

Nästan alltid ja från Socialstyrelsen

Sällan eller aldrig avslås en ansökan om könsbyte som kommer till Socialstyrelsens rättsliga råd.

Det berättar Anita Ahlenius, förste byråsekreterare på rättsliga rådet, som arbetat med dessa frågor sedan 1980-talet.

Ansökan om könsbyte ska innehålla behandlande läkares och psykiaters utlåtande samt personbevis om civilstånd. Patienten måste i lagens mening vara ogift eller skild. Patienten ansöker om namnbyte, sterilisering, kastrering och borttagande av könskörtlar, ingrepp i könsorganet samt fastställande av könsidentitet.

Ärendet går till föredragande läkare på rättsliga rådet, som sammanställer en promemoria. Denna går till olika instanser, exempelvis specialister, som kan behöva yttra sig.

När promemorian är komplett, tas ärendet upp på rättsliga rådet – handläggningstiden ligger på två till tre månader – som fattar beslut. Patienten kallas till rådet för ett möte, där han eller hon kan framföra sin sak. Mötet är frivilligt, men de allra flesta kommer.

– Mötet med patienten kan innebära ett plus i kanten och bidrar till en helhetsbild, säger Anita Ahlenius.

Nästan ingen ansökan om könskorrektur avslås. Det händer att patienter som ansökt om könsbyte och fått ja i sällsynta fall avstår från operation.

– Kanske har patienten anpassat sig och väljer därför att trots allt avstå, säger Anita Ahlenius.

Sedan rådet fattat sitt beslut får patienten, kirurgen och behandlande läkare en kopia på det, liksom Patent- och registreringsverket. Detta för ett eventuellt namnbyte. När operationen är genomförd får rättsliga rådet en operationsberättelse. Därefter följer den avslutande processen: Fastställande av könsidentitet, med vilken följer att patienten får de fyra sista siffrorna i personnumret. Anita Ahlenius betecknar dessa ärenden som »rigoröst och mycket noggrant« förberedda. Därför förekommer heller så gott som aldrig några avslag. •

män en minipenis, det vill säga en klitorisförstoring som ser ut som en penis lång som en tumme, med full känsel och möjlighet till erektion.

Gunnar Kratz tror att minipenisen vad det lider kommer att bli längre och större. Han har nyligen inlett en forskningsstudie om just detta och hyser goda förhoppningar.

– Om ett år har vi de första resultaten, och då vet vi åt vilket håll det kommer att luta. Kan vi få den tummlånga minipenisen att bli två tummar lång, ja då är vi hemma!

Minipenisen är en skapelse av internationella forskare, där Gunnar Kratz utnämner holländaren Juris Haage till dess huvudpappa, även »om vi alla lagt till våra respektive delar«.

I höstas tog Gunnar Kratz initiativet till en första konferens i Skandinavien för alla dem som är involverade i behandlingen av denna patientgrupp. De samlades i Linköping. Eftersom framtidens arbete med dessa patienter är avhängigt av respektive forskares resultat, slutsatser och erfarenheter är möjligheten att träffas och samarbeta avgörande. Konferenser kommer att bli årligen återkommande med fokus på en speciell fråga vid varje tillfälle. I år är det ett utredningsteam vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge som håller i budkaveln.

Är alla problem över när patienten blivit könskorrigerad?

Nej, kirurgen löser inte alla problem, säger Gunnar Kratz:

– Har patienten levtt instängd och isolerad i 40 år och äntligen fått rätt kropp,

återstår ännu en resa. Men för den som har varit öppen och som har ett bra nätverk omkring sig, ja där kan livet nog te sig som en solig sommaräng.

Efter de kirurgiska ingreppen väntar flera återbesök. En del utredare håller också kvar sina patienter för samtal och stöd. Men vad gäller den formella uppföljningen av transsexuella patienter är det lite si och så.

– Egentligen vet jag inte hur mina patienter har det efter operationerna. Är de deprimerade? Hur många har fungerande sexliv? Hur är det med känseln i klitoris? Kan de kissa bra?

