drøfter vi her i hovedsak de rent idrettsmedisinske dilemmaene som dette spørsmålet reiser, dvs de etiske dilemmaene som helsepersonell møter når de blir bedt om diagnostikk og behandling i forbindelse med transpersoners deltakelse i idretten. Vi berører dermed bare en liten del av feltet som i hovedsak reiser generelle etiske og idrettspolitiske spørsmål.

Rettferdighet i konkurranser er et helt sentralt ideal i idretten, hva som legges i dette begrepet kan variere. Er det likebehandling av alle utøvere, eller er det at alle utøvere skal møtes med respekt for hva de er og den føler seg som? Ingen utøvere stiller helt likt mht egenskaper som gir konkurransefortrinn. Topp-prestasjoner er et samspill av en rekke forhold der muskelmasse, benbygning, hormonnivå, psykiske forhold og økonomi etc alle spiller inn.

Antidoping-arbeid har kommet i stand i erkjennelsen av at noen utøvere bruker utenfra tilførte midler, ofte i form av hormoner, for å oppnå konkurransefortrinn. En streng praktisering av dette regelverket har vært et viktig bidra til ivaretagelse av idealet om rettferdighet og likebehandling i idretten.

Idrettsglede for alle er et førende prinsipp i norsk idrett. Breddeidrett og eliteidrett er svært forskjellig og må behandles forskjellig. I breddeidretten er et førende etisk prinsipp at alle som vil skal med, uavhengig av forutsetninger. I toppidrett er utøverne profesjonelle, det er stor prestisje og penger involvert, konkurransen er knivskarp og små marginer teller.

Definisjonen av toppidrett og skille mellom dette og bredde er et idrettspolitisk spørsmål, ikke et idrettsmedisinsk etisk spørsmål. Definisjonen vil påvirke diskusjonen rundt transpersoners idrettsdeltagelse.

Innledningsvis vil utvalget presisere at det bør være selvsagt at individer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori får delta i breddeidretten på lik linje med alle andre. Dette vil bidra til rettferdighet, mangfold, inkludering og respekt, verdier som alle er sentrale i idretten.

Medisinsk etiske dilemma i toppidretten knyttet til transpersoners deltakelse i toppidrett*

En 6- trinnsmodell for etisk analyse mye brukt i klinisk medisinsk etikk presiserer at en god etisk analyse alltid må være tuftet på hva man vet og hva man ikke vet om saksfeltet. Et kjennetegn på det aktuelle feltet som her drøftes, er at viktig kunnskap mangler fordi problemstillingen er relativt ny og fordi det gjelder få individer. Dette gjør det også problematisk å trekke etiske konklusjoner.

Historikk

KjønNSTesting av kvinner i idretten ble utført i VM og OL fra 1970 åra til tidlig på 2000-tallet. Det var mange og lange diskusjoner rundt denne praksisen. En viktig begrunnelse for kjønnsdiagnostikk har vært at mange hadde sikre ytre tegn til testosteronpåvirkning og unormalt sterke prestasjoner i de mest kraftkrevende øvelser i friidrett, i sprint, vektløfting, styrkeløft og i noen tilfeller i langdistanseløp. Vi vet at steroiddoping av ulikt slag var utbredt i Øst-Europa, USA og noen andre land.

På grunn av mangel på laboratoriebasert teknologi ble kjønnsdiagnostikken utført ved direkte inspeksjon. Teknologien for analyse av testosteron og andre steroider ble god nok først midt i 1970-åra. Observerte forandringer som tyder på steroidbruk hos en del utøvere ga ny giv til dette arbeidet. Antidopinglaboratoriene i Köln og i London sto sentralt i dette arbeidet.

Resultatene av dopingkontrollene ga også ny giv i arbeidet med å framskaffe bedre grunnlag for kjønnsstesting enn bare inspeksjon. Den forståelige uverdigheten ved inspeksjon spilte naturlig nok en rolle i denne sammenhengen.

Kromosomanalyser av utskrap fra munnslimhinnene var den dominerende metoden for kjønnsbekreftelse. Denne metoden var obligatorisk også under OL på Lillehammer i 1994 og ble underlagt ansvarsområdet til den medisinske ansvarlige (Inggard Lereim) sammen med dopingkontrollen. I Norge var det også fagfolk som sa nei til å utføre disse testene. Som medlem av IOC Medical Commission forsøkte Lereim å få aksept for å droppe testinga som ble opplevd som uverdigg både for utøverne og for de som skulle utføre den, men dette ble avvist av IOC.

