

Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar

Rättsliga villkor för fastställelse av
könstillhörighet samt vård och stöd

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86585-38-9

Artikelnr 2010-6-31

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2010

Förord

Undertecknad fick den i september 2009 i uppdrag av Socialstyrelsens generaldirektör, Lars-Erik Holm, att utreda samhällets vård- och stödinsatser för transsexuella och intersexuella personer. Syftet med utredningen är att Socialstyrelsen ska komma med konkreta förslag på hur insatser till transsexuella och intersexuella personer kan förbättras. Det gällde särskilt insatser inom hälso- och sjukvårdens område. Även andra frågor skulle belysas om de påverkar behovet av vård och stöd. Jag har inte ansett mig kunna utreda vården av intersexuella. Under utredningsarbetet har det blivit tydligt att transsexuella och intersexuella är två olika målgrupper med olika medicinska och sociala behov som inte bör sammanblandas. Vård- och stödinsatser för intersexuella personer bör därför utredas separat.

Utredningen har bjudit in professionen, intresse- och patientorganisationer samt enskilda personer utan anknytning till någon organisation, att komma med förslag och synpunkter på åtgärder som bör vidtas samt tillskapat två referensgrupper. Till den ena referensgruppen har professionella och experter verksamma inom vård och behandling av transsexuella och personer med könsidentitetsstörning inbjudits att delta. I den andra referensgruppen har representanter för patient- och intresseorganisationer deltagit vid referensgruppsmötena, såsom bl.a. Benjamin (patientförening för transsexuella), föreningen KIM (Kön, Identitet, Mångfald), RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter), RFSL Ungdom, Transföreningen FPES (Full Personality Expression i Sverige) och INIS (Intersexuella i Sverige). I gruppen har även personer som inte representerat någon patientgrupp/brukargrupp eller intresseorganisation deltagit. Intresset att medverka i utredningen både från personal verksam inom vården och transsexuella har varit stort. Utredningen har fått ett hundratal synpunkter via e-post och telefon från enskilda personer. Intresse- och patientorganisationerna och många av de som hört av sig har kontaktats. Jag vill framföra ett varmt tack för alla kloka synpunkter och förslag som alla intressenter bidragit med. Ett särskilt tack vill jag framföra till specialisten inom endokrinologi, docent, Stefan Arver och till specialisten i allmänpsykiatri, överläkaren, Cecilia Dhejne för deras utomordentligt värdefulla expertyttrande avseende medicinska risker vid konträr hormonbehandling. Yttrandet återfinns som en bilaga till denna rapport.

Som projektledare har juristen vid Socialstyrelsen Linda Almqvist tjänstgjort. Hon har varit en ovärderlig tillgång och stöd under hela arbetets bedrivande och förtjänar i högsta grad ett mycket stort tack. Också utredaren Per Svante Landelius har varit behjälplig under utredningens senaste månader och jag vill rikta ett stort tack också till honom. Därutöver har utredarsociologen Amanda Netscher gjort ett förtjänstfullt arbete särskilt med enkäterna. Min förhoppning är nu att Socialstyrelsen skickar ut rapporten på en bred remiss och sedan vidtar de åtgärder som ankommer på myndigheten att utföra samt tillskriver regeringen med begäran om förslag på författningsändringar och andra frågor som ankommer på regering eller riksdag att besluta.

Utredningsarbetet är härmed avslutat.

Stockholm den 30 juni 2010

Karin Lindell

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Ordlista</i>	7
<i>Sammanfattning</i>	10
Vård och behandling	10
Villkor för juridisk fastställelse av könstillhörighet	13
<i>Bakgrund</i>	15
<i>Uppdraget och utgångspunkter</i>	17
Uppdraget	17
Utredningens genomförande	17
Utgångspunkter	18
Mänskliga rättigheter	19
Problem i vården och i vardagen	19
<i>En liten och heterogen grupp</i>	21
<i>Transsexualism – en psykisk sjukdom</i>	23
<i>Villkor för juridisk fastställelse av könstillhörighet</i>	25
Villkoren för att få ändrad könstillhörighet varierar i Europa	25
Civilstånd	26
Svenskt medborgarskap	27
Steriliseringskravet	28
Hälsa- och sjukvård i förhållande till svensk lag och mänskliga rättigheter	29
Personer under 18 år	30
Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor	33
Myndighetsövergripande samarbete	34
<i>Landstingens resurser</i>	36
Bortfall	36
Frågor till landstingsdirektören avseende behandling och stöd till vuxna transsexuella och barn i landstingen	37
Behandling avseende vuxna	37
Stödsamtal avseende vuxna	37
Behandling avseende barn och ungdomar	37
Stödsamtal avseende barn och ungdomar	38
Budget	38
Specialistmottagningarna/Specialistkontakt	39
Resultat enkät vuxna	39
Väntetid	39
Stödsamtal under utredningen	39
Behandling	40

Real life experience	40
Tid till diagnos	41
Förekomsten av ett strukturerat tillvägagångssätt för könsbytesutredningar	41
Behandling efter eventuell diagnos	42
<i>Tre specialistmottagningar för utredning och behandling</i>	43
Lundströmmottagningen i Alingsås	43
Sexologiska mottagningen i Lund	43
Mottagningen för könsbytesutredningar i Stockholm	44
<i>Vård av god kvalitet i hela landet</i>	45
Nuvarande klinisk praxis för personer med könsidentitetsstörningar	45
Könsidentitetsstörning utan närmare specifikation	47
Tillgång till vård	47
Regionala utrednings- och behandlingsteam	48
Rikssjukvård	51
Könskorrigering kirurgi av könsorganen	51
Stämbandsoperationer	51
Utredning av transsexualism och könsidentitetsstörningar	52
Diagnoskodens inverkan på behandling	53
Diagnoskoden transsexualism ska inte vara avgörande om en patient ska få behandling	54
Hormonbehandling	55
Röstträning, hårborttagning och bröstborttagning	56
Kvalitetsregister	57
<i>Referenser</i>	58
Litteratur	58
Offentligt tryck	59
Dokument från Europarådet	59
Övriga internationella rättskällor	60
Övriga källor	60
Internetkällor	60
<i>Lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall</i>	61
<i>Förslag till lag om ändring i lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall</i>	63
<i>Förslag till lag om ändring i Steriliseringslagen (1975:580)</i>	65
<i>Förslag till ändring i förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen</i>	66
<i>Expertytrande avseende medicinska risker vid könskonträr hormonbehandling</i>	68

