

The Department of Health and Human Services – HHS

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej

Treatment for Pediatric Gender Dysphoria: Review of Evidence and Best Practices

Leczenie dziecięcej dysforii płciowej: przegląd dowodów i najlepszych praktyk

Tłumaczenie: Magda Lewandowska & WOKiEm

Rozdział 10

Standardy opieki WPATH 8

Jak wykazano w rozdziale 9, wytyczne wydane przez Światowe Stowarzyszenie Zawodowe na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH) zostały ocenione jako jedno z wytycznych o najniższej jakości a systematyczne przeglądy wytycznych określiły je jako nie zalecane do wdrożenia. Pomimo braku wiarygodności, wytyczne WPATH od ponad dziesięciu lat stanowią podstawę infrastruktury opieki zdrowotnej dla młodzieży z dysforią tożsamości płciowej (DP) w Stanach Zjednoczonych. Wytyczne WPATH Standards of Care są uwzględnione w niemal wszystkich aspektach opieki zdrowotnej, w tym w edukacji klinicznej, świadczeniu opieki oraz decyzjach dotyczących refundacji kosztów przez prywatnych i publicznych ubezpieczycieli.

Niniejszy rozdział koncentruje się na aktualnej wersji 8 wytycznych WPATH Standards of Care (SOC-8)[\[1\]](#), opublikowanej w 2022 r.[\[2\]](#). Sekcja 10.1 opisuje kluczową rolę WPATH w kształtowaniu leczenia młodzieży z DP w amerykańskich placówkach opieki zdrowotnej. Sekcja 10.2 zawiera krótki przegląd uzasadnienia dla opracowania SOC-8, podkreślając, w jaki sposób ta wersja wytycznych różni się znacznie od wcześniejszych wersji, ze szczególnym uwzględnieniem nowego rozdziału „Nastolatki”. Sekcja 10.3 analizuje proces opracowywania SOC-8, biorąc pod uwagę zarówno dynamikę wewnętrzną, jak i presję zewnętrzną, oraz analizuje jego wielofunkcyjną rolę jako wytycznych klinicznych, narzędzia zapewniającego pokrycie kosztów leczenia przez ubezpieczenie oraz instrumentu prawnego mającego na celu promowanie szerokiego dostępu do pediatrycznej tranzycji medycznej (PTM). W sekcji 10.4 podkreślono jedną z krytycznych konsekwencji wadliwego procesu opracowania wytycznych:

zniesienie wszystkich minimalnych wymagań wiekowych dotyczących interwencji endokrynologicznych i chirurgicznych (z wyjątkiem falooplastyki) u nieletnich.

10.1 Wpływ WPATH w Stanach Zjednoczonych

W Stanach Zjednoczonych nie ma akredytowanej specjalizacji w zakresie „medycyny gender”. Zamiast tego praktyka PTM zazwyczaj obejmuje przekazywanie pacjenta między różnymi świadczeniodawcami: pediatra lub specjalista medycyny młodzieżowej[3] najpierw ocenia, czy PTM może być uzasadnione; specjaliści zdrowia psychicznego diagnozują DP lub stan pokrewny i zalecają PTM; endokrynolodzy przepisują interwencje hormonalne (tj. leki blokujące dojrzewanie i hormony płciowe przeciwnego płci); a różne specjalizacje chirurgiczne, w tym chirurdzy plastyczni, urolodzy i ginekolodzy, wykonują szereg zabiegów chirurgicznych w celu zmiany cech fizycznych płciowych nastolatka.

Wielodyscyplinarny charakter PTM w połączeniu z brakiem jednej specjalizacji medycznej odpowiedzialnej za nadzorowanie opieki nad pacjentem spowodował lukę w nadzorze, którą wypełniła WPATH. WPATH z powodzeniem pozycjonuje się jako wiodący autorytet w dziedzinie medycyny gender, w tym pediatrycznej medycyny gender. Pierwsza wersja Standardów Opieki WPATH została opublikowana w 1979 roku. Kolejne aktualizacje nastąpiły w latach 1980, 1981, 1990, 1998, 2001 i 2011. Najnowsza wersja, SOC-8, została opublikowana w 2022 roku[4]. Rozdział 3 zawiera krótką historię medycyny gender oraz rolę WPATH, organizacji pierwotnie stworzonej w celu skupienia się na pragnieniu dorosłych w średnim wieku, aby dokonać tranzycji płciowej, ale po tym, jak w Holandii zapoczątkowano tranzycje pediatryczne, coraz bardziej skupiała swoją uwagę na dzieciach i młodzieży.

10.1.1 Rola WPATH w praktyce klinicznej

Chociaż niektóre stowarzyszenia medyczne zajmujące się świadczeniem PTM wydały wytyczne dotyczące konkretnych aspektów opieki nad młodzieżą z DP[5], żadne stowarzyszenie zawodowe nie opublikowało kompleksowych, aktualnych i opartych na dowodach klinicznych wytycznych obejmujących pełną ścieżkę PTM. Zamiast tego lekarze w dużej mierze odwołują się do WPATH, dostosowując swoje stanowisko kliniczne do najnowszych zaleceń WPATH[6]. W przeciwieństwie do Wielkiej Brytanii, Szwecji, Finlandii i innych krajów, w których istnieją scentralizowane organy odpowiedzialne za kształtowanie polityki medycznej, które wydają niezależne, autorytatywne wytyczne dotyczące opieki klinicznej[7], w Stanach Zjednoczonych wpływ WPATH jest ogromny i w dużej mierze niekwestionowany – głównie ze względu na fragmentaryczny system opieki zdrowotnej i złożoność systemu regulacji w USA[8]. Wpływ WPATH na protokoły kliniczne dotyczące opieki nad młodzieżą z DP jest powszechny w medycynie amerykańskiej. Standardy opieki WPATH stały się podstawowymi ramami wbudowanymi w protokoły kliniczne oraz szpitalne procedury operacyjne dotyczące diagnozowania i leczenia młodzieży z DP[9].

10.1.2 Rola WPATH w edukacji i szkoleniu medycznym

WPATH stała się dominującym czynnikiem kształtującym edukację i szkolenie amerykańskich pracowników służby zdrowia, zajmujących się leczeniem młodzieży z DP. Zasadniczo WPATH jest niemal tożsama z samą dziedziną pediatrycznej medycyny gender. Ponieważ w Stanach Zjednoczonych nie ma oficjalnie akredytowanej specjalizacji medycznej w zakresie medycyny gender, ani formalnego procesu certyfikacji, takiego jak w dziedzinach takich jak medycyna młodzieżowa, endokrynologia czy psychiatria, szkolenia w zakresie PTM pozostają nieformalne,

zróżnicowane i w dużej mierze organizowane w ramach działań edukacyjnych powiązanych z WPATH.

Globalna Inicjatywa Edukacyjna WPATH (GEI, [z ang. global, education initiative, przyp. tł.]) oferuje certyfikowane kursy, które stanowią podstawowy program szkolenia klinicznego w Stanach Zjednoczonych i na całym świecie. Oficjalnymi współpracownikami WPATH GEI są pediatryczne kliniki i szpitale gender, Amerykańskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny oraz Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)[10]. Główne szpitale i szkoły medyczne w Stanach Zjednoczonych włączyły standardy zgodne z WPATH do swoich programów rezydentury, stypendialnych i ustawicznego kształcenia medycznego[11]. Kliniki medycyny gender odwołują się do standardów opieki WPATH w protokołach klinicznych i szkoleniach lekarzy[12]. Trenerzy certyfikowani przez WPATH rozszerzają zasięg WPATH na szkolenia zawodowe na poziomie instytucjonalnym i społecznym[13]. Certyfikacja WPATH jest nie tylko zalecana, ale w niektórych przypadkach obowiązkowa[14]. Ta powszechna integracja skutecznie ugruntowała pozycję WPATH jako faktycznego autorytetu w zakresie definiowania kompetencji klinicznych, kryteriów kwalifikowalności do leczenia i ram etycznych w większości placówek medycznych w Stanach Zjednoczonych.

10.1.3 Rola WPATH w refundacji kosztów ubezpieczenia

Wiele publicznych i prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych oraz organów regulacyjnych w Stanach Zjednoczonych opiera się na SOC-8 przy podejmowaniu decyzji dotyczących zakresu ubezpieczenia. Wymagania dotyczące poświadczania kwalifikacji, oceny konieczności medycznej i podejmowania decyzji dotyczących zakresu ubezpieczenia niemal powszechnie odwołują się do standardów opieki WPATH. Główne prywatne firmy ubezpieczeniowe w Stanach Zjednoczonych, w tym Anthem[15], Kaiser[16], Aetna[17], Cigna[18] i UnitedHealthcare[19], wyraźnie odwołują się do SOC-8 w celu określenia potrzeb medycznych, kryteriów kwalifikowalności i decyzji dotyczących zakresu ubezpieczenia.

Ubezpieczyciele publiczni, jak programy Medicaid, również często opierają się na wytycznych WPATH jako głównej podstawie opracowywania swoich programów medycznych. W 2024 r. Oregon stał się pierwszym stanem, który oficjalnie przyjął SOC-8 jako standard opieki, zobowiązując Oregon Health Authority do pokrycia kosztów leczenia opartego wyłącznie na wytycznych WPATH[20]. Oregon wymaga dodatkowo, aby w przypadku odmowy pokrycia kosztów interwencji medycznej lub chirurgicznej związanej z transycją płciową, klinicyści rozpatrujący odwołanie pacjenta ukończyli szkolenie zgodne z wytycznymi WPATH:

pracownicy służby zdrowia rozpatrujący niekorzystne decyzje dotyczące świadczeń, odmawiające lub ograniczające dostęp do leczenia afirmującego tożsamość płciową, muszą ukończyć szkolenie „WPATH SOC-8 Health Plan Providers Training”, które jest specjalnie przeznaczone dla pracowników odpowiedzialnych za takie przeglądy, lub równoważne szkolenie[21].

Jest to godne uwagi, ponieważ WPATH SOC-8 zawiera szeroki zakres procedur, które powinny być zapewnione pacjentom pragnącym z nich skorzystać. Oprócz blokerów dojrzewania, hormonów płciowych, mastektomii i operacji narządów płciowych z męskich na żeńskie lub z żeńskich na męskie, wytyczne uwzględniają takie zabiegi, jak plastyka pochwy z zachowaniem penisa i/lub jąder” (znana również jako plastyka pochwy z zachowaniem penisa), całkowite usunięcie narządów płciowych w celu uzyskania wyglądu „płaskiego przodu” oraz przeszczep macicy u pacjentów płci męskiej. Zabiegi wymienione jako potencjalnie niezbędne obejmują również modelowanie sylwetki, liposukcję/lipofilling, lifting twarzy, plastykę powiek, różne

implanty, przeszczep włosów, operację strun głosowych oraz szeroki zakres innych zabiegów chirurgicznych zmieniających wygląd[22].

10.2 Opracowanie SOC-8 i rozdziału dotyczącego nastolatków

W przeciwieństwie do większości profesjonalnych stowarzyszeń medycznych, WPATH nie wymaga od swoich członków, aby byli lekarzami. Pełne członkostwo zawodowe z prawem głosu przysługuje również specjalistom z takich dziedzin, jak prawo, studia nad rodziną, antropologia i inne. Odzwierciedlając różnorodne cele swoich licznych członków, wytyczne WPATH dotyczące leczenia zostały opracowane z myślą o wielu celach, od opieki klinicznej po rzecznictwo polityczne.

Opublikowane w 2022 r. SOC-8 stanowiło pierwszą próbę WPATH opracowania wytycznych opartych na dowodach naukowych i mających na celu spełnienie wyższych standardów metodologicznych poprzez oparcie się na systematycznych przeglądach (SR) dowodów naukowych[23]. Poprzednia wersja, SOC-7, opublikowana w 2011 r. i opisana w rozdziale 4, na podstawie, której PTM zaczęło szybko się rozwijać, nie opierała się na SR. Zamiast tego zalecenia opierały się na „zmianach kulturowych” i innych elementach[24].