Under VM i Trondheim i 1997 krevde FIS kromosomanalyser dersom utøverne ikke hadde dokumentasjon fra et "godkjent" laboratorium på dette feltet. Som medisinsk fagleder også her ba Lereim om at deltakerne i kvinneklassen fikk slippe dette, men FIS ledelsen sa primært nei. Det ble imidlertid ikke leid inn utenlandske eksperter, og ingen tester ble foretatt. I ettertid ble det ikke utført flere slike tester i FIS-regi.

Bevisstheten om naturlig forekommende testosterons prestasjonsfremmende virkning har også kommet i fokus gjennom suverene prestasjoner av utøvere med for eksempel hyperandrogenisme, en naturlig forekommende tilstand med produksjon av høye testosteronverdier, der utøver identifiserer seg som kvinne, men har et mannlig kromosommønster (XY DSD tilstand). IAAF har etter dette satt en maksimal grense for testosteronverdier på $< 5 \text{ nmol/l}$ i visse løpsøvelser for å sikre rettferdig konkurranse i eliteidrett. Dette kan møtes med motargument om at dette forhindrer noen å delta i konkurranser, og slik er det å anse som en trussel mot rettferdighetsidealet.

Transkvinnens deltakelse i toppidretten har til nå ikke vært et stort problem i idretten. Etter det vi kjenner til deltok det få transkvinner i Tokyo-OL, og ingen av disse vant medalje. Ingen av disse vant medalje. De siste årene har man fått økt forståelse av at inndelingen i to kjønn er forenkling og at det finnes individer som mangler klare kjønnskarakteristika eller føler at det kjønn de har fått tildelt ved fødselen ikke er i tråd med deres identitet.

Hva vet man på feltet

Mye av idretten er inndelt i klasser for å sikre rettferdig konkurranse, dvs at faktorer man vet påvirker prestasjoner ikke skal være utslagsgivende og gi konkurransefortrinn. Eksempel er vektklasser, aldersklasser og kjønnklasser. Man vet at menn har bedre resultater enn kvinner i nesten alle idretter, og dette mener man skyldes et langt høyere testosteronnivå hos menn. Testosteron er ett av stoffene på dopinglisten.

Inndeling i klasser er ukontroversielt, men også dette kan by på etiske utfordringer for helsepersonell i idretten. Et eksempel på dette kan være å gi råd for å «hjelpe» utøvere til å komme i konkurransemessig gunstig vekt. Slik helsehjelp kan i noen tilfeller medføre en helserisiko.

Mangel på kunnskap

Som nevnt over stilles det i flere idretter krav om at personer som skal delta i kvinneklassen må ha et testosteronnivå $< 5 \text{ nmol/l}$. Et viktig spørsmål er om et dette anbefalte testosteronnivå er en garanti for lik konkurranse etter hormonbehandling.

Etter gjennomgått mannlig pubertet vil muskelmasse, muskelstyrke og benbygning i gjennomsnitt være høyere hos menn enn hos kvinner. Tross behandling for å redusere

testosteronnivået, er det mye som tyder på at disse fysiologiske fordelene, sett i et idrettsperspektiv, vedvarer i flere år. Man har også fått økte kunnskaper om at utøvere som har vært doping-utestengt fra idretten en kortere periode, vil ha en konkurransemessig fordel av tidligere doping lenge etter retur til idrett. Hvor lenge doping-effekten og prestasjonsfordelene varer, vites ikke sikkert og varierer også antakelig mellom idretter.

Et usikkert kunnskapsnivå på feltet er et problem også for etikkarbeidet. Særlig ser vi følgende utfordringer knyttet til kunnskapsmangelen:

- Manglende forskning på transpersoners deltaking i toppidretten.
- Mangel på sikker kunnskap om sammenhengen mellom testosteronnivå og prestasjoner i de ulike idrettene
- Avstand i tid mellom antitestosteronbehandling og vedvarende eller redusert prestasjonsnivå,

Dette er et problem som krever at en etisk analyse endres i tråd med mengden av ny kunnskap. Reglene bør altså være dynamiske etter hvert som ny kunnskap innhentes, og det er sannsynlig at hver idrett må vurderes individuelt.