– Även om jag tror mig veta svaren, finns det inga fungerande protokoll, ingen nedtecknad kvalitetskontroll. Den formella uppföljningen måste avsevärt förbättras. Dessutom måste de långsiktiga effekterna av att ta könshormoner noga utredas.

Det finns i dag planer på ett kvalitetsregister. Grundpriset för en könskorrigering ligger på omkring 200 000 kronor. Andra kostnader, exempelvis för bröstimplantat, kan tillkomma.

Är det inte lyx att operera dessa patienter i tider då landstingen vrider och vänder på varje krona?

– Våra patienter lider av en livshotande åkomma, säger Gunnar Kratz. Vad skulle inte de här patienterna kosta landstingen, om de inte behandlades?

Men verksamheten vid kliniken hotas av besparingar. I dag finns dock ett intensifierat samarbete med Rikshospitalet i Oslo, som mildrar effekterna av denna typ av nedskärningar. Norska kirurger och sjuksköterskor följer med pati-

Två års utredning nödvändigt

Målsättningen för vårt arbete är att ingen någonsin ska ångra sitt könsbyte.

Det säger Ulla Holmlund, psykiater i utredningsteamet på Universitetssjukhuset i Linköping.

Till Ulla Holmlund kommer patienten först. Under cirka fyra timmar vid fem olika tillfällen för hon samtal med patienten. Dessa ligger till grund för en psykiatrisk utredning.

– Min uppgift är att lära känna de här personerna och göra en noggrann anamnes. Jag är noga med att det inte ska bli förhör utan just samtal.

Ofta pratar hon även med den närmsta familjen. Är hon i något avseende osäker i sin bedömning, kopplar hon in medhjälpare.

–Vi är ett väl sammansvetsat gäng.

»Många patienter är väldigt otåliga och vill helst opereras i morgon, men den långa utredningstiden är en nödvändighet«, säger Ulla Holmlund, psykiater i utredningsteamet i Linköping.

FOTO: STAFFAN GUSTAVSSON

Vi har även möjlighet att knyta annan expertis till oss.

Att utredningsarbetet tar runt två år ser hon som nödvändigt. Just den långa tiden är avgörande för en korrekt bedömning av huruvida en person är genuint transsexuell eller inte.

– Ibland stöter jag på komplicerande

Gunnar Kratz visar odlingar i näringsvätska som med tiden ska bli till hud och urinrör huvudsakligen till transsexuella patienter, men även till exempelvis barn födda utan urinrör. »Även om vi än så länge inte kan göra en perfekt snopp, kan ingen se att en ny man en gång varit en kvinna. Vad gäller de nya kvinnorna kan vi göra ett bra kön, men den ursprungliga, manliga kroppsstommen påverkar utseendet«, säger han.

enterna till Linköping för att på plats lära sig tekniken och vården.

– De norska patienterna påverkar inte väntetiden för de svenska. Tvärtom! Nu kan vi hålla kvar resurser som vi annars skulle ha förlorat.

I Sverige opereras i dag ingen som är

under 18 år. Gunnar Kratz tror dock att dagens 18-årsgränns är något som läkare och patienter alltmer kommer att ifrågasätta och diskutera. Han tror att åldersgränsen i allt större utsträckning kommer att individanpassas. För den som är genuint transsexuell ändrar sig ingenting i och med tonåren.

Gunnar Kratz visste redan första dagen på kirurgkursen att det var kirurg han skulle bli. Som den »doer« han beskriver sig som vill han ha spännande utmaningar, lösa problem, arbeta handfast – och se resultat.

Via plastikkirurgin kom han tidigt – tack vare sin handledare Jan Eldh – i kontakt med transsexuella patienter.

– Det är en spännande grupp – fysiskt friska och pålästa. Vi inom vården kan hjälpa dem

till bättre liv. Och jag som kirurg slipper göra typoperationer och kan i stället ägna mej åt hela spektret av plastikkirurgiska metoder. Lambåtekniker, mikro-, urogenital-, bröstkirurgi och röst- och hudkorrektioner. Jobbet innebär stora variationer. •

för korrekt bedömning

tillstånd – patienten kan vara psykiskt sjuk eller ha andra identitetsproblem och inte alls vara transsexuell, säger hon.