W dążeniu do opracowania wytycznych opartych na dowodach naukowych WPATH zawarto umowę z zespołem Centrum Praktyki Opartej na Dowodach Naukowych (EPC, [z ang. Evidence-based Practice Center, przyp. tł.) Uniwersytetu Johna Hopkinsa (JHU), powierzając ekspertom JHU przeprowadzenie przeglądów systematycznych i pełnienie funkcji doradców metodologicznych w celu zapewnienia wiarygodnego procesu opracowywania wytycznych[25]. Biorąc pod uwagę gwałtowny wzrost liczby nastolatków ubiegających się o PTM oraz szybki rozwój pediatrycznych klinik gender i placówek świadczących PTM w Stanach Zjednoczonych, WPATH uznała potrzebę opracowania solidnej sekcji poświęconej nastolatkom, przyznając, że „rozdział dotyczący nastolatków będzie jednym z najdokładniej analizowanych rozdziałów w całym standardzie opieki”[26].

Wraz z rozpoczęciem procesu opracowywania wytycznych WPATH skoncentrowało się na dwóch podstawowych kwestiach dotyczących PMT: dowodach dotyczących skuteczności interwencji endokrynologicznych w leczeniu DP oraz dowodach na to, że młodzież jest zdolna do wyrażenia zgody na takie leczenie.

10.2.1 Nadzieja na dowody skuteczności

Na początku współpracy z zespołem EPC JHU kierownictwo WPATH wyraziło przekonanie, że PS dostarczy „oparte na dowodach stwierdzenia” potwierdzające zarówno korzyści płynące z interwencji PTM, jak i zdolność nastolatków do wyrażenia zgody na te interwencje. Scott Leibowitz, współprzewodniczący rozdziału poświęconego nastolatkom w SOC8, napisał:

Jesteśmy wyjątkowym rozdziałem, jeśli chodzi o przegląd oparty na dowodach, ponieważ uważamy, że istnieje uzasadnienie dla przeprowadzenia przeglądu literatury na temat tego, co jak postulujemy, jest twierdzeniem opartym na dowodach naukowych dotyczących interwencji (nawet jeśli spodziewamy się, że dowody zostaną ocenione jako słabe). Zasadniczo przeglądy literatury dotyczące niektórych naszych stwierdzeń – które planujemy przedłożyć po wprowadzeniu zmian wynikających z opinii naszej grupy roboczej – są ważne z następujących powodów:

- Badania wykazujące skuteczność psychologiczną niektórych interwencji (blokerzy, hormony) w okresie dojrzewania obejmowały kohorty, które przeszły dość rygorystyczną ocenę

psychologiczną. Chcielibyśmy omówić tę kwestię jako grupa, ponieważ jest to bardzo ważny punkt.

- Istnieje również literatura dotycząca podejmowania decyzji przez nastolatków i ich zdolności do podejmowania świadomych decyzji, które mają konsekwencje na całe życie. Ponieważ nasz rozdział jest nowym rozdziałem w standardach opieki i koncentruje się na grupie wiekowej/ocenie rozwojowej (w przeciwieństwie do innych rozdziałów, które są bardziej szczegółowe w zakresie interwencji), będziemy chcieli uzasadnić niektóre stwierdzenia dowodami ocenionymi pod kątem literatury dotyczącej podejmowania decyzji w grupie rozwojowej (okres dojrzewania) w ujęciu ogólnym[27].

Zespół oceniający dowody na JHU otrzymał zadanie, aby jego ocena potwierdziła „afirmujące tożsamość płciową” podejście medyczne promowane przez WPATH od ponad dziesięciu lat. Pierwotny plan zakładał, że zalecenia SOC-8 – potwierdzające, że skutki leczenia są korzystne, a młodzież posiada wystarczającą zdolność do wyrażenia zgody na interwencje medyczne – zostaną oznaczone jako „oparte na dowodach”, nawet jeśli jakość dowodów była niska[28]. Jednak ocena dowodów podważyła oczekiwania WPATH w obu kwestiach: zdolności młodzieży do wyrażenia zgody oraz ogólnych korzyści płynących z PTM.

10.2.2 Zdolność młodzieży do wyrażenia zgody

W odpowiedzi na prośbę zespołu JHU, Annelou de Vries, czołowa holenderska twórczyni PTM i współprzewodnicząca sekcji SOC-8 poświęconej nastolatkom, dostarczyła zespołowi JHU publikacje, które jej zdaniem wykazują zdolność nastolatków do wyrażenia zgody na PTM[29]. Po przeanalizowaniu tych publikacji zespół JHU poinformował WPATH, że stanowią one co najwyżej „ograniczone dowody pośrednie” i są niewystarczające do poparcia twierdzenia, że młodzież posiada zdolność do wyrażenia zgody[30].

W następstwie ustaleń zespołu JHU, WPATH zrezygnowało z pierwotnego planu oparcia swojego twierdzenia o zdolności nastolatków do wyrażenia zgody na dowodach naukowych. Zamiast tego, rozdział SOC-8 poświęcony nastolatkom zawiera sekcję dotyczącą zgody, w której podkreśla się znaczenie starannej oceny, ale cytuje się te same badania, które JSU uznało za niewystarczające do udzielenia odpowiedzi na pytanie o zdolność do wyrażenia zgody. W sekcji tej znajduje się również omówienie „szczególnych sytuacji, w których nastoletni małoletni wyraża zgodę na własne leczenie bez zgody rodziców”[31].

W sekcji tej nie uwzględniono braku wiarygodnych informacji na temat tego, czy młodzież w stanie klinicznego dystresu może w sposób znaczący wyrazić zgodę na drastyczne interwencje – obarczone wieloma znanymi i nieznanymi typami ryzyka – w przypadku braku wykrywalnej choroby fizycznej i bez wiarygodnej wiedzy na temat prawdopodobnego rozwoju tożsamości w przyszłości.

Wyzwania etyczne związane z uzyskaniem świadomej zgody nastolatków na zabiegi, które mogą zagrazić płodności, ilustruje szczerza uwaga lekarza WPATH, który zauważył: „zawsze dobrze jest rozmawiać z czternastolatkiem o zachowaniu płodności, ale wiem, że mówię do ściany”, dodając: „ich [14-latków] reakcja jest: fuj, dzieci, niemowlęta, obrzydliwe”[32].

10.2.3 Skutki leczenia

W przeciwieństwie do WPATH, która wcześniej zrezygnowała z oceny zdolności nieletnich do wyrażenia zgody, zespół JHU dokonał przeglądu badań naukowych oceniających skutki leczenia blokerami dojrzalości płciowej (PB), hormonami płciowymi (HPP) i operacjami chirurgicznymi.

Jak szczegółowo opisano w kolejnych sekcjach niniejszego rozdziału, WPATH uznało ocenę dowodów przeprowadzoną przez JHU za niekorzystną dla promowania szerokiego dostępu do tych interwencji dla nieletnich, co było celem WPATH. W odpowiedzi kierownictwo WPATH podjęło działania mające na celu ukrycie wyników badań, uniemożliwiając zespołowi JHU publikację wyników systematycznego przeglądu.

W rozdziale poświęconym nastolatkom nie ujawniono, że w rzeczywistości przeprowadzono przegląd PS dotyczący skutków PTM. Zamiast tego w rozdziale stwierdzono, że przeglądy PS nie są możliwe do wykonania:

Pomimo powoli rosnącej liczby dowodów potwierdzających skuteczność wczesnej interwencji medycznej, liczba badań jest nadal niewielka, a niewiele jest badań śledzących wyniki leczenia młodzieży od początku leczenia do dorosłości. W związku z tym nie jest możliwe przeprowadzenie systematycznego przeglądu wyników leczenia nastolatków[33].

Ostatecznie SOC-8 zaleciło, aby nastolatkom pragnącym poddać się PTM zapewniono PB, HPP i operację. Zalecenia sformułowano ostrożnym językiem, stwierdzając, że DP powinna „utrzymywać się przez dłuższy czas”, szczególnie przed zastosowaniem HPP. Nie ustalono jednak jasnych standardów; jedyną wskazówką jest niejasne i pozbawione znaczenia klinicznego sformułowanie „kilka lat”, pozostawiające kluczowe decyzje szerokiej i subiektywnej interpretacji:

Biorąc pod uwagę potencjalne zmiany w doświadczeniach i potrzebach związanych z tożsamością płciową w okresie dojrzewania, ważne jest ustalenie, czy młoda osoba doświadczała utrzymującej się różnorodności genderowej/inkongruencji płciowej na kilka lat przed rozpoczęciem mniej odwracalnych metod leczenia, takich jak hormony afirmujące tożsamość płciową lub operacje chirurgiczne[34].

Jak opisano w kolejnych sekcjach, wytyczne zostały celowo sformułowane tak, aby umożliwić każdemu „chętному” lekarzowi przepisanie hormonów lub przeprowadzenie operacji chirurgicznej na nieletnich, nawet tych z poważnymi współwystępującymi zaburzeniami zdrowia psychicznego.

10.3 Proces tworzenia SOC-8

Stworzenie wiarygodnych, opartych na dowodach wytycznych wymaga najpierw zebrania grupy opracowującej wytyczne (GOW), która jest wolna od konfliktu interesów (KI) lub przynajmniej w której konflikty interesów są jawne i rygorystycznie zarządzane. Dopiero po ustanowieniu tych podstaw należy przystąpić do przeglądu SR, odpowiadając na wcześniej określone pytania dotyczące wytycznych. Ostatecznie zalecenia powinny opierać się na systematycznych przeglądach dowodów i uwzględniać dodatkowe czynniki, mając na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej dla indywidualnych pacjentów oraz poprawę zdrowia publicznego i dostępu do opieki.

Chociaż WPATH pierwotnie rozpoczęła proces opracowywania wytycznych opartych na dowodach naukowych, dokumenty wewnętrzne ujawniają znaczne odstępstwa od międzynarodowych standardów opracowywania wytycznych klinicznych ustanowionych przez organizacje takie jak National Academy of Medicine[35] (NAM) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)[36]. Te poważne odstępstwa od ustalonych standardów oznaczały, że GOW nie mogła spełnić swojej obietnicy opracowania wiarygodnych wytycznych opartych na dowodach naukowych.

10.3.1 Zarządzanie konfliktami interesów

Zarządzanie konfliktami interesów – zarówno finansowymi[37], jak i intelektualnymi[38] – ma zasadnicze znaczenie dla opracowania wiarygodnych WPK. Jeśli chodzi o wpływ, konflikty intelektualne mogą nawet przewyższać znaczenie konfliktów finansowych[39], zwłaszcza gdy wytyczne opierają się w dużej mierze na konsensusie ekspertów. Wybór przewodniczącego GOW[40] odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu integralności procesu opracowywania wytycznych klinicznych[41]. WHO zaleca wybór przewodniczącego wytycznych, który nie ma istotnych konfliktów i jest neutralny wobec różnych punktów widzenia[42]. NAM zaleca, aby kierowanie pracami nad opracowaniem zaleceń powierzono „metodologom nie mającym konfliktu interesów”[43], którzy współpracują z ekspertami klinicznymi jako doradcy, a nie członkowie panelu[44]. Zarówno NAM, jak i WHO podkreślają, że członkowie pozostający w konflikcie interesów nie powinni stanowić więcej niż mniejszość w żadnej GOW, kładąc nacisk na ciągłe zarządzanie konfliktami interesów w całym procesie opracowywania wytycznych[45]. W 2022 r. Towarzystwo Endokrynologiczne przyjęło zalecenia NAM, nadając priorytet ograniczeniu konfliktów, nawet jeśli ogranicza to udział ekspertów[46].

Kiedy główna badaczka zespołu JHU EPC zaangażowała się w proces SOC-8, zauważyła, że „można się spodziewać, iż wielu, jeśli nie większość członków SOC8 będzie miało sprzeczne interesy”[47]. Ostateczne oświadczenie SOC-8 dotyczące konfliktu interesów brzmi następująco:

Konflikty interesów zostały zbadane w ramach procesu selekcji członków komitetu oraz na końcu procesu przed publikacją. Żadne konflikty interesów nie zostały uznane za istotne lub mające znaczenie[48].