Ordlista

DSD	Disorders of Sex Development se Intersexuell
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) är en handbok för psykiatrin, som innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd. Den ges ut av American Psychiatric Association (APA)
Epilering	Metod att avlägsna hårväxt
FtM	Female-to-Male, se KtM, kvinna-till-man
Gonader	Könskörtlar
ICD-systemet	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) är Världshälsoorganisationens (WHO) klassificeringssystem för olika diagnoser
Intersexuell	när den kroppsliga könsutvecklingen/könsdifferentieringen inte är entydigt manlig eller kvinnlig. Kallas numera för DSD
Juridisk könstillhörighet	Det kön som personen har blivit folkbokförd i
KtM	Kvinna till man jfr med FtM: är beteckningar för en person med kvinnligt juridiskt och kroppsligt kön med manlig könsidentitet som har eller är på väg att korrigera till manligt kroppsligt och juridiskt kön
Könsdysfori	en otillfredsställelse och ett lidande till följd av inkongruens mellan den upplevda könsidentiteten och det biologiska könet
Könsidentitet	är en persons självidentifierade kön, den inre upplevelsen av att vara man eller kvinna
Könsidentitetsstörning	den upplevda könsidentiteten och kroppens kön stämmer inte överens. Är ofta förknippat med ett lidande

Könskonfirmerande behandling	Medicinsk behandling som syftar till att ändra kroppen i en riktning så att den överensstämmer med den upplevda könsidentiteten. Sker ofta med hjälp av hormoner och/eller kirurgi
Könskonträr apparition	Uppfattas och eller ser ut som en kvinna eller man
Könskonträra hormoner	Könshormoner som tillhör det motsatta biologiska könet
Könskorrigering	Den medicinska och juridiska process transsexuella går igenom för att ändra sin juridiska och medicinska tillhörighet
Mastektomi	Kirurgiskt avlägsnande av bröstvävnad
MtF	Male- to- Female, se MtK, man-till-kvinna
MtK	Man till kvinna, jfr med MtF är beteckningar på en person med ett manligt juridiskt och kroppsligt kön med kvinnlig könsidentitet som har eller är på väg att korrigera till kroppsligt och juridiskt kön.
Ospecificerad könsidentitetsstörning (UNS)	Könsidentitetsstörning utan närmare specifikation, är en diagnoskod ICD F64.9
Passera	används ofta för att beskriva att omgivningens uppfattning om en person stämmer överens med personens könsidentitet.
Real life experience	Personen ska konsekvent ha uppträtt i det önskade könet ute i samhället, på arbetsplatsen, i familjen etc.
Real life period	Se ovan.
Specificerad Könsidentitetsstörning	Könsidentitetsstörning, är en diagnoskod ICD, F64.8.
Stopp-hormoner	Hormoner som stänger av den överordnande stimuleringen av testiklar eller äggstockar (används för att stoppa en oönskad pubertetsutveckling).
Transsexualism	Ett tillstånd då en person upplever sig vara av ett annat kön än det juridiska kön man tilldelades

vid födseln och har en vilja att förändra kroppen helt eller delvis med exempelvis kirurgi eller hormonbehandling. Är en diagnoskod F64.0

Transsexuell

En person som upplever att könsidentiteten inte stämmer överens med yttre och inre könsorgan, sekundära könskaraktiska och som oftast möjligt önskar korrigera sin kropp så det stämmer med könsidentiteten

Sammanfattning

Transsexualism är en könsidentitetsstörning som brukar beskrivas som ett tillstånd med en stark och bestående identifikation med det motsatta könet och med en önskan att tillhöra det motsatta könet eller en övertygelse att faktiskt tillhöra det andra könet. Individerna brukar ha en övertygelse om att kroppen är fel och ett önskemål om att korrigera sin kropp så att den stämmer med den inre upplevelsen.

Antalet transsexuella är en liten och heterogen grupp. Under åren 1992–2009 har Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen tagit emot närmare 540 ansökningar om ändrad könstillhörighet och tillstånd om ingrepp i könsorganen. Antalet ansökningar har ökat under senare år. Under åren 1992–1997 fick rådet i genomsnitt årligen 17 ansökningar. Under åren 1998–2003 hade antalet ansökningar årligen ökat till i genomsnitt 23 och under åren 2004–2009 var antalet ansökningar i genomsnitt 37 per år. Den ökning vi sett i Sverige överensstämmer med de iakttagelser som gjorts i övriga europeiska länder.

Kunskaperna om diagnosen transsexualism inom hälso- och sjukvården är liten. Det gäller särskilt den öppna hälso- och sjukvården som är den som först kommer i kontakt med dem som söker vård. Resurserna för utredning, behandling och uppföljning är ojämnt fördelade över landet. Väntetiderna för att inleda behandling varierar. Utredning och behandling av patienterna sker på olika sätt i landet.

Vård och behandling

Utredning och diagnostisering av personer med könsidentitetsstörning görs av psykiatriker med stöd av psykolog och socionom och i ett senare skede av endokrinolog, logoped och plastikkirurg. Utredningen tar i normalfallet ett år och om personen får diagnosen transsexualism följer ytterligare ett år då patienten med stöd av hormonell behandling och eventuellt viss kirurgi, logopediska insatser samt för MtF avlägsnande av behåring. Personen ska även leva i livets alla skeden i den önskade könsrollen i en så kallad real life period. I de fall denna process verifierar önskan om könskorrigering ansöks om tillstånd till korrigering av könsorgan och juridisk fastställelse av ny könstillhörighet hos Socialstyrelsens rättsliga råd.

Väntetiden för att påbörja utredningen kan vara mycket lång, mer än ett år på vissa ställen. De ger stora psykiska påfrestningar för dem som väntar på att få påbörja en utredning.

Det saknas, enligt flera patientorganisationer och enskilda, samlad nationell information till patienter, anhöriga och vårdgivare om vilken vård som kan erbjudas och vilka villkor som gäller för att få genomgå en könskorrigering och få en ny juridisk fastställelse. På två kliniker i landet, Psykiatri Sydväst vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och Lundströmmottagningen i Alingsås som organisatoriskt tillhör Vuxenpsykiatriska klinik 2 vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås finns utredningsteam med egen

budget och med ett uppdrag från landstinget att bedriva utredningar av patienter med könsidentitetsstörningar. I Lund, Umeå, Uppsala och Linköping bedrivs utredningar inom ramen för landstingets psykiatriska verksamhet. På några andra kliniker har utredningar gjorts av enskilda psykiater, ofta med stöd av en någon eller några engagerade personer. I de fall mottagningarna inte har eget uppdrag blir verksamheten sårbar om någon eller några nyckelpersoner slutar. Mottagningarnas uppdrag är oklara och skiljer sig åt mellan landstingen.

Som en del i utredningen ska patienterna genomgå psykologutredning som bland annat inkluderar en undersökning av begåvningsprofil och personlighetstester samt en Real life period. Psykologutredningen görs generellt på alla patienter som utreds. Under Real life perioden utvärderas patientens drivkrafter och förmåga att leva i sin önskade könsroll. Under den tid Real life perioden pågår förväntas patienten leva i det önskade könet. Familjen, vänner, arbetskamrater och övriga personer i patientens omgivning ska informeras. Från patienthåll har både psykologundersökningen och Real life perioden ifrågasatts. Många i patient- och intressegrupperna förstår inte nyttan med begåvningsundersökningen och personlighetstesterna. Undersökningarna genomförs med olika tester på olika ställen i landet, även sättet att återkoppla resultatet varierar.

