

den kunskapen i ryggen för-svara att frånta dessa patienter den vård de behöver med det lidande det skulle innebära.

Med patienternas bästa för ögonen vill vi förorda en generell princip av så få tvingande ingrepp som möjligt. När det gäller transsexuella patienter finns inga andra skäl för tvång än upprätthållande av de normer kring kön som är rådande i vårt samhälle. Kön är en komplex företeelse som uppvisar stor variation. Att tvångskastrera en redan utsatt grupp i samhället för att upprätthålla illusionen om två biologiska kön är inget ett civiliserat samhälle bör syssla med.

Sammanfattningsvis har KI här uttalat sig i en fråga utan medicinsk relevans, och stöder sin argumentation på en så kallad klinisk erfarenhet som saknar evidens. Det är dags att läkarkåren blir medveten om sin historia och tydligt tar avstånd från initiativ att återinföra tvångs-ingrepp av moralisk karaktär.

■ *Alex Grönqvist är patient vid mottagningen för könshytestutredningar. Han är medlem i RFSL och har uppburit arvode därifrån.*

REFERENSER

1. Fausto-Sterling A. Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic Books; 2000. p. 4, rad 32.
2. Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag; Betänkande av Könstillhörighetsutredningen. SOU 2007:16. <http://www.regeringen.se/sb/d/8448/a/79017>
3. Remissvar »Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag«. SOU 2007:16. Stockholm: Karolinska institutet; 2007. <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=410&d=306&l=sv>
4. Broberg G. Den svenska steriliseringspolitiken. Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se>
5. Det goda universitetet. Etiska riktlinjer från KIs etikråd i samarbete med Strategigrupperna för jämställdhet och mångfald. Stockholm: Karolinska institutet; 2007. <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=12797&l=sv>
6. Landén M. Transsexualism: Epidemiology, phenomenology, regret after surgery, aetiology, and public attitudes. Göteborg: Institute of Clinical Neuroscience, Göteborg University; 1999.

REPLIK:

Behandlingen bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet

■ Ledamöterna i Medicinska föreningens likabehandlingsnämnd vänder sig emot att Karolinska institutet ställer sig bakom utredningsförslaget om krav på avlägsnande av könskörtlar innan fastställelse av ändrad könstillhörighet kan ske. Man menar att KI »uttalat sig i en fråga utan medicinsk relevans« och att KI stödjer sig på »så kallad klinisk erfarenhet som saknar evidens«.

I argumentationen går man så långt att man menar att KI förespråkar tvångskastrering utifrån moraliska argument, och man jämför lagförslagets krav med de tvångssteriliseringskrav som utfördes från 1930- till 1950-talen!

Vi som dagligen arbetar kliniskt och vetenskapligt med de patienter som berörs av utredningen anser till skillnad från ledamöterna i Likabehandlingsnämnden att frågan har mycket stor medicinsk relevans, och att det finns grund för det kliniska omhändertagandet i vetenskap och beprövad klinisk erfarenhet [1-4].

Det finns också stor internationell samsyn i handläggningen av transsexuella [5, 6], även om det finns vissa länder där man genomför könskorrigering utan den mycket omfattande och noggranna utredning som krävs i

de flesta andra länder, inklusive Sverige. Vi har framfört kritik mot flera delar av det nya lagförslaget men har ställt oss bakom huvudprinciperna i handläggningen av ändrad könstillhörighet hos transsexuella.

Enligt nu gällande lagstiftning ansöks om ändring av könstillhörighet till Socialstyrelsen och behandlas i Socialstyrelsens rättsliga råd. Ansökan omfattar namnbyte, ingrepp i yttre könsorganen i könskorrigeringssyfte, borttagande av könskörtlar och fastställande av könstillhörighet i det nya könet.

Kirurgi som genomförs i Sverige utförs oftast i en seans på plastikkirurgisk klinik och omfattar samtidigt borttagande av könskörtlar och könskorrigering. Den sökande har då haft minst ett års behandling med konträrt könshormon, vilket i sig medför sterilitet.

I det nya lagförslaget krävs inte sterilitet för att kunna ansöka om fastställelse, då sterilitetsbegreppet inte juridiskt är uppfyllt om könsceles finns sparade, vilket nu ska tillåtas. Enligt det nya lagförslaget kommer Socialstyrelsen att först ge godkännande till definitiv kirurgi och därefter, när sådan är genomförd, meddela fastställelse av den nya könstillhörigheten.

Den definitiva kirurgin innebär således borttagande av könskörtlar och i praktiken i Sverige även den stora könskorrigering kirurgin vid samma tillfälle. Detta kan således uttryckas som att ett

kastreringskrav ställs innan fastställelse av könstillhörighet sker.