Częściowo na podstawie korespondencji między WPATH a zespołem EPC podczas opracowywania SOC-8, istnieją poważne wątpliwości co do tego, jak bardzo zgodne z prawdą jest to oświadczenie.

Członkowie SOC-8 GOW, w tym przewodniczący Eli Coleman, mieli niezarządzane finansowe i/lub niefinansowe KI, które były prawdopodobnie „istotne lub mające znaczenie”. Coleman miał zarówno finansowe, jak i niefinansowe interesy w tej kwestii. Był głównym autorem SOC-7[49] i współautorem publikacji naukowych popierających rozszerzenie dostępu do medycznej tranzycji[50]. Zgodnie z kryteriami WHO jego działalność zawodowa i profil akademicki, ściśle związane z promowaniem medycznej tranzycji, prawdopodobnie stanowią zarówno intelektualny, jak i finansowy konflikt interesów[51].

Ponadto praca naukowa Colemana była wspierana finansowo przez Fundację Tawani, której przewodniczy to Jennifer Pritzker[52], filantrop i rzecznik spraw osób trans[53]. Fundacja sfinansowała centrum badawcze na Uniwersytecie Minnesota, a Coleman odegrał znaczącą rolę w jego rozwoju. Publiczne oświadczenia potwierdzają, że Fundacja Tawani sfinansowała również większość kosztów własnych związanych z opracowaniem SOC-8[54].

Z Colemanem jako przewodniczącym GOW, znaczenie zarządzania konfliktami interesów wydaje się być konsekwentnie niezrozumiane lub niedoceniane. Coleman przyznał w zeznaniu, że oświadczenia o konfliktach interesów zostały przedstawione dopiero co najmniej sześć miesięcy po wybraniu członków[55]. W e-mailu wysłanym 21 grudnia (2018 r.) do komisji edukacyjnej SOC-8 Karen Robinson z EPC stwierdziła: " Oświadczenia o konfliktach interesów i wszelkie niezbędne zarządzanie potencjalnymi konfliktami powinny mieć miejsce przed

wyborem członków grupy opracowującej wytyczne. Niestety, w tym przypadku tak się nie stało"[56].

Dla byłego prezesa WPATH Marci Bowers[57], który odegrał wpływową rolę w kształtowaniu SOC-8, pomysł powołania niezależnego eksperta do kierowania projektem był całkowicie bezsensowny[58]. Inny członek SOC-8 napisał do EPC, wyjaśniając, że „w przeciwieństwie do innych wytycznych medycznych, opieka zdrowotna nad osobami trans jest kwestią społeczną i polityczną” i zdecydowanie zalecił, aby zespół JHU przeredagował formularze KI dla tych konkretnych wytycznych[59]. Częściowym uzasadnieniem odmiennego traktowania było to, że KI były tak powszechne w GOW, że „niemożliwe” byłoby, aby grupa była od nich wolna[60]. W jednym z przedłożonych formularzy KI, w pytaniu dotyczącym interesów niefinansowych, odnotowano, że „wszyscy zaangażowani w proces SOC mają interesy niefinansowe”[61].

Chociaż WPATH twierdziło później, że żadne z KI członków SOC-8 nie były znaczące ani istotne, kilku członków wyraźnie spełniało międzynarodowe definicje KI ustanowione przez NAM i WHO – rodzaj konfliktów znanych z tego, że wpływają na wytyczne dotyczące praktyki klinicznej i podważają ich wiarygodność. Na przykład liderzy SOC-8, Dan Karasic i Loren Schechter, byli płatnymi biegłymi sądowymi w sprawach sądowych bezpośrednio związanych z transycją medyczną przed i w trakcie procesu opracowywania SOC-8[62], co NAM wyraźnie określa jako konflikt interesów[63]. Schechter, współprzewodniczący sekcji chirurgicznej i chirurg plastyczny, który część swoich dochodów czerpie z wykonywania operacji transycji płciowej, w rozmowie z innymi członkami GOW wyraził obawy dotyczące otwartego przyznania się do niewystarczających dowodów, zwracając uwagę na potencjalny wpływ, jaki miałyby to na dwie federalne sprawy sądowe, w których występował jako płatny biegły sądowy[64]. Pomimo tego wyraźnego nakładania się interesów finansowych i treści wytycznych, przewodniczący SOC-8 Eli Coleman uznał za „etycznie uzasadnione”, aby członkowie zaangażowani w aktywne postępowania sądowe opowiadali się za zmianami wytycznych, aby mogłyby wzmocnić pozycję prawną [ekspertów WPATH][65].

Proces tworzenia wytycznych WPATH nie tylko dopuścił do znacznego konfliktu interesów finansowych i intelektualnych wśród członków GOW. Umożliwił również powstanie znacznego stronnictwa w składzie panelu – zjawiska znanego jako „ustawianie panelu”. Dzieje się tak, gdy GOW składają się głównie z członków o podobnych poglądach lub interesach, co zagraża ważności i wiarygodności wytycznych klinicznych. Eksperci medycyny opartej na dowodach naukowych opisują ustawianie panelu jako poważne zagrożenie, podkreślając, że może on znacznie obniżyć wiarygodność zaleceń, szczególnie w przypadku pediatrycznej medycyny gender, gdzie dowody są ograniczone, kontrowersyjne lub niesystematycznie weryfikowane[66].

Kepp i in. zauważają, że „rekrutacja wyłącznie ze względu na wyrażane poglądy i lojalność jest uznanym i poważnym problemem przy opracowywaniu wytycznych”. W swoim przykładzie zaczerpniętym z oceny konsensusu w sprawie zaleceń dotyczących COVID-19 autorzy określili panel, w którym „35% (lub więcej) członków opowiadało się za eliminacją COVID-19 („Zero-COVID”), jako „skrajny”[67]. W przypadku SOC-8 WPATH wymagało, aby wszyscy członkowie GOW byli „pełnymi członkami WPATH o nieposzlakowanej opinii”[68]. Marci Bowers wyraźnie stwierdził, że ważne jest, aby uczestnicy byli „zwolennikami” podejścia WPATH „afirmującego tożsamość płciową”, aby mogli zostać uwzględnieni w GOW[69], co dodatkowo podkreśla stronnictwo GOW.

Dokumenty wewnętrzne ujawniły, że WPATH aktywnie monitorowało członków SOC-8 i dyscyplinowało tych, którzy publicznie kwestionowali „afirmujące tożsamość płciową”

podejście WPATH, tworząc środowisko, które zniechęcało do krytycznego dialogu. Psycholog Laura Edwards-Leeper, przewodnicząca Komitetu ds. Dzieci i Młodzieży WPATH oraz członkini komitetów SOC-8 ds. dzieci i młodzieży, jest współautorką artykułu opiniotwórczego opublikowanego w Washington Post wraz z Ericą Anderson[70], psychologiem i ówczesną prezes amerykańskiego oddziału WPATH, w którym argumentują, że WPATH „w dużej mierze wydaje się być niebezpieczną bańką informacyjną” oporną na konstruktywną krytykę. Edwards-Leeper prywatnie ostrzegła liderów WPATH, że ich nietolerancja dla odmiennych opinii i próby „zakneblowania klinicystów” mogą zaszkodzić wiarygodności organizacji wśród profesjonalistów, pacjentów i wykształconych rodziców[71]. Anderson spotkała się z formalną naganą[72] po tym, jak (wraz z Bowersem) skrytykowała jakość i spójność opieki świadczonej w ramach SOC[73].

Połączenie źle zarządzanych konfliktów interesów i restrykcyjnych praktyk członkostwa znacznie podważa wiarygodność i naukową rzetelność SOC-8 jako wytycznych praktyki klinicznej. Sposób, w jaki GOW potraktowało przeglądy dowodów zleconych przez WPATH do opracowania SOC-8, dodatkowo podkreśla poważne zagrożenie dla rzetelności klinicznej, towarzyszące procesowi opracowywania wytycznych.

10.3.2 Tłumienie dowodów

NAM stanowi, że wiarygodne wytyczne muszą opierać się na przeglądzie istniejących dowodów. SOC-8 były promowane jako pierwsze „oparte na dowodach”[74], a ich przewodniczący twierdził, że są one zgodne z „najbardziej rygorystycznym protokołem na świecie, aby zapewnić, że standardy te odzwierciedlają dowody naukowe”[75]. W sekcji „Metodologia” stwierdza się, że SOC-8 „uwzględnia zalecenia dotyczące opracowywania wytycznych praktyki klinicznej, określone przez National Academies of Medicine i Światową Organizację Zdrowia, które dotyczyły przejrzystości, protokołów w sprawie konfliktu interesów, składu komitetu i procesu w ramach grupy ekspertów”[76].

W 2018 r., w ramach opracowywania nowych wytycznych klinicznych, WPATH zleciło EPC przy JHU przeprowadzenie kilkunastu przeglądów systematycznych. Przeglądy na potrzeby rozdziałów dotyczących oceny, podstawowej opieki zdrowotnej, endokrynologii, chirurgii, medycyny reprodukcyjnej i terapii głosu zostały ukończone i przekazane WPATH[77].

Te przeglądy eksperckie mogły przyczynić się do pogłębienia aktualnej wiedzy na temat stanu dowodów, ale ich przydatność nie może zostać oceniona, bo WPATH skutecznie je zablokowało. W wymianie e-maili z sierpnia 2020 r. starszy autor z EPC, pisząc do Agencji ds. Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ)[78], stwierdził, że w przeglądach systematycznych „znaleziono niewiele lub nie znaleziono żadnych dowodów dotyczących dzieci i młodzieży” oraz że WPATH „próbowało ograniczyć możliwość publikacji [JHU]”[79].

W notatce skierowanej do wszystkich członków grupy roboczej SOC-8 kierownictwo WPATH poinformowało, że „było zaskoczone”, gdy dowiedziało się, że JHU chce opublikować przeglądy, które prawdopodobnie podważą „afirmujące tożsamość płciową” podejście WPATH[80]. Pomimo początkowego oporu badacze z JHU ostatecznie ulegli nowym warunkom WPATH, zezwalając przewodniczącemu SOC-8, współprzewodniczącym, starannie wybranemu członkowi rozdziału oraz zarządowi WPATH na wstępne zatwierdzanie treści manuskryptu przed przystąpieniem do jakiegokolwiek niezależnego redagowania. Zgodnie z procesem narzuconym przez WPATH, badacze byli zobowiązani do przedłożenia formularza wniosku zawierającego zarys planowanych wyników i wniosków jeszcze przed rozpoczęciem redagowania – a następnie ponownie po przygotowaniu manuskryptu do publikacji – co gwarantowało, że kierownictwo

mogło kierować wynikami badań tak, aby były one zgodne z wcześniej ustalonymi celami, zamiast pozwolić na niezależny proces oparty na dowodach naukowych[81].

Rysunek 10.1 Proces zatwierdzania manuskryptów przez WPATH

1. The lead author submits a proposal of the publication to WPATH with the following **headings**: Background; Aim(s); Method; Results;

*WPATH Policy Use of Data for SOC8 – Version 2
Approved by WPATH Board of Directors – August 2020*

JHU_000003198

EXHIBIT 1

7

Case 2:22-cv-00184-LCB-CWB Document 523-1 Filed 05/16/24 Page 9 of 15

- Conclusion (Maximum 1 page and states which SOC8 chapter the publication is linked to);
2. It is WPATH's responsibility that the proposal is shared with the Chair and Co-Chairs of the SOC8, the members of the WPATH Board of Directors and all members of the SOC8 chapter linked to the proposed publication within 14 days after receipt of the proposal. The aim will be to identify an individual (s) from the chapter (maximum 2 individuals if a publication concerns more than one chapter) who will work with the lead author(s) of the proposed publication (unless the lead author is already working with one or more Working Group members); it is the responsibility of the Working Group as a whole to identify and to nominate one of their members, either by vote or general consensus within the Working Group.
 3. WPATH will keep a record of the possible proposals with deadlines for draft submissions - in order to avoid the development of multiple papers with the same aims using the same data;
 4. It is WPATH Executive Committee's responsibility to ensure that a vote is held within 30 days after the dissemination of the proposal.
 5. It will be a blind vote and approval to write the paper is granted to the author(s) by majority vote. In case of a tie, the WPATH President will have the deciding vote.
 6. It is the President's responsibility to respond to the author(s) with approval or disapproval within fifty-six (56) days of submission of the proposal to WPATH.
 7. Once the manuscript draft is ready for publication, the lead author will submit the publication to WPATH
 8. It is WPATH Executive Committee's responsibility to ensure that the manuscript is disseminated to the Chair of the SOC8, the Co-Chairs of the SOC8, and the members of the WPATH Board of Directors within 7 days after receipt of the manuscript.
 9. It is WPATH Executive Committee's responsibility to ensure that a vote is held within 14 days after the dissemination of the manuscript to the Chair and Co-Chairs of the SOC8 and Board members.
 10. It will be a blind vote and approval is granted to author(s) for publication by majority vote. The Chair and Co-Chairs of the SOC8 and Board members all have one equal vote. In case of a tie, the WPATH President will have the deciding vote.