Könskorrigering ges normalt till personer som fått diagnosen transsexualism, och som har de medicinska och psykosociala förutsättningarna att genomgå behandlingarna. Dessutom måste personerna vara övertygade om att de vill genomgå en fullständig könskorrigering. Målsättningen med behandlingen är att korrigera kroppen på ett sådant sätt att personen kan passera ut i samhället i det kön man önskar vara. Att leva som kvinna men se ut som en man skapar många problem. För personer som har diagnosen ospecificerad könsidentitetsstörning avslutas oftast behandlingen och personerna får därmed inte någon vidare behandling på mottagningen. Att få diagnosen transsexualism är därmed avgörande för om patienten ska få behandling och vård för sin könsidentitetsstörning. Utredningsteamet har således rollen som ”grindvakt” att avgöra om patienten ska få vidare behandling.

Behandling med könskonträra hormoner ges till både män till kvinnor (MtF) och kvinnor till män (FtM). Behandlingen ges oftast av endokrinologer efter remiss från psykiatriker vid utredningsteamet och behandlingen pågår hela livet. Hormonbehandlingen förändrar kroppens utseende. MtF får bland annat mer underhudsfett, viss brösttillväxt, minskad kroppsbehåring. För FtM medför hormonbehandlingen vanligen ökad muskelmassa och kroppsbehåring, mörkare röst, skägg tillväxt, tillväxt av klitoris, ofta en ökad könsdrift och upphörande av menstruation. När i utredningen hormonbehandlingen påbörjas varierar mellan de olika behandlingsteamerna. Behandling med könskonträra hormoner ges normalt inte till patienter yngre än 18 år eller till patienter som inte har en övertygelse om att vilja genomgå en fullständig könskorrigering.

Förutom behandling med könskonträra hormoner, som ges till både MtF och FtM, kan MtF få behandling hos hudterapeut för att ta bort behåring i framförallt ansiktet och vid behov på kroppen. MtF erbjuds som regel hjälp att förändra rösten hos foniatriker och logoped. Vid behov kan även FtM få logopedbehandling. FtM kan erbjudas bröstborttagning eller bröstförminskning hos plastikkirurg. Behandling ges på remiss av utredande psykiatriker och behandling påbörjas som regel under Real Life.

Utredningen kan konstatera att transsexualism och övriga könsidentitetsstörningar är diagnoser som i ICD-10 hänförs till kapitel V som bl.a. innefattar psykiska sjukdomar. ICD är en internationell klassifikation och en global statistisk konvention. För närvarande pågår ett större arbete med en uppdatering av ICD-10 till ICD-11. Ett beslut avseende en reviderad ICD-11 beräknas ske år 2014-2015 av WHO. Mot denna bakgrund föreslår utredningen att Socialstyrelsen bör omgående engagera sig i WHO:s pågående revideringsarbete. Socialstyrelsen ska följa forskningen och den internationella utvecklingen samt när det gäller statistisk klassificering bevaka pågående internationella revisionsarbeten för ICD och DSM.

Utredningen föreslår vidare:

- Socialstyrelsen bör utarbeta informationsmaterial om vart man kan vända sig om man behöver hjälp, hur utredningen går till, vilken vård man kan få och vilka villkor som gäller för att få ny juridisk fastställelse.
- Socialstyrelsen bör ta initiativ till samråd med Sveriges kommuner och landsting (SKL) i syfte att undersöka förutsättningarna att få till stånd tre till fem regionala utrednings- och behandlingsteam för vuxna med könsidentitetsstörningar.
- Socialstyrelsen bör ta initiativ till samråd med SKL i syfte att undersöka förutsättningarna att få till stånd ett till två regionala utrednings- och behandlingsteam för och ungdomar.
- Till varje regionalt utredningsteam bestående av psykiater, psykolog och socionom bör knytas endokrinologer, logoped, foniatriker, hudläkare, gynekologer med ett specifikt uppdrag att ge behandling till personer med transsexualism och andra könsidentitetsstörningar.
- Varje landsting bör utse en allmänpsykiatriker och barnpsykiatriker som har insikt om och kunskap om denna patientgrupp. Dessa psykiatriker bör ha regelbunden kontakt och samråd med utrednings- och behandlingsteamet. Till dessa psykiatriker bör personer med könsidentitetsstörningar i första hand kunna vända sig till.
- Förutsättningarna för att könskorrigering operationer av könsorganen och stämbandsoperationer ska definieras som riks sjukvård bör utredas.
- Socialstyrelsen bör ta fram kunskapsöversikter för utredning och behandling av transsexualism och andra könsidentitetsstörningar. Det gäller särskilt innehållet i psykologundersökningarna och sättet som Real life perioden ska genomföras på.

- Socialstyrelsen bör i samarbete med professionen ta fram ett nationellt vårdprogram/rekommendationer för vården av personer som lider av transsexualism och andra könsidentitetsstörningar.
- Diagnoskoden transsexualism ska inte vara avgörande för om en person ska få behandling. Behandling ska kunna ges även till personer som har ospecificerad könsidentitetsstörning och inte vill genomgå en fullständig könskorrigering. Vid bedömningen ska överväganden göras utifrån patientens medicinska och psykosociala förutsättningar att genomgå behandlingen och hur behandlingen påverkar patientens livskvalitet.
- Socialstyrelsen bör i samråd med professionen sammanställa aktuell kunskap som kan ge vägledning på vilka indikationer och under vilka förutsättningar som hormonbehandling ska ges. De medicinska och psykosociala riskerna med att ge behandling och inte ge behandling ska särskilt uppmärksammas.
- Det finns ett stort behov av att ett kvalitetsregister byggs upp inom området utredning och vård av transsexuella och för personer med könsidentitetsstörningar. Det finns vidare ett stort behov av ett kunskapscentrum för att säkra forskning och kvalitetsutveckling samt säkerställa kunskapsspridning om könsidentitetsstörningar.
- Statistik från Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen utgör ett viktigt underlag för forskning och kvalitetssäkring.

Villkor för juridisk fastställelse av könstillhörighet

Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall trädde i kraft den 1 juli 1972. Sverige var det första landet i världen som lagstiftade kring frågor rörande fastställande av könstillhörighet. För att få en juridisk fastställelse uppställs enligt dagens lag fyra krav: den sökande ska vara 18 år, svensk medborgare, ogift och steril. Nu nästan 40 år efter lagens tillkomst finns det anledning att se över kraven med anledning av samhällets utveckling men framför bör kraven ses över ur ett rättighetsperspektiv för individen.