Vi ser to idrettsmedisinske dilemma:

1. Diagnostikk av kjønn som del av idrettsmedisinsk praksis.

Antakelig er inndeling av kjønn unødvendig i noen idretter, i alle fall i breddeidretten. Kjønnssidentitet er dypt personlig, knyttet til hvem vi er og hva vi vil. Å bestemme kjønn hos voksne individer er ikke helsehjelp. Historien har lært oss at dette opplevdes som både ydmykende og meningsløst den gang dette var lagt inn under idrettshelsetjenesten. Helsepersonell opptrer i slike situasjoner som kontrollører hvis oppgave er å eventuelt avsløre annet kjønn enn oppgitt. I lys av dagens kunnskap, selv om denne er sparsom, vet vi at inndelingen i to kjønn er forenkling og at det finnes individer som mangler klare kjønnskaraktistika eller føler at det kjønn de har fått tildelt ved fødselen ikke er i tråd med deres identitet. Å definere og diagnostisere enkeltindividers kjønnssidentitet er en oppgave for medisinske spesialiteter, det faller ikke innunder idrettsmedisinsk helsehjelp, eller relevant idrettsmedisinsk praksis.

2. Antitestosteron-behandling som ledd i idrettsmedisinsk praksis.

Helsepersonell på toppidrettsnivå står i mange krevende grenseoppgangen mellom hva utøveren ønsker hjelp til for å prestere best mulig, men som kan bidra til å presse kroppen i helseskadelig retning, og hva som oppleves som faglig og etisk forsvarlig. I idrettsmedisinsk praksis som omhandler topputøvere, vil man ofte stå i dilemma der både helse og prestasjon ønskes ivarettatt. Råd om hvordan en utøver kan presse vekt foran konkurranser, astmabehandling av elitelangrennsløpere eller tilpasset behandling av muskel-skjelettplager og skader, er eksempler på dette.

Vi vet at legemidler som tas for å senke testosteronnivået kan ha plagsomme bivirkninger. En slik behandling skal alltid være solid faglig forankret. En behandling som ikke er det, kan derfor være i strid med «ikke skade» prinsippet. Selv om utøveren ber om slik behandling, er det ikke opplagt at idrettsmedisinere skal utføre behandling, som både kan medføre helseskade, -uønskede bivirkninger eller ikke være indisert. Dette er i tråd med idrettsmedisinske etiske føringer (jfr etiske retningslinjer) p. 1: «Helsepersonell skal verne utøvernes helse gjennom å forebygge sykdom og skade (...). Utøvernes helse skal ligge til grunn for helsepersonellens valg og råd.» Og p. 7. «Når utøveren, foresatte eller trener ønsker aktivitet som helsepersonell mener truer utøvernes helse, har helsepersonellet en plikt til å si fra til utøveren, eventuelt foresatte.»

World Medical Association (WMA) uttaler i sin deklarasjon "On Principles of Health Care in Sports Medicine":

"The WMA opposes World Athletics' rules requiring female athletes with differences in sex development to take drugs to reduce and maintain their natural level of blood testosterone in order to compete. The mere existence of a condition caused by a difference in sex development, in a person who has not expressed a desire to change that condition, does not constitute a medical indication for treatment. Medical treatment solely to alter athletic performance is unethical." Denne siste uttalelsen sikter til behandling av 46 XY DSD disorder.

Uttalelsen fra WMA legger vekt på at utøveren selv ikke har uttrykt et ønske om behandling, men at kravet om behandling kommer utenfra. Man kan spørre om utøverens uttrykte ønske forandrer den etiske siden av behandlingen. Behandling skal alltid gjøres i overensstemmelse med idrettsutøverens ønske, i tråd med autonomiprinsippet. Men dersom den viktigste grunnen til at behandlingen finner sted, er reglene og slik utgjør et press på utøveren, er behandlingen ikke nødvendigvis autonom.

Det hevdes at det å tillate transgender-utøvere i kontaktidretter kan føre til et brudd med ikke skade prinsippet i kvinneidretten fordi slike utøvere ofte vil være større og tyngre. Idrettsmedisinsk etikkutvalg kjenner ikke til at dette er godt dokumentert. Dersom et slikt argument skulle være utslagsgivende, kan også cis-kvinner med over gjennomsnitts stor muskelmasse også sees på som en helsetrussel.

Oppsummering

Aksept av transgender-deltakere i toppidretten er først og fremst et idrettspolitisk og ikke et idrettsmedisinsk etisk spørsmål. Utvalget vil presisere at diagnostikk og behandling av transpersoner skal utføres av leger med kompetanse på feltet, ikke av idrettsmedisinere.

Et problem i en etisk analyse av spørsmålet er at kunnskapsgrunnlaget rundt en rekke sentrale spørsmål er utilfredsstillende. Dette gjør også at etiske slutninger må trekkes med varsomhet.

I barneidrett bør vekten på inndeling av kjønn nedtones. Dette vil sannsynligvis føre til økt toleranse for mangfold og inkludering som er sentrale verdier i idretten. I tillegg vil dette kunne redusere risikoen for utenforskap og fremme psykisk og fysisk helse blant barn og ungdom.