Oryginalny rysunek z raportu HHS

1. Główny autor przedkłada WPATH propozycję publikacji zawierającą następujące nagłówki: Kontekst; Cel(e); Metoda; Wyniki; Wnioski (maksymalnie 1 strona, z podaniem rozdziału SOC8, z którym publikacja jest powiązana);
2. WPATH jest odpowiedzialne za przekazanie propozycji przewodniczącemu i współprzewodniczącym SOC8, członkom zarządu WPATH oraz wszystkim członkom rozdziału SOC8 powiązanego z proponowaną publikacją w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji. Celem będzie wyłonienie osoby (osób) z rozdziału (maksymalnie 2 osoby, jeśli publikacja dotyczy więcej niż jednego rozdziału), aby współpracować z głównym autorem (autorami) proponowanej publikacji (chyba że główny autor już współpracuje z jednym lub kilkoma członkami grupy roboczej); obowiązkiem całej grupy roboczej jest wyłonienie i nominowanie jednego ze swoich członków w drodze głosowania lub ogólnego konsensusu w ramach grupy roboczej.
3. WPATH będzie prowadzić rejestr możliwych propozycji wraz z terminami składania projektów, aby uniknąć powstania wielu artykułów o tym samym celu, wykorzystujących te same dane;
4. Komitet Wykonawczy WPATH jest odpowiedzialny za zapewnienie, że głosowanie odbędzie się w ciągu 30 dni od rozpowszechnienia propozycji.
5. Głosowanie będzie tajne, a zgodę na napisanie artykułu autorzy otrzymają większością głosów. W przypadku remisu decydujący głos ma prezes WPATH.
6. Prezes jest odpowiedzialny za udzielenie autorom odpowiedzi z zatwierdzeniem lub odrzuceniem wniosku w ciągu pięćdziesięciu sześciu (56) dni od złożenia wniosku do WPATH.
7. Gdy projekt manuskryptu będzie gotowy do publikacji, główny autor przedłoży go WPATH.
8. Komitet Wykonawczy WPATH jest odpowiedzialny za przekazanie manuskryptu przewodniczącemu SOC8, współprzewodniczącym SOC8 oraz członkom zarządu WPATH w ciągu 7 dni od otrzymania manuskryptu.
9. Komitet Wykonawczy WPATH jest odpowiedzialny za zapewnienie przeprowadzenia głosowania w ciągu 14 dni od przekazania manuskryptu przewodniczącemu i współprzewodniczącym SOC8 oraz członkom zarządu. 10. Głosowanie będzie tajne, a autorzy otrzymają zgodę na publikację większością głosów. Przewodniczący i współprzewodniczący SOC8 oraz członkowie zarządu mają po jednym równym głosie. W przypadku remisu decydujący głos ma prezes WPATH.

Pośród warunków wymaganych do uzyskania zgody WPATH znalazło się zapewnienie, że wyniki przeglądu literatury potwierdzają lub przynajmniej nie podważają celu WPATH, jakim jest promowanie szerszego dostępu do interwencji medycznych. Ponadto lider grupy roboczej SOC-8 lub wyznaczony przedstawiciel lub przewodniczący/współprzewodniczący SOC-8 oraz co najmniej jedna osoba identyfikująca się jako trans musieli nadzorować i zatwierdzić projekt, redakcję i ostateczną treść manuskryptu[82].

Pomimo tak ścisłego zaangażowania i kontroli redakcyjnej, wszystkie ostateczne dokumenty musiały zawierać oświadczenie, że „autorzy ponoszą wyłączną odpowiedzialność za treść manuskryptu, a manuskrypt niekoniecznie odzwierciedla poglądy WPATH”[83].

Rysunek 10.2 Ścieżka zatwierdzania manuskryptu

Pathway to approval for use of WPATH Data

WPATH grants approval to use the Data for publication to any interested party, when:

- the directives outlined under the aim of this policy have been fulfilled and;
- the author(s) have acknowledged that WPATH has sponsored the acquisition of the data in the publication and;
- the author(s) have acknowledged that the authors are solely responsible for the content of the manuscript, and the manuscript does not necessarily reflect the view of WPATH in the publication and;
- The publication ("manuscript") has been approved by WPATH via a designated approval process.

Designated approval process for publication of Data (see Figure 1)



Oryginalny rysunek z raportu HHS

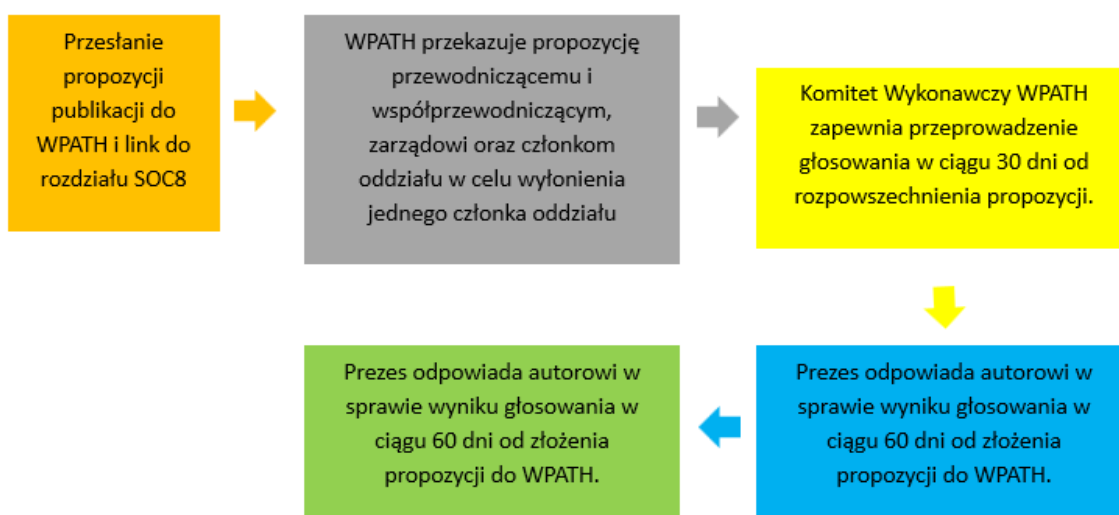
Procedura zatwierdzania danych, na potrzeby WPATH

WPATH udziela zgody na wykorzystanie danych do publikacji wszystkim zainteresowanym stronom, jeżeli:

- a. wypełnione zostały wytyczne określone w celu niniejszych zasad postępowania oraz;
- b. autorzy potwierdzili, że WPATH sponsorowało pozyskanie danych w publikacji oraz;
- c. autorzy potwierdzili, że ponoszą wyłączną odpowiedzialność za treść manuskryptu, a manuskrypt niekoniecznie odzwierciedla poglądy WPATH w publikacji oraz;
- d. publikacja („manuskrypt”) została zatwierdzona przez WPATH w ramach wyznaczonego procesu zatwierdzania.

Wyznaczony proces zatwierdzania publikacji danych (patrz rysunek 1)

Rysunek 10.2 (A), tłumaczenie: Magda Lewandowska



Rysunek 10.2 (B), tłumaczenie: Magda Lewandowska

WPATH postawiło sobie za cel „zapewnienie, aby publikacja nie miała negatywnego wpływu na świadczenie opieki zdrowotnej dla osób trans w najszerszym tego słowa znaczeniu”[84]. Po

renegocjacji opublikowano tylko jeden PS[85]. Z wewnętrznych dokumentów WPATH wynika, że Baker i in. zastosowali się do wszystkich obowiązkowych kroków zaktualizowanej polityki zatwierdzania WPATH – od zatwierdzenia wniosków przed sporządzeniem manuskryptu, poprzez zapewnienie szerokiego zaangażowania WPATH w proces, aż po uzyskanie ostatecznych zatwierdzeń. PS Baker i in. został opublikowany z obowiązkowym zastrzeżeniem, że „WPATH nie brało udziału w projektowaniu badania, gromadzeniu danych, analizie, interpretacji ani sporządzaniu” PS, mimo że lista kontrolna wyraźnie wskazuje, że WPATH brało udział w projektowaniu, sporządzaniu i ostatecznym zatwierdzaniu artykułu.[86]

Rysunek 10.3 Lista kontrolna dla Baker i in.[87]

Checklist for JHU SOC8 systematic review papers

Title of Paper: Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life among Transgender People: A Systematic Review

Supporting Chapter: initial question part of questions from Hormone Chapter

Proposed Authors: Kellan E. Baker, MPH, Lisa M. Wilson, ScM, Ritu Sharma, BSc, Vadim Dukhanin, MD, MHS, Kristen McArthur, BA, Karen A. Robinson, PhD

Acknowledged Authors: None

Yes or No	This paper provides data that advances the knowledge in the field of transgender health in a positive way
Yes or No	This paper will be published in a reputable, academic, peer-reviewed journal
	Journal proposed for first submission The Lancet Diabetes & Endocrinology
Yes or No	Involves the work group leader of the chapter or alternatively a designated representative of that specific SOC8 Chapter in the design, drafting of the article and final approval of the article
	Name of persons involved <i>chapter members provided original list of questions for reviews</i>
Yes or No	Involves at least one member of the transgender community in the design, drafting of the article and final approval of the article <i>chapter members provided original list of questions for reviews</i>
	Name of person if not open about trans status, if not open about trans status then enter N/A
Yes or No	Adheres to the WPATH language policy

Oryginalny rysunek z raportu HHS

Lista kontrolna dla artykułów przeglądowych JHU SOC

Tytuł artykułu: Terapia hormonalna, zdrowie psychiczne i jakość życia osób trans: przegląd systematyczny

Rozdział uzupełniający: część pytań wstępnych z rozdziału poświęconego hormonom

Proponowani autorzy: Kellan E. Baker, MPH, Lisa M. Wilson, ScM, Ritu Sharma, BSc, Vadim Dukhanin, MD, MHS, Kristen McArthur, BA, Karen A. Robinson, PhD

Uznani autorzy: Brak

Tak lub nie	Artykuł dostarcza danych, które w pozytywny sposób poszerzają wiedzę w dziedzinie zdrowia osób trans.
Tak lub nie	Artykuł zostanie opublikowany w renomowanym, recenzowanym czasopiśmie naukowym.
	Czasopismo proponowane do pierwszego zgłoszenia: The Lancet Diabetes & Endocrinology.
Tak lub nie	W projektowanie, redagowanie i ostateczne zatwierdzanie artykułu zaangażowany jest lider grupy roboczej odpowiedzialnej za rozdział lub wyznaczony przedstawiciel danego rozdziału SOC8.
	Nazwiska osób zaangażowanych: członkowie rozdziału dostarczyli oryginalną listę pytań do recenzji.
Tak lub nie	W projekt, redagowanie artykułu i ostateczne zatwierdzenie artykułu zaangażowany jest co najmniej jeden członek społeczności trans. Członkowie rozdziału dostarczyli oryginalną listę pytań do recenzji.
	Imię i nazwisko osoby, jeśli nie ujawnia ona swojego statusu trans, a jeśli nie ujawnia swojego statusu trans, należy wpisać „nie dotyczy”.
Tak lub nie	Zgodność z zasadami językowymi WPATH.