Utredningen föreslår att:

- Kravet på att vara ogift ska tas bort. En persons kön har inte längre betydelse för möjligheten att ingå äktenskap. Det synes också vara olämpligt att införa ett i förväg uttryckligt samtyckeskrav från partnern.
- Utländska medborgare ska kunna beviljas en ändrad könstillhörighet. Bosättningsbegreppet ska vara det styrande i den mening som framläggs i utredningen Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag (SOU 2007:16).
- Kravet på att den som ansöker om ändrad könstillhörighet ska vara steriliserad eller på annat sätt sakna fortplantningsförmåga ska tas bort. Det ska vara tillåtet att frysa ner könsceller på samma villkor som ges andra patientgrupper.

- Det bör utredas huruvida personer under 18 år ska kunna få sin juridiska könstillhörighet ändrad. Förutsättningarna för insättande av så kallade stopphormoner samt könskonträra hormoner bör övervägas skyndsamt för att minska risken för psykisk ohälsa.
- Rättsliga rådet ska ge tillstånd till ingrepp i könsorganen såsom exempelvis sterilisering i de fall tillstånd krävs, borttagande av könskörtlar samt till operationer i könsorganen i syfte att göra dem mer lika det motsatta könets. Beslut om fastställelse av ändrad könstillhörighet bör inte fattas av Rättsliga rådet.
- Beslut om fastställelse av ändrad könstillhörighet bör flyttas till avdelningen för regler och tillstånd vid Socialstyrelsen. På så sätt sker det en uppdelning mellan medicinska beslut och administrativa beslut.
- Utredningen anser att det finns ett stort behov av samverkan mellan många olika myndigheter för att skapa ändamålsenliga rutiner. Detta för att exempelvis underlätta registreringen av nytt personnummer och att klargöra de regler som gäller för att få sin identitet ändrad i till exempel examensbevis och slutbetyg.

Bakgrund

Att vara fångad i fel kropp, det vill säga att uppleva att könsidentiteten inte stämmer med det kroppsliga könet kallas transsexualism eller könsidentitetsstörning och har varit föremål för psykiatrisk, medicinsk och kirurgisk behandling i strukturerad form i Sverige sedan tillkomst av lagen (1972:119) om fastställelse av könstillhörighet i vissa fall. Sedan lagens tillkomst har många markanta förändringar skett både vad avser tekniska metoder för fortplantning, metoder för hormonell behandling, plastikkirurgisk teknik och inte minst synen på kön och liksom ifrågasättande av den traditionella synen på könsuppdelning. I utredning och handläggande av frågeställningar rörande könsidentitet i ett kliniskt avseende har nya kliniska entiteter tydligare framträtt. Till dessa hör personer som har en könsidentitetsproblematik som med klassiska kriterier faller inom ramen för diagnosen transsexualism och personer som har annan form av könsidentitetsproblematik och som önskar partiell korrigering av det kroppsliga könet. Detta kan innebära önskan om hormonell behandling utan borttagande av könskörtlar eller korrigering av yttre könsorgan och hos kvinnor till män endast borttagande av bröstet och i vissa fall ingen korrigering kirurgi över huvudet. Medicinskt och psykiatriskt innebär handläggning av dessa patientgrupper delvis nya frågeställningar och riskbedömningar liksom behov av utvärdering av olika behandlingsstrategier.

En vanlig uppfattning är att önskan om kastration och korrigering kirurgi är ett kriterium för diagnosen transsexualism enligt ICD-10 och könsidentitetsstörning enligt DSM-IV. Något obligat krav på detta finns dock inte i någon av diagnosmanualerna (Cohen- Kettenis 2010).¹ I den svenska lagen som reglerar juridiskt könsbyte finns inte heller krav på vare sig diagnos transsexualism eller önskan om kirurgisk korrektion för att kunna få juridisk fastställelse av nytt kön. Nuvarande lag kräver dock att personen genomgått sterilisering vilket innebär tilltappning av äggledarna hos kvinnor och sädesledarna hos män (inget av dessa ingrepp förhindrar idag assisterad befruktning).

Den internationellt vedertagna behandlingen av transsexualism inkluderar korrigering av det biologiska könet med hormonell och korrigering kirurgisk behandling inkluderande könsorgan, bröst och även extragenitala strukturer som struphuvud och ibland ansiktsskelett samt kastration. Hormonell och kirurgisk behandling eftersträvar att ändra utseendet så att det bättre liknar det önskade könet. Det förefaller finnas en växande grupp transsexuella personer och andra med könsidentitetsproblematik som endast vill genomföra vissa delar av behandlingen. Vissa önskar endast hormonell behandling men inte genomgå kastration eller hos kvinnor till män avlägsna livmodern. Systematisk kunskap om dessa personer saknas men två grupper kan urskiljas, dels de som uppfyller de diagnostiska kriterierna för transsex-

¹ Diagnostiska kriterier och svenska anvisningar.

ualism dels personer med andra former av könsidentitets störning, som klassificeras enligt ICD-10 som Könsidentitetsstörning ospecificerad (F64.9).

Ett antal uppföljningsstudier har påvisat förbättring av könsdysfori, psykologisk funktion, psykiatrisk och sexuell hälsa, livskvalitet och arbetsförmåga och grad av ånger efter hormonell och kirurgisk könskorrigering med mycket få ångerfall (Murad et al 2009, Hembree et al 2009, Johansson, Sundbom, Höjerback och Bodlund 2009, Smith et al 2005, De Cuypere et al 2005, Cohen-Kettenis & Gooren 1999, Eldh et al 1997). I en nyligen genomförd studie på 42 av totalt 60 personer som accepterats för könkorrigering i Lund och Umeå sågs en global förbättring hos flertalet och ingen som ångrade sig efter minst 5 år uppföljning (Johansson, Sundbom, Höjerback och Bodlund 2009). De uppföljningsstudier som omfattar såväl somatiska och psykiatriska utfall gäller huvudsakligen personer som genomgått komplett könskorrigering inkluderande hormonell och kirurgisk intervention. Hur många personer med transsexualism som endast genomgått partiell behandling vid olika centra för könsbyte i är inte känt. I en artikel från Holland (Hage & Karim 1999) framkom att transsexuella som fått hormonell behandling mellan 1975-1995 hade i gruppen kvinnor till män endast 48 procent utfört mastektomi och 13 procent hade inte utfört några operationer alls. I gruppen män till kvinnor hade 24 procent ej genomgått några operationer och 2 procent hade enbart genomgått bröstförstoring. I studien från Lund/Umeå hade 10 av de 42 undersökta personerna ännu inte opererats och fem hade bestämt sig för att inte genomgå kirurgisk behandling men fortsatt med hormon behandling. Det långsiktiga utfallet bland dem som endast genomgått partiell behandling är inte närmare undersökt och det finns i det närmaste inga publicerade forskningspublikationer som tar upp detta.²

² Expertyttrande, se bilaga 5.