De personer som ansöker om ändring av könstillhörighet har genomgått en lång utredning hos det psykiatriska utredningsteamet då diagnosen transsexualism har fastställts. Personen har sedan levt under »real life«-förhållanden, vilket innebär att man le-

»Som representanter för KIs beredningsgrupp vill vi klargöra att KIs remissvar är grundat på medicinska överväganden, även om vi inte bortser från att det också finns etiska dilemman.«

ver och uppträder i det önskade motsatta könet. I början av denna period (före beslut från Rättsliga rådet) startar behandling med könshormon. Här borttagning och mastektomi är också tillåtet liksom röstbehandling som sker hos logoped.

Preoperativ bedömning sker hos specialiserad plastikkirurg. Sammantaget tar den-

na process flera år. Skulle det uppstå tvivel om att den aktuella personen är transsexuell under denna utredning och behandling, kommer ansökan till Rättsliga rådet inte att tillstyrkas av utredande psykiater.

Som representanter för KIs beredningsgrupp vill vi klargöra att KIs remissvar är grundat på medicinska överväganden, även om vi inte bortser från att det också finns etiska dilemman. Ledamöterna i MFs likabehandlingsnämnd hänvisar felaktigt till att KI i sitt remissvar skriver att en person som är folkbokförd som man inte bör kunna bli gravid och föda barn. Detta argument står i betänkandet och är inte KIs åsikt.

Det viktigaste argumentet



MARIE DEGERBLAD
med dr, överläkare,
endokrinolog



**ANGELICA LINDÉN
HIRSCHBERG**
professor, överläkare,
gynekolog



OLLE SÖDER
professor, överläkare,
barnendokrinolog
olle.soder@ki.se
Samtliga vid
Karolinska institutet

»Om kravet på avlägsnande av könskörtlar ej införs, finns risk för diagnosglidning och att individer som ej är transsexuella kan komma att få ändrad köns-tillhörighet.«

enligt KI är att ändrad köns-tillhörighet endast kan komma ifråga för individer med diagnosen transsexualism. Denna diagnos innebär att individen uppfattar att kroppen inte stämmer överens med den upplevda könsidentiteten, varvid de flesta ser ett könsbyte som den enda utvägen och söker sjukvården för utredning och behandling. Om kravet på avlägsnande av könskörtlar ej införs, finns risk för diagnosglidning och att individer som ej är transsexuella kan komma att få ändrad könsstillhörighet.

Som argument för sin ståndpunkt hänvisar ledamöterna i MFs likabehandlingsnämnd till att suicidrisken är hög inom patientgruppen innan behandling kommer till stånd, och att patienterna därför måste få den vård de behöver. De refererar till Landéns avhandling [1] om transsexualism, som bland annat visar att ytterst få transsexuella patienter ångrar sitt könsbyte.

Till skillnad från skribenterna från MF tycker vi att resultatet i avhandlingen utgör stark evidens för att grundprinciperna i den kliniska handläggningen av transsexuella är riktiga. Vi har svårt att förstå flera uttalanden i inlägget och efterlyser en redovisning av evidensbasen för påståendet att krav på avlägsnande av könskörtlar före

fastställelse av ändrad köns-tillhörighet syftar till »att upprätta illusionen om två biologiska kön«.

Vi vill slutligen framhålla att begreppet »intersexuell« inte längre är gångbart och därför bör ersättas med det internationellt erkända »rubbningar i könsutvecklingen« (eng »disorders of sex development«, DSD [7, 8]). Individer med DSD har en medfödd könsutvecklingsrubbning och ska inte förväxlas med transsexuella. Detta har blivit ottydligt i utredningsförslaget, vilket vi kritiserat.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Landén M. Transsexualism: Epidemiology, phenomenology, regret after surgery, aetiology, and public attitudes [dissertation]. Göteborg: Institute of Clinical Neuroscience, Göteborg University; 1999.
2. Landén M, Bodlund O, Ekselius L, Lambert G, Lundström B. Bytt är bytt – kommer aldrig igen. Könsbyte för närvarande bästa hjälp för transsexuella. Läkartidningen. 2001;98:3322-6.
3. Åhlander G. Två års utredning nödvändigt för korrekt bedömning. Läkartidningen. 2004;101:1262-3.
4. Åhlander G. Universitetssjukhuset i Linköping opererar transsexuella. När jagets identitet blir verklighet. Läkartidningen. 2004;101:1261-3.
5. Tugnet N, Goddard JC, Vickery RM, Khoosal D, Terry TR. Current management of male-to-female gender identity disorder in the UK. Postgrad Med J. 2007;83:638-42.
6. Tangpricha V, Ducharme SH, Barber TW, Chipkin SR. Endocrinologic treatment of gender identity disorders. Endocr Pract. 2003;9:12-21.
7. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA. LWPES Consensus Group; ESPE Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. Arch Dis Child. 2006;91: 554-63.
8. Hughes IA, Nihoul-Fékété C, Thomas B, Cohen-Kettenis PT. Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2007;21:351-65.

Utmanande
saklig

Läkartidningen