Rysunek 10.3, tłumaczenie: Mada Lewandowska

Wydaje się, że polityka WPATH skutecznie zablokowała planowane[88] i ukończone[89] badania – w tym krytyczne oceny dowodów – przed przekształceniem ich w manuskrypty nadające się do publikacji. W rezultacie ważne przeglądy systematyczne dotyczące bezpieczeństwa PB, HPP i operacji chirurgicznych u nastolatków zostały zablokowane, co spowodowało, że kluczowe ustalenia nie trafiły do literatury naukowej i stały się niedostępne dla profesjonalnej krytyki[90].

Jak ustalono w sekcji 10.3.1, członkowie GOW byli zaangażowani w PTM i wierzyli, że ich stanowisko jest oparte na dowodach. Rzeczywiście, głównym celem SOC-8 było dostarczenie zaktualizowanej wersji, wyraźnie popartej solidnymi dowodami. Jednak, gdy GOW rozpoczęła współpracę z ekspertami metodologicznymi i zastosowała standardy medycyny opartej na dowodach (EBM), szybko stało się jasne, że ich rozumienie tego, co stanowi „silny dowód”, było zasadniczo sprzeczne z ustalonymi kryteriami naukowymi. Dowody, które GOW wcześniej uznawała za mocne lub przekonujące, były często obniżane zgodnie ze standardami EBM do niskiej lub bardzo niskiej jakości, ujawniając niepokojącą rozbieżność między przekonaniami członków WPATH na temat dowodów a rzeczywistą rygorystycznością badań, na których się

opierali. Proces ten został jasno przedstawiony przez przewodniczącego SOC-8, Eli Colemana, w punktach 6 („Konsultacje ekspertów w zakresie opracowywania wytycznych”) i 7 („Program badań”) 12-punktowego projektu opublikowanego po wydaniu SOC-8:

W obliczu wyzwań związanych z opracowaniem i zmianą metodologii SOC 8 musieliśmy polegać na Johns Hopkins, co choć w pewnym stopniu było pomocne, było również bardzo ograniczające. Udało nam się skonsultować z innymi ekspertami i dowiedzieć się, że istnieją inne sposoby opracowywania wytycznych, które prawdopodobnie są bardziej odpowiednie dla stanu naszej nauki. W rezultacie nasza metodologia ewoluowała i została ulepszona – nie byliśmy jednak w stanie być tak systematyczni, jak mogliśmy... Teraz, po przeanalizowaniu dowodów, jesteśmy boleśnie świadomi luk w literaturze i rodzajów badań, które są potrzebne do poparcia naszych zaleceń, oraz wzmocniliśmy poziom dowodów na ich poparcie[91].

W obliczu przeglądów systematycznych, które nie potwierdzały w wystarczającym stopniu jego stanowiska – zwłaszcza biorąc pod uwagę zgłoszone obawy prawne i dotyczące rzecznictwa (patrz następna sekcja) – GDZ postanowiła nie zmieniać swoich poglądów, ale znaleźć alternatywną metodologię na poparcie swoich zaleceń. Jak wyjaśnił Jon Arcelus, współprzewodniczący GDZ SOC-8, w e-mailu do innych członków GDZ: "W SOC znajduje się wiele zaleceń, które nie mają bezpośrednich dowodów (większość bezpośrednich dowodów znajduje się w rozdziale poświęconym hormonom), ale mają dowody kontekstowe. Dlatego stosujemy metodę Delphi"[92].

Proces budowania konsensusu Delphi nie zastępuje zaleceń opartych na dowodach, ale jest raczej metodą pozwalającą GOW pogodzić rozbieżności w interpretacji SR lub w podejmowaniu decyzji dotyczących tego, w jaki sposób dowody powinny wpływać na zalecenia dotyczące leczenia[93]. Wytyczne, które nie są oparte na SR, nieumyślnie narażają na ryzyko promowania nieoptymalnej, a nawet szkodliwej opieki zdrowotnej. Dlatego wytyczne oparte wyłącznie na konsensusie nie są uważane za wiarygodne[94].

10.3.3 Nowa definicja potrzeby medycznej

SOC-8 zdecydowanie zaleca, aby PB, HPP i zabiegi chirurgiczne były uznawane za „medycznie konieczne” dla kwalifikujących się nastolatków:

Zalecamy, aby systemy opieki zdrowotnej zapewniały medycznie konieczne leczenie psychologiczne, medyczne i chirurgiczne afirmujące tożsamość płciową dzieci, nastolatków i dorosłych trans oraz różnorodnych genderowo[95].

Opracowanie stwierdzenia dotyczącego „medycznej potrzeby” w SOC-8 jasno pokazuje, jak wielu autorów WPATH priorytetowo potraktowało cele inne niż zapewnienie najwyższej jakości opieki nastolatkom z DP. Dobrym przykładem jest przeformułowanie przez WPATH „życzeń” pacjentów na „potrzeby” pacjentów w celu przedstawienia ich jako „medycznie konieczne”. Początkowo w oświadczeniu opisano pożądane interwencje jako „życzenia”:

Istnieją mocne dowody wskazujące na korzyści dla jakości życia i dobrostanu wynikające z terapii afirmujących tożsamość płciową, w tym zabiegów endokrynologicznych i chirurgicznych, prawidłowo wskazanych i wykonywanych zgodnie z wytycznymi Standardów Opieki (wersja 8), u osób trans i różnorodnych genderowo, pragnących tych terapii[96].

Jednak ostateczna treść SOC-8 brzmi:

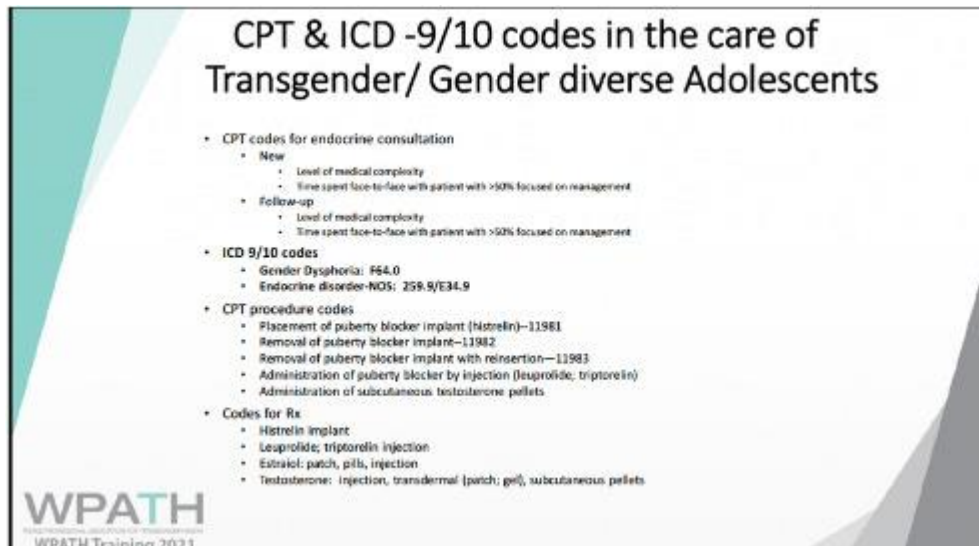
Istnieją mocne dowody potwierdzające korzyści dla jakości życia i dobrostanu wynikające z terapii afirmujących tożsamość płciową, w tym zabiegów endokrynologicznych i chirurgicznych, prawidłowo wskazanych i przeprowadzonych zgodnie z wytycznymi Standardów Opieki (wersja 8), u osób trans i różnorodnych genderowo **potrzebujących tych terapii**[\[97\]](#).

Ta istotna zmiana tekstu była wynikiem uznania przez członków WPATH konsekwencji doboru słów w kontekście ubezpieczeń i przepisów prawnych. Zmiana została wprowadzona na podstawie następującej prośby zgłoszonej podczas fazy opracowywania projektu:

Dziękuję, również bardzo podoba mi się to stwierdzenie i uzasadnienie. Jest jednak jedno słowo w środku (po prawej stronie strony) ostatniego akapitu na pierwszej stronie dokumentu: „pragnących”. To słowo budzi moje wątpliwości i być może jestem zbyt wrażliwy, ale jedną z największych przeszkód, jakie napotykają osoby trans w uzyskaniu wsparcia w zakresie pokrycia kosztów opieki, jest to, że mówi się nam: „nie zawsze można dostać to, czego się chce” i „pragnienie nie sprawia, że coś się spełnia”. Pragnienie sprawia, że potrzebna opieka wydaje się opcjonalna, a nam często mówi się, że wyobrażamy sobie, że nie jesteśmy tym, kim jesteśmy, i że powinniśmy po prostu to znosić. Czy byłoby możliwe, wskazane lub rozsądne zastąpienie tutaj słowa „pragnąć” słowem „potrzebować”? Dziękujemy za rozważę i za wspaniałą pracę nad tym dokumentem[\[98\]](#).

Towarzyszyła temu wyraźna instrukcja WPATH dla świadczeniodawców, aby jako alternatywę dla diagnozy zdrowia psychicznego DP stosowali diagnozę „zaburzenia endokrynologiczne”[\[99\]](#):

Rysunek 10.4 Kody ICD dla nastolatków trans oraz różnorodnych genderowo



Oryginał z raportu HHS

Kody CPT i ICD-9/10 w opiece nad nastolatkami trans i różnorodnych genderowo.

Kody CPT dla konsultacji endokrynologicznych

Nowe:

- Poziom złożoności medycznej
- Czas spędzony z pacjentem >50% poświęcony na leczenie.

Kontrolne:

- Poziom złożoności medycznej.
- Czas spędzony z pacjentem >50% poświęcony na leczenie

Kody ICD 9/10

- Dysforia płciowa: F64.0.
- Zaburzenia endokrynologiczne – NOS: 259.9/E34.9

Kody procedur CPT.

- Wszczepienie implantu blokującego dojrzewanie (histrelina) — 11981.
- Usunięcie implantu blokującego dojrzewanie — 11982.
- Usunięcie implantu blokującego dojrzewanie z ponownym wszczepieniem — 11983.
- Podanie leku blokującego dojrzewanie w formie zastrzyku (leuprolid; triptorelina).
- Podanie podskórnych granulek testosteronu

Kody dla recept.

- Implant histreliny.
- Leuprolid; triptorelina w zastrzyku.
- Estradiol: plaster, tabletki, zastrzyk.
- Testosteron: zastrzyk, przezskórny (plaster; żel), podskórne granulki

Rysunek 10.4, tłumaczenie: Magda Lewandowska

Cała wewnętrzna komunikacja WPATH ujawnia, że sformułowanie „potrzeba medyczna” w SOC-8 zostało skonstruowane w celu usunięcia kluczowych kryteriów ochronnych i nadania pragnieniom pacjentów centralnego znaczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Potwierdził to inny członek GOW, który szczerze zauważył, że wytyczne istnieją po to, aby umożliwić każdemu „dobrze nastawionemu” klinicyście spełnienie życzeń pacjentów – niezależnie od tego, jak bardzo są one nieodpowiednie z medycznego punktu widzenia.

Myślę, że jest jasne jak słońce, że SOC8 odnosi się do konieczności leczenia (w najszerszym tego słowa znaczeniu) osób trans oraz różnorodnych genderowo, które dążą do leczenia (w najszerszym tego słowa znaczeniu) swojej dysforii płciowej (pisanej małą literą „d”, bo odnosi się do objawu dystresu – co jest bardzo szeroką kategorią i może być wykorzystane w tym celu przez każdego „dobrze nastawionego” klinicystę (lub: w nieuniknionym żargonie medycznym, którym posługujemy się jako lekarze: osoby, które spełniają kryteria diagnozy dysforii płciowej i inkongruencji płciowej zgodnie z APA/WHO)[100].