Uppdraget och utgångspunkter

Uppdraget

Socialstyrelsens generaldirektör beslutade i september 2009 att samhällets vård- och stödinsatser för transsexuella och intersexuella personer skulle utredas. Syftet med utredningen är att komma med konkreta förslag på hur insatser till transsexuella och intersexuella personer kan förbättras. Det gäller särskilt insatser inom hälso- och sjukvårdens område. Även andra frågor ska belysas om de påverkar behovet av vård och stöd.

Till särskild utredare utsågs f.d. Riksrevisorn Karin Lindell.

Resultatet av utredningen ska redovisas för Socialstyrelsens ledningsgrupp i en rapport med förslag till åtgärder senast den 15 juni 2010.

Utredningen har inte kunnat utreda värden av intersexuella³. Under utredningsarbetet har det blivit tydligt att transsexuella och intersexuella är två olika målgrupper med olika medicinska och sociala behov som inte bör sammanblandas. Vård- och stödinsatser för intersexuella personer bör därför utredas separat.

Utredningens genomförande

Projektet har bjudit in professionen, intresse- och patientorganisationer samt enskilda personer utan anknytning till någon organisation, att komma med förslag och synpunkter på åtgärder som bör vidtagas.

Projektet har knutit till sig två referensgrupper. Till den ena referensgruppen har professionella och experter verksamma inom vård och behandling av transsexuella och personer med könsidentitetsstörning inbjudits att delta. Till den andra referensgruppen har representanter för patient- och intresseorganisationer. De organisationer som har deltagit vid referensgruppsmötena är Benjamin (patientförening för transsexuella), föreningen KIM (Kön, Identitet, Mångfald), RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter), RFSL Ungdom, Transföreningen FPES (Full Personality Expression i Sverige) och INIS (Intersexuella i Sverige). I gruppen har även personer som inte representerat någon patientgrupp/brukargrupp eller intresseorganisation deltagit.

Intresset att medverka i utredningen både från personal verksam inom vården och transsexuella har varit stort. Utredningen har fått ett hundratal synpunkter via e-post och telefon från enskilda personer. Intresse- och patientorganisationerna och många av de som hört av sig har kontaktats.

Utredningen har besökt bland annat könsbytesmottagningen i Huddinge, Lundströmmottagningen i Alingsås och Sexologiska kliniken i Lund. Telefonkonferens har genomförts med psykiatriska kliniken vid Umeå universitetssjukhus och med vuxenpsykiatri i Luleå.

³ Numera används begreppet disorder of sex development (DSD).

Utredningen har också för att inhämta ytterligare information besökt juris doktor Christine Loudes vid Amnesty International i Bryssel, Belgien, Policy director Silvan Agius vid ILGA-Europe i Bryssel, Belgien, Ph.D. Professor Peggy T. Cohen-Kettenis och MD Michael van Trotsenburg vid VU University medical center, Department of Medical Psychology, Amsterdam, Holland och MD, PhD Griet De Cuypere vid University Hospital Gent, Centrum voor Seksuologie en Genderproblematiek, Gent, Belgien.

Syftet med studieresorna har varit att inhämta information och utbyta erfarenheter utifrån hur hälso- och sjukvården och situationen ser ut i Europa för transsexuella och andra personer med könsidentitetsstörningar. Nedan redogörs för en sammanfattning av det som diskuterades med och framfördes av intresseorganisationerna och från professionen.

Samtalet med representanten från Amnesty International handlade främst om mänskliga rättigheter, diskriminering, tillgång till offentligt sjukvård, fördomar, frågan huruvida transsexualism och övriga könsidentitetsstörningar ska vara en psykiatrisk diagnos, att kunna få juridisk fastställelse utan krav på kirurgiska ingrepp och hur vård och behandling ska kunna säkerställas till personer som har en könsidentitetsstörning som inte klassificeras som transsexualism. Av detta lyftes framför allt frågan om att påtvingade steriliseringar, som inte önskas av individerna själva, genast måste upphöra.

Diskussionen med ILGA-Europe rörde samma frågor som Amnesty International tog upp. Framför allt berördes frågan om att de länder som har steriliseringskrav genast ska upphöra med detta. En fråga som direkt anknöt till detta var möjligheten att spara könsceller. Likaså togs frågan upp om vikten av tillgång till vård och behandling för såväl transsexuella som personer med könsidentitetsstörningar. Diagnosfrågan lyftes också fram som viktig – att det inte är godtagbart att det är en psykiatrisk diagnos.

Samtalen med professionen vid VU University medical center i Amsterdam, Holland och Centrum voor Seksuologie en Genderproblematiek, Gent, Belgien riktade främst in sig på den medicinska processen, remisskrav, väntetider, till vilka grupper man erbjöd behandling. Utredningsteamens sammansättning belystes och diskuterades.

Utgångspunkter

Bakgrunden till att vården behöver ses över kan ses ur ett flertal dimensioner och perspektiv. Transsexuella personer och personer med könsidentitetsstörningar är en särskilt utsatt grupp. Man vet idag att bl.a. transexuella ungdomar och ungdomar med könsidentitetsstörningar lider av psykisk, fysisk och social ohälsa i högre grad jämfört med befolkningen i helhet.⁴ Transexuella personer utgör i vissa fall en såväl marginaliserad som stigmatiserad grupp. Gruppen kan på så vis utgöra en god markör för i vilken mån hälso- och sjukvården ges på lika villkor över hela landet. Utredningen har tagit sin utgångspunkt i att varje människas har rätt till hälsa och själv be-

⁴ Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa, Statens folkhälsoinstituts rapport 2008:25; År du kille eller tjej? 2008, RFSL Ungdom.

stämman över sin kropp och i de problem som transsexuella och andra personer med könsidentitetsstörningar möter i vården och i vardagen.

Mänskliga rättigheter

Transsexuellas och intersexuellas mänskliga rättigheter har inte tillräckligt beaktats av Europarådets medlemsländer enligt Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter Thomas Hammarbergs rapport 2009, ”Human Rights and Gender Identity”. De utsätts för diskriminering, intolerans, hot och trakasserier. Grundläggande mänskliga rättigheter till psykosocial integritet och rätt till hälsa är enligt rapporten hotade. Det gäller även rätten att själv avgöra vilket kön man identifierar sig med och vill leva som. Ingen ska tvingas att genomgå medicinsk behandling, inklusive könskorrigering även kallat SRS (Sex Reassignment Surgery), sterilisering, hormonbehandling som ett villkor att juridiskt byta kön. Äktenskap och partnerskap får inte heller vara ett hinder och ingen ska heller tvingas att dölja och förneka sin könsidentitet.