Olika test görs, bland annat det så kallade WAIS-testet, som är ett neuropsykologiskt test. En kromosomanalys utförs vid klinisk misstanke om avvikelser som exempelvis Klinefelters syndrom.

Psykologen i teamet gör en personlighetsutredning och står även för stödkontakt, om sådan behövs. Stödkontakt kan även ordnas på andra platser i landet.

Läkarna gör en somatisk utredning för att kolla att patienten är fysiskt frisk. Man tar vanliga blod- och hormonprov och tittar via röntgen på hjärnan och hypofysen samt ställer frågor om eventuell epilepsi och hjärnskada. Kuratorn gör en

social utredning. Hur var uppväxten? Hur ser det sociala nätverket ut? Hur var skolgången?

– Många av de här patienterna lever på socialhjälp och har ofta levt ett urknackigt liv, eftersom de haft det jobbigt under tonåren och missat skolan, berättar Ulla Holmlund.

Sju av tio patienter som Ulla Holmlund möter bedöms som genuint transsexuella. Hon har stött på en enda patient som ångrat sitt könsbyte, och det var på 1960-talet.

Utredningsteam finns i dag i Stockholm, Malmö, Uppsala, Linköping och Umeå. Väntetiden ligger på tre månader.

Samtliga texter: **Gunnel Åhlander**
frilansjournalist

Färre akutsjukhus nödvändigt

Resurserna utnyttjas effektivare. Trots en negativ ekonomisk utveckling med stora personalminskningar har tillgången till vård ökat. Det säger Landstingsförbundet och Kommunförbundet i en gemensam rapport om hur sjukvården använder sina resurser. »Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård«.

Ett exempel är att vårdtiderna i den slutna vården har minskat från i genomsnitt 11 dagar 1970 till 7,9 dagar 1992 och 6,1 dagar 2002.

Den nu pågående strukturförändringen i landsting och regioner ser förbunden som en eftersläpande anpassning till de medicinska säkerhetskrav som Socialstyrelsen lade fast i mitten av 1990-talet. Enligt detta skulle ett sjukhus med ett befolkningsunderlag på mindre än 80 000–90 000 invånare ha svårt att klara den jourorganisation som behövs för ett akutsjukhus. Sedan slutet av 1960-talet har antalet kompletta akutsjukhus nästan halverats, från 115 till 60. Denna utveckling bör fortsätta, anser förbunden och påpekar att det nu finns 30 akutsjukhus i landet vars upptagningsområde understiger 80 000 invånare.

Tendenser som kommer att förstärkas under 2000-talet är, enligt förbunden, bl a en koncentration av högspecialiserad vård och vissa specialiteter till färre sjukhus, färre akutsjukhus, mindre slutenvård, mer primärvård och en utbyggd närsjukvård. (LT)

Upphandling inte avgjord i Västmanland

De tre överklagandena av upphandlingsbeslut rörande familjeläkarmottagningar i Västmanland är ännu inte avgjorda av länsrätten i Västmanland, se LT nr 12/2004. Beslut väntas före påsk.

Överklagandena rör 13 av de 16 privata mottagningarna. För 12 av dessa har länsrätten beslutat om inhibition, det vill säga att tills vidare får ingen upphandling verkställas eller ny upphandling inledas. Västmanlands läns landstings upphandling upprör västmanlänningarna och har även orsakat politisk splittring i landstinget.

Familjemedicinska institutets direktör Göran Sjönell ifrågasätter i ett öppet brev till socialminister Lars Engqvist Lagen om offentlig upphandling och dess konsekvenser för kontinuitet och långsiktighet i primärvården. Han tar Västmanland som ännu ett exempel på detta. Lagen motverkar mångfald och står i strid med Hälso- och sjukvårdslagens krav på att erbjuda fritt läkarval, hävdar han. (LT)