Prośba o zastąpienie słowa „potrzeba” słowem „życzenie” i podkreślenie „potrzeby medycznej” została przyjęta z zadowoleniem przez liderów WPATH, którzy odpowiedzieli, że stwierdzenie medycznej konieczności wpłynie na „tępy i niezdrowy” system opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, zmuszając ubezpieczycieli do pokrycia kosztów leczenia na drodze sądowej:

Dziękujemy za przygotowanie tego dokumentu; wykonaliście świetną robotę. Rzeczywiście, ważne jest, aby takie stwierdzenie znalazło się w aktualnym SOC. Pierwotne oświadczenie o potrzebie medycznej odnosiło się konkretnie do Stanów Zjednoczonych, ponieważ to właśnie tam doświadczaliśmy problemów z naszym ograniczonym i niezdrowym systemem „ubezpieczenia zdrowotnego” i potrzebowaliśmy narzędzia, które nasi prawnicy mogliby wykorzystać w obronie dostępu do opieki zdrowotnej w tym kraju. Od dawna chciałem, aby to (i wiele innych naszych oświadczeń dotyczących polityki) stało się częścią SOC, ponieważ nadaje im to większą siłę[101].

Przewodniczący GOW Eli Coleman stwierdził, że chociaż WPATH nie ma definicji „medycznie niezbędnego”, rozumie, że jest to termin używany przede wszystkim przez firmy ubezpieczeniowe do określenia, które schorzenia lub procedury są objęte ubezpieczeniem[102]. Cele prawne i polityczne SOC-8 omówiono w następnej sekcji.

10.3.4 Kwestie prawne i polityczne

Z dokumentów wewnętrznych wynika, że autorzy SOC-8 manipulowali treścią wytycznych w wyraźnym celu kształtowania orzeczeń sądowych, działań legislacyjnych i decyzji dotyczących zakresu ubezpieczenia, co stanowi wyraźne odejście od zasad bezstronnego, opartego na dowodach opracowywania wytycznych klinicznych. Na przykład autorzy rozdziału „Środowiska instytucjonalne” ujawnili, że „prawnicy zajmujący się sprawiedliwością społeczną” odradzali im rygorystyczną analizę dowodów, twierdząc, że taka analiza może ujawnić ograniczone lub niewystarczające dowody, co postawiłoby ich „w niemożliwej pozycji pod względem wpływu na politykę lub wygrywania spraw sądowych”[103]. Jak wspomniano powyżej, kluczową motywacją do umieszczenia w wytycznych stwierdzenia o „potrzebie medycznej” było strategiczne posunięcie mające na celu zapewnienie „narzędzia dla naszych prawników do obrony dostępu do opieki” w kontekście prawnym Stanów Zjednoczonych[104]. Schechter wyraził również obawy dotyczące języka, ostrzegając kolegów, że terminy takie jak „niewystarczające dowody” i „ograniczone dane” mogą wzmocnić argumenty prawne twierdzące, że interwencje medyczne mają charakter eksperymentalny, i zwracając uwagę na swoją rolę jako biegłego w podobnych sprawach federalnych[105]. Karasic, przewodniczący rozdziału SOC-8 poświęconego zdrowiu

psychicznemu, podkreślił krytyczne implikacje prawne definiowania leczenia nastolatków jako „medycznie niezbędnego”, stwierdzając, że określenie to ma wpływ na sprawy sądowe, decyzje polityczne i zakres ubezpieczenia[106]. W innym miejscu Karasic podkreślił pilną potrzebę jasnego zajęcia się tą kwestią w SOC-8, biorąc pod uwagę liczne toczące się postępowania sądowe – niektóre z nich mogą trafić do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych – dotyczące tego, czy medyczne interwencje związane z tożsamością płciową są „medycznie konieczne”, czy „eksperymentalne lub kosmetyczne”[107].

W jednej z wewnętrznych komunikacji wyraźnie odradzano stosowanie konkretnego wieku w wytycznych dla leczenia, stwierdzając, że „należy unikać bezwzględnych liczb [dotyczących wieku], które mogą zostać wyrwane z kontekstu lub wykorzystane w sądzie”, bo to mogłoby zaszkodzić osobom, „których staramy się bronić”[108]. W innym miejscu zamieszczono uwagi redakcyjne mające na celu pomoc „Chase” [prawdopodobnie odniesienie do Chase Strangio, zastępczyni dyrektora ds. spraw trans osób w projekcie ACLU dotyczącym osób LGBT i HIV][109]. Przewodniczący GOW Coleman wezwał grupę do przyjęcia bardziej zdecydowanej postawy obronnej, stwierdzając, że „potrzebujemy bardziej szczegółowej argumentacji, którą będziemy mogli wykorzystać [...] w wielu sprawach sądowych, które będą się pojawiać [...] zwłaszcza w okresie dojrzewania”[110]. Jeden z autorów przyznał nawet, że priorytetowo traktuje cele polityczne, a nie dokładność naukową, stwierdzając, że SOC-8 powinien „zostać przyjęty w taki sposób, aby miał poważny wpływ na prawo i politykę... nawet jeśli sformułowania nie są do końca poprawne dla osób, które mają takie samo wykształcenie jak my”[111].

Ponadto autorzy SOC-8 wyraźnie skupili się na kontekście opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Dan Karasic z sekcji zdrowia psychicznego SOC-8 napisał:

Istnieją jednak elementy oświadczenia o potrzebie medycznej, które mają kluczowe znaczenie dla refundacji kosztów ubezpieczenia i dostępu do opieki w Stanach Zjednoczonych, choć nie w każdym kraju, i powinny one znaleźć się w SOC 8. Jeśli WPATH SOC 8 nie zapewni odpowiedniego wsparcia dla dostępu do opieki dla osób trans w Stanach Zjednoczonych poprzez nadmierne uogólnienie sformułowań, [wytyczne] mogą mieć zastosowanie na całym świecie, ale nie będzie to użyteczne w skali globalnej, w tym sensie, że Stany Zjednoczone są częścią świata. W SOC 8 powinno być miejsce na uwzględnienie obaw krajowych systemów opieki zdrowotnej lub innych systemów niekoncentrujących się na refundacji kosztów, bez zmniejszania przydatności SOC 8 dla opieki nad osobami trans w Stanach Zjednoczonych... Konieczność medyczna jest obecnie przedmiotem dziesiątek pozwów sądowych w Stanach Zjednoczonych dotyczących działań stanowych mających na celu uniemożliwienie dostępu do opieki dla osób trans, a także stanowi centralny element wszystkich refundacji kosztów opieki dla osób trans w Stanach Zjednoczonych. ... Bardzo ważne jest, aby WPATH SOC 8 właściwie to ujął, co moim zdaniem obecnie ma miejsca”[112]

Włączenie celów związanych z rzecznictwem prawnym do treści wytycznych, wyraźnie w celu wywarcia wpływu na politykę i wyniki postępowań sądowych, zdecydowanie stoi w sprzeczności z przyjętymi międzynarodowymi standardami kładącymi nacisk na rygor naukowy i bezstronność.

Z dokumentów wewnętrznych wynika, że kierownictwo WPATH było świadome, że wytyczne spotkają się z krytyką ze względu na „ciągłą presję w służbie zdrowia, aby zapewnić opiekę opartą na dowodach naukowych”. Coleman zwrócił uwagę na ciągły opór ze strony „naukowców i badaczy, którzy są z natury sceptyczni”, „rodziców młodzieży, która znalazła się w centrum tej kontrowersji” oraz presję wynikającą z „rosnącej liczby przypadków żalu i osób, które głośno

wyrażają swoje niezadowolenie z procesu tranzycji i szybko obwiniają klinicystów za to, że pozwolili im przejść tranzycję pomimo procesu świadomej zgody”[113].

W odpowiedzi na przewidywaną krytykę SOC-8 Coleman opracował „12-punktowy plan strategiczny na rzecz rozwoju opieki afirmującej tożsamość płciową”[114]. W planie tym uznano, że wszyscy członkowie GOW są „boleśnie świadomi, że istnieje wiele luk w badaniach naukowych potwierdzających nasze zalecenia” i podkreślono znaczenie budowania konsensusu wśród grup medycznych popierających SOC-8. Coleman zauważył, że poparcie organizacji medycznych „było niezwykle silnym argumentem” w „bitwach prawnych”[115]:

Ponieważ toczy się tak wiele sporów prawnych dotyczących opieki zdrowotnej i praw osób trans, fakt, że SOC ma tak wiele poparcia, stanowi niezwykle silny argument. Musimy być w stanie uzyskać wsparcie tych ważnych organizacji i wiedzieć, jak dokładnie wskazać ich poparcie, w przeciwnym razie argument ten może zostać podważony w sprawach sądowych[116].

10.4 Zniesienie minimalnego wieku

Sposób postępowania z zaleceniami dotyczącymi minimalnego wieku dla interwencji klinicznych u nastolatków w SOC-8 stanowi przykład tego, co dzieje się, gdy na opracowywanie wytycznych wpływ mają przekonania ideologiczne, konflikty interesów i lekceważenie ustalonych standardów dowodowych.

Początkowo SOC-8 zawierało minimalny wiek dla niektórych interwencji: 14 lat dla hormonów płciowych, 15 lat dla mastektomii, 16 lat dla powiększania piersi i operacji twarzy, 17 lat dla metoidioplastyki, orchidektomii, waginoplastyki, histerektomii i przebudowy czołowo-oczodołowej oraz 18 lat dla falloplastyki. W lipcu 2022 r. WPATH znalazło się pod znaczną presją admirała Rachela Levine’a[117], zastępcy sekretarza stanu ds. zdrowia w USA, którego biuro wyraziło obawy, że podanie konkretnego wieku dla nieletnich spowoduje wprowadzenie restrykcyjnych środków legislacyjnych. Niektórzy członkowie SOC-8 wyrazili wewnętrznie niezadowolenie z powodu ulegania presji ze strony rządu federalnego. „Nie wiem, co sądzić o tym, że polityka Stanów Zjednoczonych dyktuje międzynarodowe wytyczne kliniczne, które przeszły przez proces Delphi” – powiedział jeden z współprzewodniczących SOC-8[118]. Inny skarżył się, że „nie należy traktować poważnie opinii osób niebędących specjalistami w dziedzinie medycyny”[119]. Pomimo tych zastrzeżeń, oczywiste zaangażowanie WPATH w uzyskanie poparcia administracji Bidena doprowadziło do obniżenia wytycznych dotyczących wieku z „zaleceń” do „sugestii”, omijając w ten sposób pierwotny proces konsensusu poprzez wprowadzenie tych zmian bez przeprowadzenia nowej rundy walidacji[120].

Kwestia minimalnego wieku powróciła, gdy Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) zagroziła publicznym sprzeciwem wobec SOC-8, chyba że wszystkie progi wiekowe zostaną zniesione — co jeszcze bardziej wyraźniej pokazało, że ostateczna treść wytycznych została podyktowana presją polityczną, a nie dowodami naukowymi lub oceną kliniczną[121]. Pod presją i w obliczu otwartego sprzeciwu kluczowego sojusznika, przywódcy WPATH ulegli i zgodzili się na zniesienie kryteriów minimalnego wieku dla wszystkich zabiegów hormonalnych i chirurgicznych (z wyjątkiem falloplastyki). Zrobili to pomimo prywatnego uznania, że osoby z AAP, które zgłaszały to żądanie, były bardzo młode i nie miały wystarczających uprawnień ani wiedzy, aby wiarygodnie dyktować standardy kliniczne[122].

W trakcie procesu usuwania minimalnego wieku prezes WPATH napisał, że „rozczarowujące jest to, że polityka zawsze przeważa nad zdrowym rozsądkiem i tym, co jest najlepsze dla pacjentów”[123]. Inny przywódca WPATH zwierzył się, że usunięcie minimalnego wieku „jest

kompromisem między tym, co uważam za prawdę, a tym, co musimy powiedzieć”[124]. Współprzewodniczący SOC-8 Jon Arcelus powiedział, że zniesienie ograniczeń wiekowych „ośmieszłoby naszą metodologię”[125].