I rekommendationerna till medlemsstaterna i EU ska bland annat, enligt rapporten⁵, varje medlemsland:

- Ha tydliga regler för hur man byter namn och kön på identitetshandlingar, pass och andra liknande dokument.
- Ta bort krav på sterilisering och andra medicinska behandlingar för att juridiskt byta kön.
- Ge hormonbehandling, psykologisk, social, kirurgisk och medicinsk behandling inom ramen för sjukförsäkringen.
- Ta bort regler som kräver att en gift person ska skilja sig för att få byta kön.
- Förhindra diskriminering på arbetsmarknaden, inom utbildningen och inom hälso- och sjukvården.
- Involvera transsexuella och personer med könsidentitetsstörningar och deras organisationer i frågor som rör dem.
- Erbjud utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna möta transsexuella och personer med könsidentitetsstörningar med respekt och värdighet utifrån deras behov och rättigheter.

Problem i vården och i vardagen

I våra kontakter med patientgruppen har vi fått berättelser om problem och svårigheter i det sociala livet i vardagen och i mötet med hälso- och sjukvården. Många berättar om svårigheter att bli accepterade av sin omgivning och svårigheter att få ett arbete och att få sin ekonomi att gå ihop. Inom hälso- och sjukvården blir många ifrågasatta och möts med okunskap och i viss mån okänslighet hos hälso- och sjukvårdens personal. Det är också svårt att få information om var man kan söka hjälp och vilken hjälp man kan få.

⁵ Europarådets kommissarie för mänskliga rättigheter, issue paper: Human Rights and Gender Identity.

”Det började före fem års ålder, då jag talade om för min mamma att jag var tjej och ville byta namn till Sara. Sen den dagen har jag levt under stor press.

När jag var 13 år var mamma och jag till en läkare i en liten bruksort, läkaren skrattade åt oss. När jag var 18 år hade mitt liv blivit outhärdligt. Jag sökte hjälp men ingen lyssnade.

Nu har jag äntligen fått hjälp, börjat med hormoner. Jag känner mig lugnare, mer harmonisk och förstår att jag har ett värde.

Jag har varit arbetslös i 13 år. Ingen vill anställa mig, jag har sökt massor med jobb....men nej, jag är fel. Trots akademisk utbildning så får jag svar som – det blir problem med våra kunder - eller så får jag inget svar alls.

Jag har, som tur är, anhöriga som stöttar mig fullt ut. Aldrig någonsin har dom tvekat att följa med mig till stan. Men jag förstår att det även för dom är jobbigt. Mina barn, som går i skolan, utsätts för anspelningar, som gör ont i dom och i mig. Därför vill jag inte belasta dom med mitt liv och lidande för mycket. Det finns platser jag inte vågar besöka. Jag har fått höra – Sådana som du borde avrättas.”

E-post till utredningen

En liten och heterogen grupp

Personer med könsidentitetsproblem är en liten och heterogen grupp, och orsaken till tillståndet är okänt.⁶ Inom gruppen finns personer i olika åldrar som ännu inte genomgått operation och behandling och personer som genomgått operation och behandling. Det finns också personer som väljer att inte genomgå operation, personer som av medicinska skäl inte kan eller inte har fått tillgång till behandling och operation. Personerna kan identifiera sig som kvinna-till-man (FtM) eller man-till-kvinna (MtF) och ha olika sexuell läggning.⁷

Problematiken kan ses som ett kontinuum från de med genuin transsexualitet det vill säga de som upplever sig sedan tidig ålder födda i fel kropp, till personer med varierande behov att uttrycka en könsidentitet som avviker från det biologiska könet. Personer med upplevd könsidentitetsstörning (ospecificerad eller specificerad) önskar oftast men inte alltid korrigering av det biologiska könets karakteristika med kirurgiska ingrepp för att ändra utseendet på yttre könskaraktäristika (könsorgan, bröst och även extra genitala strukturer som struphuvud och ansiktsskelett) och med hormonell behandling för att ändra kroppssammansättning (fett och muskelmassa) och behåring. Denna anpassningsprocess eftersträvar att ge individen utseende egenskaper som passar med könsidentiteten och för att gentemot omgivningen uppfattas som det önskade könet. I denna process ingår också önskemål att korrigera det juridiska könet, och få juridisk fastställelse med nytt personnummer. I andra ändan av könsidentitetskontinuumet finns personer som episodiskt vill framträda med könskonträr apparition (transvestit) och i ytterligare en dimension finns personer som inte vill ha någon tydlig könsidentitet. Personer som har en mildare grad av könsdysfori och inte uppfyller diagnosen transsexualism brukar få diagnosen könsidentitetsstörning utan närmare specifikation om det föreligger ett kliniskt signifikant lidande. Deras önskemål om hormonell, kirurgisk eller annan behandling för att lindra sin könsdysfori brukar variera. Inom gruppen av personer med könsdysfori, finns det både de som är attraherade av kvinnor och män. Sexuell läggning har inte med diagnosen att göra.

För den genuint transsexuella gruppen med en tydlig önskan om könskorrigering finns idag en avsevärd erfarenhet och handläggningsprogram (se nedan) i huvudsak baserat på klinisk erfarenhet och i mindre omfattning baserat på högre grad av vetenskaplig evidens.

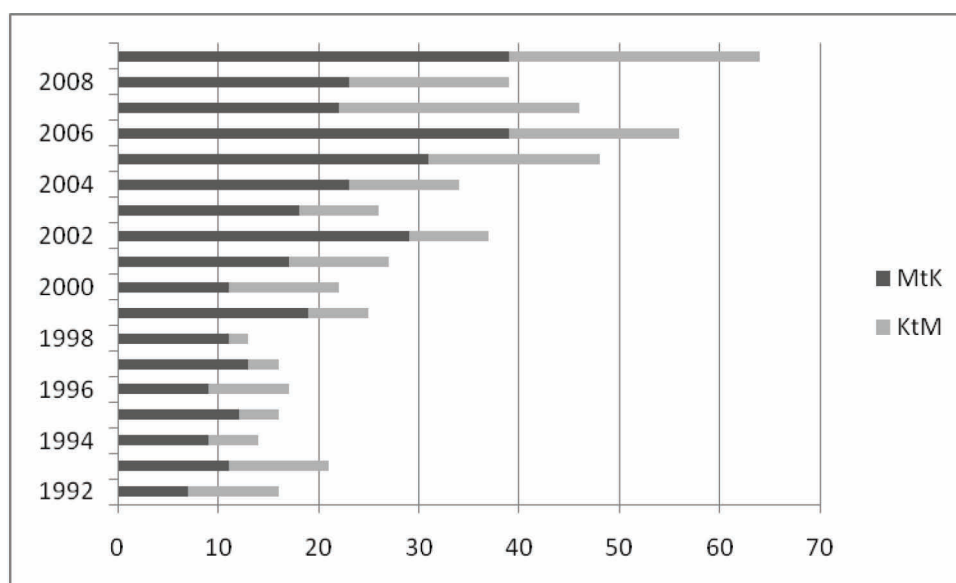
Orsakerna till transsexualism eller könsidentitetsstörning utan närmare specifikation är inte kända men aktuell forskning talar för att biologisk förklaringsmodell.

⁶Landén, M, Transsexualism- Epidemiology, phenomenology, regret after surgery, aetiology, and public attitudes.

⁷ Europarådets kommissarie för mänskliga rättigheter, issue paper: Human Rights and Gender Identity.

De uppskattningar som har gjorts internationellt visar att det är en liten del av befolkningen som är transsexuella och att prevalensen varierar kraftigt mellan olika undersökningar, mellan 1:30 000 och 1:10 000 för man till kvinna och mellan 1:100 000 och 1:30 000 för kvinna till man. Senare studier visar att antalet transsexuella ökar.

Under åren 1992-2009 har Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen tagit emot cirka 540 ansökningar om ändrad könstillhörighet och tillstånd om ingrepp i könsorganen. I stort sett alla ansökningar har beviljats. Tolv ansökningar avslagits. Cirka 65 procent av ansökningarna avser förändring av könstillhörigheten från man till kvinna och cirka 35 procent från kvinna till man. Totalt 13 ansökningar om resning⁸ av beslutet har gjorts varav 5 stycken efter 1992.



Antal ansökningar om tillstånd till ingrepp i könsorganen och juridisk fastställelse 1992-2008.

Antalet ansökningar har ökat under senare år. Under åren 1992–1997 fick rådet i genomsnitt årligen 17 ansökningar. Under åren 1998–2003 hade antalet ansökningar årligen ökat till i genomsnitt 23 och under åren 2004–2009 var antalet ansökningar i genomsnitt 37 per år. Vad ökningen beror på är inte känt. En möjlig förklaring är att öppenheten i samhället har ökat och att det numera finns tillgång till vård. Den ökning vi sett i Sverige överensstämmer med de iakttagelser som gjorts i övriga europeiska länder.⁹ På de mottagningar som utreder och behandlar transsexualism i Sverige skrevs cirka 175 patienter in under 2009. Då utrednings- och behandlingstiden vid klinikerna tar minst två år innan ansökan är klar att skickas iväg till Rättsliga rådet kan man förvänta sig fler ansökningar kommande år även om inte alla nya patienter leder till ansökan om ändrad könstillhörighet.

⁸ En av få möjligheter som finns att angripa en lagakraftvunnet beslut är att med stöd av nya omständigheter eller bevis ansöka om och beviljas resning. Ett beslut om resning innebär att det gamla beslutet upphävs och att det normalt blir ett nytt beslut.

⁹ Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care.

Transsexualism – en psykisk sjukdom

- Socialstyrelsen bör omgående engagera sig i WHO:s pågående revideringsarbete. Socialstyrelsen ska följa forskningen och den internationella utvecklingen samt när det gäller statistisk klassificering bevaka pågående internationella revisionsarbeten för ICD och DSM.

Transsexualism klassas som en psykisk sjukdom enligt WHO:s sjukdomsklassifikationssystem ICD-10. Frågan om transsexualism som psykiatrisk diagnos och huruvida det huvudsakligen är ett psykiatriskt, endokrinologiskt eller neurologiskt tillstånd är en fråga som ska ställas till kliniker och forskare inom området. När det finns konsensus inom vetenskapssamhället kan man ändra i ICD-10. ICD är en internationell klassifikation och en global statistisk konvention. För närvarande pågår ett arbete med en uppdatering av ICD 10 till ICD-11. Ett beslut avseende en reviderad ICD-11 beräknas fattas av WHO år 2014-2015. I september 2010 väntas en preliminär första version av ICD-11 för testning.

Vissa landsting har uppgivit att de endast har avtal att arbeta med patienter som erhållit diagnoskoden F64.0 (transsexualism) och inte har som uppdrag att arbeta med personer som erhåller andra diagnoskoder. Det finns en utbredd missuppfattning att det krävs en diagnoskod, såsom exempelvis transsexualism F64.0, för att ge vård. Detta är direkt felaktigt och kan leda till en patientsäkerhetsrisk i form av utebliven vård och behandling, med ett lidande som följd. Det krävs dock att den behandlande läkaren kan dokumentera och uttala sig om tillståndet (dvs. diagnosen som sådan) som kan berättiga till vård och behandlingsinsatser.

Det finns idag inga objektiva kriterier för att kunna diagnostisera transsexualism/könsidentitetsstörningar. Diagnosen bygger på de uppgifter som patienten lämnar och på utredarens bedömning under utredningen.

Att transsexualism och andra könsidentitetsstörningar klassas som en psykisk sjukdom har kraftigt ifrågasatts av patientorganisationerna och intresseorganisationerna.

Våren 1997 fattade riksdagen beslut om proposition 1996/97:60 ”Prioriteringar inom hälso- och sjukvården” som är en etisk plattform som ska utgöra riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Plattformen utgörs av tre inbördes rangordnade principer:

- Människovärdesprincipen – alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

- Behovs- och solidaritetsprincipen – resurserna bör fördelas efter behov; mer till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Vården har också ett ansvar att utreda och undersöka var de otillfredsställda behoven finns.
- Kostnadseffektivitetsprincipen – vid val mellan olika metoder för behandling av samma sjukdom bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Vårdbehovet för denna patientgrupp måste avgöras på andra grunder än av en kategori i en klassifikation som de facto främst är avsedd för statistiskt bruk. Det är inte rimligt att kräva en specifik diagnoskod såsom exempelvis transsexualism för att få fortsatt vård eller tillgång till vård vid könsidentitetsstörningar. Det måste dock finnas dokumentation som stödjer uttalanden om tillståndet (dvs. diagnosen).

Villkor för juridisk fastställelse av könstillhörighet

Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall trädde i kraft den 1 juli 1972. Sverige var det första landet i världen som lagstiftade kring frågor rörande fastställande av könstillhörighet. Bakgrunden till lagen var att det under mitten av 60-talet väcktes frågor rörande ändring av könstillhörighet genom att personer ville få sitt förnamn utbytt mot ett förnamn som traditionellt förknippades med namn tillhörande det motsatta könet. Det framgick också att vissa av dessa individer ibland hade genomgått medicinsk eller kirurgisk behandling för att få tillhöra det motsatta könet. Som en direkt följd av detta uppkom frågor rörande rättsverkningar för dessa personer. För att få en juridisk fastställelse uppställs enligt dagens lag fyra krav; den sökande ska vara 18 år, svensk medborgare, ogift och steril. Nu, nästan 40 år efter lagens tillkomst, finns det anledning att se över kraven med anledning av samhällets utveckling men framförallt bör kraven ses över ur ett rättighetsperspektiv för individen. Utredningen föreslår förändringar i lagen om fastställelse av könstillhörighet i vissa fall, se bilaga 2.