Pośpieszne zmiany wprowadzone w ostatniej chwili – poza formalnym i przejrzystym procesem opracowywania wytycznych – spowodowały, że SOC-8 został pierwotnie opublikowany z zachowaniem pierwotnych zaleceń dotyczących wieku. Dopiero po publikacji WPATH pośpieszenie wydało sprostowanie w swoim oficjalnym czasopiśmie „International Journal of Transgender Health”, po cichu usuwając ograniczenia wiekowe, aby dostosować się do wymagań politycznych, a nie dowodów klinicznych[126]. Obecna, opublikowana wersja SOC-8 stwierdza, że wszystkie zalecenia przeszły proces Delphi. Jednak Coleman przyznał później, że usunięcie minimalnego wieku nie przeszło przez proces Delphi[127].

10.5 Dalsze stosowanie SOC-8

Niepokojące jest to, że SOC-8 nadal wywiera znaczący wpływ na opiekę zdrowotną w Stanach Zjednoczonych. Nieprawidłowości WPATH podczas opracowywania SOC-8 zostały opisane przez główne media, w tym New York Times[128], Economist[129], Boston Globe[130], Fox News[131], i National Review[132], a także przez BMJ, wiodący dziennik medyczny[133]. Pomimo tych doniesień, z wyjątkiem Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Plastycznych[134], główne amerykańskie stowarzyszenia medyczne nie wydały publicznych oświadczeń odnoszących się do kwestii poruszonych w niniejszym rozdziale.

W opinii amicus curiae przedłożonej Sądowi Najwyższemu Stanów Zjednoczonych w sprawie United States v. Skrmetti[135] Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) i 21 innych organizacji medycznych opisuje SOC-8 jako „ustalone, oparte na dowodach wytyczne kliniczne”. Opinia nie odnosi się do żadnych obaw ani ustaleń dotyczących opracowania wytycznych przedstawionych w niniejszym rozdziale. Podobnie grupa 11 wybitnych „specjalistów medycyny młodzieżowej, pediatrów, klinicystów, metodologów, profesorów i badaczy” – w tym specjalistów związanych z wydziałami medycznymi Uniwersytetu Harvarda, Uniwersytetu Stanforda i Uniwersytetu Pensylwanii – twierdzi w oddzielnej opinii, że SOC-8 posiada „wszystkie” „charakterystyczne cechy wiarygodności” wytycznych ustalone przez Narodową Akademię Medyczną[136].

Departament Sprawiedliwości Stanów Zjednoczonych (DOJ) interweniował w 2022 r., aby zakwestionować ustawę stanu Alabama dotyczącą ograniczenia wieku w sprawie Boe, dzięki czemu zapoznał się z dokumentami WPATH, które zostały objęte pozwem sądowym. Niemniej jednak w sierpniu 2024 r. – dwa miesiące po odtajnieniu dokumentów – DOJ w merytorycznym podsumowaniu, złożonym w sprawie United States v. Skrmetti opisał WPATH jako „wiodące stowarzyszenie lekarzy leczących osoby trans” i stwierdził, że „wiodące organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym w kraju uznają [SOC-8] za odzwierciedlające przyjęty standard opieki w leczeniu dysforii płciowej”[137].

Tłumaczenie: Magda Lewandowska

[1] Coleman et al. (2022).

[2] Część niniejszej oceny opiera się na wewnętrznej korespondencji WPATH, która została upubliczniona na mocy wezwania sądowego. Zob. Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184, (M.D. Ala.). Niektóre materiały pochodzące ze materiału dowodowego sprawy Boe vs Marshall zostały wcześniej opublikowane w sprawie Voe vs Mansfield, nr 1:23-Cv-00864: 100-1 (M.D.N.C.).

[3] Adolescent Medicine Certification [Certyfikacja medycyny młodzieżowej] (2024).

[4] Coleman i in. (2022).

[5] Najważniejsze dokumenty omówiono w rozdziale 9. Dokumenty te obejmują wytyczne Endocrine Society (Hembree i in. (2017)) oraz stanowisko American Academy of Pediatrics (Rafferty i in. 2018). Oba są znacznie przedawnione.

[6] W sierpniu 2024 r. w procesie sądowym, WPATH została przedstawiona jako „wiodące stowarzyszenie lekarzy leczących osoby trans”, a „wiodące organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym w kraju uznają [SOC-8] za odzwierciedlające przyjęty standard opieki w leczeniu dysforii płciowej”. Zob. U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), Amicus curiae (2023, s. 3).

[7] Kiedy NHS England podjęło decyzję o wycofaniu blokerów dojrzewania dla pacjentów z DP z praktyki klinicznej, otrzymało skargi, że decyzja ta jest „niezgodna z normami opieki WPATH dla dzieci trans”. NHS England odpowiedziało: „Propozycja polityki została opracowana po przeglądzie recenzowanych opublikowanych dowodów zgodnie z metodami opracowywania polityki NHS England. NHS England nie zleca usług na podstawie wytycznych lub protokołów leczenia, np. WPATH 8.0 [SOC-8] lub praktyk stosowanych w innych krajach. Stanowisko dotyczące braku rutynowego zlecania usług zostało przyjęte na podstawie „niewystarczających korzyści klinicznych dla pacjenta, których jednym z aspektów jest dowód szkodliwości” (National Health Service England, 2023, s. 4).

[8] W Stanach Zjednoczonych brakuje scentralizowanego organu odpowiedzialnego za kształtowanie praktyki medycznej, co skutkuje powstaniem czegoś, co zostało opisane jako „zagmatwany labirynt regulacyjny” (Field, 2008).

[9] Przykład można znaleźć w Seattle Children's hospital: Gender Clinic Education and Resources for Healthcare Professionals (b.d.); Uwaga: wydaje się, że niektóre pediatryczne kliniki gender usunęły ostatnio publiczne odniesienia do WPATH, a także kopie zapasowe stron internetowych, uniemożliwiając dostęp do nich w celu cytowania.

[10] Zob. GEI Global Impact (b.d.).

[11] Przykład: Mt. Sinai Icahn School of Medicine stypendium w psychiatrii trans: „Stypendystom zapewniany jest czas i wynagrodzenie finansowe na udział w odbywających się dwa razy w roku konferencjach Amerykańskiego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans lub Światowego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans”. Stypendium psychiatrii trans w szpitalu Mount Sinai (b.d.). Wśród wykładowców programu stypendialnego chirurgii trans w Mt. Sinai znajduje się Marci Bowers, były prezes WPATH, Program stypendialny chirurgii trans w Mount Sinai (b.d.). Dyrektorem programu stypendialnego chirurgii gender na Uniwersytecie Zdrowia i Nauk w Oregonie jest "główny chirurg Światowego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH) oraz Amerykańskiego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Trans (USPATH)” (Advanced Gender Surgery Fellowship, b.d.)

[12] Na przykład na stronie internetowej kliniki gender Stanford Children's Gender Clinic można przeczytać: „Zespół ekspertów kliniki gender składa się z lekarzy specjalizujących się w endokrynologii dziecięcej, medycynie młodzieżowej, urologii dziecięcej i pomocy społecznej, którzy wspierają tożsamość płciową każdego dziecka i nastolatka. Wszyscy nasi lekarze są członkami Światowego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH)” (Advanced Gender Surgery Fellowship, b.d.). Fenway Health odwołuje się do WPATH jako autorytetu w tej dziedzinie: „Światowe Stowarzyszenie Zawodowe na rzecz Zdrowia Osób Trans

(WPATH) monitoruje bieżące badania i nową wiedzę na temat medycyny opartej na dowodach naukowych w odniesieniu do osób trans. Publikuje standardy opieki i wytyczne etyczne dla pracowników służby zdrowia, które „wyrażają profesjonalny konsensus w sprawie psychiatrycznego, psychologicznego, medycznego i chirurgicznego leczenia dysforii płciowej” i mają na celu pomóc klinicystom w zapewnieniu wysokiej jakości opieki osobom trans i osobom różnorodnym genderowo, w tym dzieciom i młodzieży” (FACTS about Anti-Trans Youth Bills, b.d.).

[13] Zobacz program kształcenia ustawicznego Harvardu Advancing Excellence in Transgender Health: A Course for the Whole Care Team (b.d.) prowadzony przez starszych liderów WPATH zaangażowanych w tworzenie SOC-8 (Sari Reisner, ScD, b.d.; Sari Reisner, ScD, mianowany członkiem zarządu WPATH, b.d.). Zobacz również inicjatywy szkoleniowe, takie jak Gender Health Training Institute (SoC8, b.d.) oraz Silver Hill Hospital (Najlepsze praktyki w zakresie zdrowia osób trans: oparta na dowodach medyczna i psychiczna opieka zdrowotna, b.d.).

[14] Na przykład stan Oregon nakazuje, aby „pracownicy służby zdrowia rozpatrujący niekorzystne decyzje dotyczące świadczeń, odmawiające lub ograniczające dostęp do leczenia afirmującego tożsamość płciową, ukończyli szkolenie „WPATH SOC-8 Health Plan Providers Training”, które jest specjalnie przeznaczone dla pracowników odpowiedzialnych za takie przeglądy, lub równoważne szkolenie [tj. zgodne z WPATH]”. (Departament Usług Konsumenckich i Biznesowych, 2024); Departament Więziennictwa stanu Waszyngton nakazuje, aby lekarze świadczący opiekę afirmującą tożsamość płciową posiadali certyfikat WPATH lub uzyskali go w ciągu dwóch lat (ogłoszenie Departamentu Więziennictwa stanu Waszyngton).

[15] Anthem (2023). WPATH jest wymieniona 35 razy jako podstawa wszystkich zaleceń.

[16] Kaiser Permanente (2023). Polityka dotycząca tranzycji i detranzycji wymaga „listów WPATH”.

[17] Aetna (2024). Nastolatki kwalifikujące się do interwencji hormonalnych muszą spełniać „kryteria WPATH”.

[18] Cigna (2025).

[19] Stroumsa & Kirkland (2020).

[20] Oregon Health Authority (2023)

[21] Departament Usług Konsumenckich i Biznesowych (2024).

[22] Coleman i in. (2022, s. S136).

[23] Zob. Sinai (2022): „Standardy opieki Światowego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH) w wersji 7 (SOC7) nie są oparte na dowodach naukowych. Na stronie internetowej WPATH wyraźnie stwierdza się, że SOC8 jest pierwszą wersją opracowaną z wykorzystaniem podejścia opartego na dowodach naukowych”.

[24] Poprzednia wersja, SOC-7, stwierdzała, że jej zalecenia „opierają się na znaczących zmianach kulturowych, postępie wiedzy klinicznej oraz zrozumieniu wielu problemów zdrowotnych, które mogą pojawić się u osób transseksualnych, trans i wykazujących nonkonformizm w stosunku do ról płciowych, wykraczających poza terapię hormonalną i operacje” (Coleman i in., 2012, s. 166).

[25] Coleman i in. (2022, s. S248–S249); Karen Robinson jest wymieniona jako kierownik EPC i członek Komitetu Sterującego ds. Wytycznych SOC-8.

[26] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18 (2024, str. 42).

[27] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18 (2024, str. 43–44).

[28] Z wewnętrznej korespondencji e-mailowej WPATH dotyczącej SOC-8: „Zespół Johns Hopkins może pomóc w przeglądzie literatury i ocenie literatury dotyczącej podejmowania decyzji medycznych przez nastolatków” (Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18, 2024, str. 116); dyskusja na temat zaleceń dotyczących klasyfikacji znajduje się w rozdziale 9.

[29] Główny badacz holenderskiego protokołu i współprzewodniczący rozdziału WPATH poświęconego nastolatkom (de Vries) dostarczyła JHU do oceny odpowiednią literaturę dotyczącą zgody nastolatków, pisząc: „kilka artykułów na temat podejmowania decyzji przez nastolatków; są to artykuły przeglądowe, ale wskazują one na istnienie pewnych dowodów. Uważam, że potrzebujemy tego rodzaju dowodów dotyczących zdolności podejmowania decyzji przez nastolatków w odniesieniu do leczenia afirmującego tożsamość płciową” (Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18, 2024, s. 106).

[30] W odpowiedzi JSU dla WPATH dotyczącej literatury na temat zgody nastolatków na PTM stwierdzono: „Przesłane artykuły dostarczają ograniczonych pośrednich dowodów na poparcie tej tezy. Proszę o informację, jeśli coś przeoczyłem” (Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18, 2024, s. 106).

[31] Coleman i in. (2022, s. S61, sekcja 6.12.c)

[32] Hughes (2024, str. 12).

[33] Coleman i in. (2022, str. S46).

[34] Coleman i in. (2022, str. S60).

[35] Graham i in. (2011), opublikowane pod poprzednią nazwą Institute of Medicine (IOM).

[36] Odniesienie SOC-8 do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) WHO wydaje się odnosić do Podręcznika opracowywania wytycznych WHO, wydanie drugie. Zob. Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, s. 204).

[37] WHO definiuje finansowy konflikt interesów jako „wszelką płatną pracę, dochody z tytułu konsultacji lub honoraria i pokrywanie koszt podróży; wsparcie badań, w tym bezpośrednie wkłady pieniężne lub darowizny w postaci sprzętu, powierzchni laboratoryjnej itp.”, „które są związane z wynikiem procesu opracowywania wytycznych lub mogą mieć na niego wpływ”. Światowa Organizacja Zdrowia (2014, s. 63).

[38] NAM i WHO definiują intelektualny konflikt interesów istotny dla opracowywania WPK jako „działalność akademicka, która stwarza możliwość przywiązania się do konkretnego punktu widzenia, który mógłby niekorzystnie wpłynąć na osąd danej osoby w odniesieniu do konkretnego zalecenia”. Guyatt (2010, s. 739).

[39] Guyatt i in. (2015, s. 540).

[40] SOC-8 GDG składało się z Komitetu Kierującego Wytycznymi, w skład którego wchodził przewodniczący i dwóch współprzewodniczących, którzy z kolei wyznaczyli 26 kierowników rozdziałów, 77 członków rozdziałów i 16 interesariuszy.

[41] Graham i in. (2011, s. 87).

[42] Światowa Organizacja Zdrowia (2014, s. 61).

[43] Graham i in. (2011, s. 81–82).

[44] Światowa Organizacja Zdrowia (2014, s. 82).

[45] Graham i in. (2011, s. 7).

[46] McCartney i in. (2022).

[47] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, s. 2).

[48] Coleman i in. (2022, s. S177).

[49] Coleman i in. (2012).

[50] Eisenberg i in. (2020); Rider i in. (2018).

[51] "Interesy finansowe i niefinansowe mogą się pokrywać. Na przykład interesy intelektualne związane z awansem zawodowym mają oczywiście wymiar finansowy. Przykłady ról lub stanowisk, które mogą wpływać na obiektywną ocenę zbioru dowodów, obejmują: wcześniejsze opublikowanie badania lub PS, które stanowią część bazy dowodowej rozpatrywanej w wytycznych; wcześniejsze publiczne wyrażenie zdecydowanej opinii lub stanowiska, np. w publicznym wystąpieniu podczas postępowania regulacyjnego lub sądowego lub w artykule redakcyjnym w czasopiśmie; lub zawodowe lub osobiste powiązania z organizacją promującą produkty lub usługi związane z tematem wytycznych". Światowa Organizacja Zdrowia (2014, s. 63).

[52] James „Jennifer” Pritzker jest mężczyzną podającym się za kobietę. Z jego postacią można zapoznać się, min. w książce [Transsexual, Transgender, Transhuman](#) autorstwa Jenifer Bilek, streszczonej na tym substacku, przyp. tł.

[53] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, s. 239).

[54] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, s. 239).

[55] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, s. 219–222).

[56] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, str. 2).

[57] Mark „Marci” Bowers to również mężczyzna podający się za kobietę, przyp. tł.

[58] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 564-8 (2024, str. 121).

[59] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, s. 3).

[60] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, s. 3).

[61] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, s. 8).

[62] Schechter był biegłym sądowym w sprawie Dekker vs Weida, nr 4:22-cv-00325 (N.D. Fla. wniesiona 7 września 2022 r.); Willis vs Flagg, nr 17-cv-02754 (N.D. Ill. wniesiona 10 kwietnia 2017 r.); Bruce vs South Dakota, nr 3:17-cv-03023RAL (D.S.D. wniesiona 5 października 2017 r.); Boyden vs Conlin, nr 17-cv-00264-WMC (W.D. Wis. wniesiona 6 kwietnia 2017 r.); Kadel vs Folwell, nr 1:19-cv-00272 (M.D.N.C. wniesiona 11 marca 2019 r.); Toomey vs Stan Arizona, nr 4:19cv-00035-RM-LAB (D. Ariz. złożony 23 stycznia 2019 r.); oraz Fain vs Crouch, nr 3:20-cv-00740 (S.D.W. Va. złożony 12 listopada 2020 r.).

Karasic był biegłym sądowym w sprawie C.P. vs Blue Cross Blue Shield of Illinois, nr 3:20-cv-06145 (W.D. Wash. wniesiona 24 listopada 2020 r.); Kadel vs Folwell, nr 1:19-cv-00272 (M.D.N.C. złożona 11 marca 2019 r.); Fain vs Crouch, nr 3:20-cv-00740 (S.D.W. Va. złożona 12 listopada 2020 r.); Brandt vs Rutledge, nr 4:21-cv-00450 (E.D. Ark. złożony 25 maja 2021 r.); K.C. vs poszczególnym członkom Indiana Medical Licensing Board, nr 1:23-cv-00595JPH-KMB (S.D. Ind. złożony 5 kwietnia 2023 r.); Dekker vs Weida, nr 4:22-cv-00325-RH-MAF (N.D. Fla. złożona 7 września 2022 r.); oraz Doe vs Ladapo, nr 4:23-cv-00114-RH-MAF (N.D. Fla. złożona 23 marca 2023 r.).

[63] Graham i in. (2011, s. 79).

[64] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-13 (2024, s. 56).

[65] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 158).

[66] Kepp i in. (2024, str. 5).

[67] Kepp i in. (2024, str. 6).

[68] Coleman i in. (2022, s. 248).

[69] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 564-8 (2024, s. 119–120). Odpowiedź ta pojawiła się po zwróceniu uwagi Bowersowi, że wybór członków GDG na podstawie ich „poparcia” dla leczenia medycznego jest „sprzeczny” z wyborem członków GDG, którzy mogliby być „bezstronnymi arbitrami” w sprawie dowodów dotyczących tych metod leczenia.

[70] Edwards-Leeper & Anderson (2021).

[71] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-26 (2024, str. 153).

[72] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-26 (2024, str. 114–115).

[73] Shrier (2021).

[74] „Ta wersja standardów opieki jest pierwszą opracowaną z wykorzystaniem podejścia opartego na dowodach” (Radix, b.d., str. 13).

[75] 73 Coleman (2023).

[76] Coleman i in. (2022, str. S247).

[77] Boe v. Marshall, nr. 2:22-cv-00184: 560-17 (2024, s. 38)

[78] Jednostka Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych.

[79] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-23 (2024, s. 23) Urzędnik AHRQ potwierdził tę wiadomość: „Świadomość, że istnieje niewiele/brak dowodów dotyczących dzieci i młodzieży, jest pomocna”. Niemniej jednak dwa lata później HHS opublikowało notatkę, w której stwierdzono, że „badania wykazują, że opieka afirmująca tożsamość płciową poprawia zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie dzieci i młodzieży o różnorodnej tożsamości płciowej” (OPA: Office of Population Affairs, b.d.).

[80] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 523-1 (2024, s. 14).

[81] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 523-1 (2024, s. 8).

[82] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 523-1 (2024, str. 5–6).

- [83] Boe vs Marshall, sprawa 2:22-cv-00184: 523-1, dowód nr 1 (b.d., str. 8)
- [84] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-17 (2024, str. 92).
- [85] Baker i in. (2021). Należy zauważyć, że opublikowano tylko jeden inny PS. Wilson i in. (2020), ale jego publikacja poprzedza aktualizację programu WPATH.
- [86] Wilson i in. (2020) zawiera to samo stwierdzenie, ale zostało opublikowane przed nową umową i nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu WPATH wpłynęło na jego projekt, redakcję i ostateczny kształt.
- [87] Źródło: Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-17 (2024, s. 41).
- [88] Robinson, Sharma, Baker i in. (2019); Robinson, Sharma, Wilson i in. (2019); Sharna i in. (2018)
- [89] W sumie opublikowano tylko 2 przeglądy systematyczne, a tylko jeden (Baker i in.) był zgodny z aktualizacją polityki.
- [90] Bardziej szczegółowe omówienie tej kwestii znajduje się w rozdziale 7.
- [91] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-18 (2024, s. 8–9).
- [92] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-37 (2024, s. 101). Delphi to ustrukturyzowana metoda budowania konsensusu, w której GDG iteracyjnie przegląda i ocenia stwierdzenia w celu osiągnięcia porozumienia; SOC-8 wykorzystywał próg 75% dla osiągnięcia konsensusu.
- [93] Djulbegovic & Guyatt (2019).
- [94] Lima, Tangamornsuksan, et al. (2023).
- [95] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, s. 32).
- [96] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, s. 38).
- [97] Coleman i in. (2022, s. 18, podkreślenie dodane).
- [98] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, s. 28).
- [99] Rosenthal (2021b, s. 11).
- [100] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, s. 37).
- [101] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 33–34)
- [102] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 166).
- [103] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-24 (2024, str. 3).
- [104] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 33–34).
- [105] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-13 (2024, str. 56).
- [106] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-24 (2024, str. 43).
- [107] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 44).
- [108] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-34 (2024, str. 25).
- [109] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 591-24 (2024, str. 9).

- [110] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-8 (2024, str. 40).
- [111] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-34 (2024, str. 25).
- [112] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 65).
- [113] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-18 (2024, str. 5).
- [114] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-18 (2024, str. 6).
- [115] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-40 (2024, str. 6–8). Warto zauważyć, że chociaż SOC-7 jest obecnie nieaktualny, to właśnie SOC-7 był odpowiedzialny za ustanowienie opieki afirmującej tożsamość płciową w Stanach Zjednoczonych i na arenie międzynarodowej. W wiadomości e-mail od głównego autora zarówno SOC-7, jak i SOC-8, Coleman, ujawniono, że pomimo powszechnego przekonania, że SOC-7 został zatwierdzony przez wszystkie organizacje medyczne, nigdy nie doszło do takiego zatwierdzenia. Coleman stwierdził, że „nie ma pojęcia, skąd wzięta się informacja, że tak wiele organizacji medycznych zatwierdziło SOC 7”. Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 262–264).
- [116] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-40 (2024, str. 8).
- [117] Admirat Richard „Rachel” Levine również jest mężczyzną podającym się za kobietę, przyp. tt.
- [118] Boe v. Marshall, nr. 2:22-cv-00184: 700-15 (2024, str. 33).
- [119] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-15 (2024, str. 27).
- [120] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 292–295)., Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-15 (2024, str. 33). Ostatnia runda konsensusu Delphi SOC-8 miała miejsce w styczniu 2022 r. (Coleman et al., 2022, s. S251).
- [121] Coleman wyjaśnia, że usunięcie wieku "spowodowało, że oni [tj. AAP] formalnie nie sprzeciwili się SOC. Tak, jest to ściśle poufna informacja" (Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-17, 2024, s. 153).
- [122] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-16 (2024, s. 201).
- [123] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-15 (2024, str. 26).
- [124] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-6 (2024, str. 103).
- [125] Boe vs Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-16 (2024, str. 110).
- [126] „Korekta” (2022).
- [127] Boe vs Marshall, nr 2:22-Cv-00184: 700-3 (M.D. Ala. 9 października 2024 r., str. 294-295).
- [128] Ghorayshi (2024b).
- [129] The Economist (2024a).
- [130] Selin Davis (2024).
- [131] Joseph (2024).
- [132] Whelan (2024).

[133] Block (2024a).

[134] Sapir (2024c).

[135] U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), Amerykańska Akademia Pediatrii oraz dodatkowe krajowe i stanowe organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym, opinia amicus curiae (2023, s. 8).

[136] U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), Eksperci, badacze i lekarze, opinia amicus curiae (2023, s. 22).

[137] U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), Opinia dla wnioskodawcy, opinia amicus curiae (2023, s. 3).