Villkoren för att få ändrad könstillhörighet varierar i Europa

Villkoren för att för att få ny könstillhörighet varierar i de europeiska länderna. Det visar en studie som genomförts av TransGender Europa och publicerades 2008.¹⁰ Studien visar att de flesta länderna i Europa kräver att den person som vill ändra sin könstillhörighet ska ha genomgått en medicinsk undersökning och ha diagnosen transsexualism. Dessutom ska personen vara steriliserad och ha genomgått hormonbehandling. I något land krävs dessutom att personen ska ha genomfört en könskorrigering operation. I några få länder, däribland Storbritannien, krävs ingen medicinsk behandling för att ändra sin könstillhörighet. Däremot ska personen ha genomgått en medicinsk utredning och ha diagnosen transsexuell samt ha levt i det önskade könet under en period.¹¹

I de allra flesta länderna i Europa är en förutsättning för att få ändrad könstillhörighet att personen inte är gift. Däremot är det möjligt i många länder att efter ändrad könstillhörighet ingå äktenskap. Av de nordiska länderna har Danmark, Norge och Island ingen särskild lagstiftning för att få en ändrad könstillhörighet.

World Professional Organisation for Transgender Health har den 16 juni 2010 uttalat i huvudsak följande: Ingen person ska behöva underkasta sig

¹⁰ Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care.

¹¹ http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2004/ukpga_20040007_en_1.

kirurgiska ingrepp eller acceptera sterilisering som en förutsättning för att få sin könstillhörighet erkänd. För det fall en könsmarkör krävs på identitetshandlingar, kan markören utgöras av den könstillhörighet som personen lever i, oavsett reproduktiv förmåga. WPATH uppmanar regeringar och myndigheter att upphöra med krav på kirurgiska ingrepp som villkor för att få en ny könstillhörighet fastställd.

Civilstånd

- Kravet på att vara ogift ska tas bort. En persons kön har inte längre betydelse för möjligheten att ingå äktenskap. Det synes också vara olämpligt att införa ett i förväg uttryckligt samtyckeskrav från partnern.

Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet trädde i kraft den 1 juli 1972. Vid denna tidpunkt fanns endast äktenskap mellan heterosexuella par som ett civilrättsligt institut inom familjerättens område. Enligt 3 § lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall får fastställelse endast meddelas för en ogift svensk medborgare. Detta krav enligt den nuvarande lagen var en logisk följd eftersom det år 1972 inte var möjligt för personer av samma kön att ingå äktenskap. Efter lagens tillkomst har det emellertid skett betydelsefulla förändringar såsom exempelvis införandet av registrerat partnerskap (lagen [1994:1117] om registrerat partnerskap) mellan två personer av samma kön. Lagen gav i princip samma rättigheter och skyldigheter som två personer som ingått ett äktenskap. Denna upphävdes sedermera år 2009 när det blev möjligt för samkönade par att ingå äktenskap enligt Äktenskapsbalken. Den upphävda lagen tillämpas fortfarande i fråga om ett enligt den lagen registrerat partnerskap.

Nu nästan 40 år senare efter lagens tillkomst ter sig detta krav otidsenligt, särskilt eftersom det sedan år 2009 är möjligt att ingå könsneutrala äktenskap i Sverige. Sett mot denna bakgrund framstår det som diskriminerande att en transsexuell person är tvungen att skilja sig för att uppfylla kriteriet om att vara ogift i lagens mening. I dagsläget tvingas personer att upplösa såväl registrerade partnerskap som äktenskap för att kunna beviljas en ändring av sin könstillhörighet. Att upplösa ett partnerskap eller äktenskap kan, utöver de personliga aspekterna, få stora ekonomiska konsekvenser såsom exempelvis förlorade pensionsförmåner och försäkringsförmånstagaraspekter.

”Jag vill först säga att kravet i sig – att man måste skiljas för att genomgå könsbyte – känns kränkande och faktiskt helt oförståeligt. Vad har myndigheten att skaffa med vem jag är gift med? Också nu när samhället – sedan lång tid – går mot en total öppenhet ifråga om vem som får gifta sig med vem – så framstår det förslag man lade (så sent) i 2007 års utredning nästan som löjeväckande och man undrar om förslaget på denna punkt är tänkt (lite undermedvetet kanske) som rena trakasserier?”

Nåväl – jag vill peka på en konsekvens man tycks ha glömt bort. I mitt fall och flera andra är det så att vid pensionering får man en pension, där pensionen också berör ens maka/sambo. Själv är jag pensionerad från XX¹². Dit förde jag mina svenska pen-

¹² Arbetsplatsen borttagen av integritetsskäl, utredningens anmärkning.

sionsrättigheter. Det innebar att jag vid 60 års ålder fick en mycket generös pension. Pensionen har också fördelen att om jag dör så övertar min maka ungefär 60 procent av min pension så länge hon lever (och blir ekonomiskt oberoende resten av SITT liv). Om vi skiljer oss mister hon denna förmån. Visst vi kan gifta om oss men då måste vi ha varit gifta i MINST FEM ÅR innan hennes övertagandeförmån träder i kraft igen”.

E-post till utredningen

Det bör inte heller finnas något krav på samtycke från en partner för att en person ska kunna få en ny könstillhörighet juridiskt fastställt. Om parterna har ingått ett partnerskap kan detta omvandlas till ett äktenskap, och för det fall parterna har ingått ett äktenskap innan en fastställelse kan äktenskapet fortsätta även efter fastställelsen. Ett samtyckeskrav från en partner skulle kunna dra ut på processen för sökanden om partnern inte skulle ge sitt samtycke. Ett ingånget partnerskap eller äktenskap torde kunna liknas vid ett civilrättsligt ingånget avtal mellan två parter, där vardera parten är fri att säga upp avtalet i form av ansökan om partnerskapskillnad eller äktenskapsskillnad.

Svenskt medborgarskap

- Även utländska medborgare ska kunna beviljas en ändrad könstillhörighet. Bosättningsbegreppet ska vara det styrande i den mening som framläggs i betänkandet ”Ändrad könstillhörighet”.

Lagen om fastställande av könstillhörighet stipulerar att fastställelse av könstillhörighet endast får meddelas den som är svensk medborgare. Vid lagens tillkomst motiverades detta med att en i Sverige fastställd ny könstillhörighet kanske inte skulle godkännas i en utländsk medborgares hemland. Det fanns också en farhåga att Sverige skulle få många utländska medborgare som kom hit med syfte att de önskade en ändring av sin könstillhörighet.

I betänkandet Ändrad könstillhörighet (SOU 2007:16) föreslogs förändring i denna del enligt följande:

”Tillstånd till ändrad könstillhörighet skall inte längre vara förbehållet endast svenska medborgare. Sådant skall kunna meddelas även utländsk medborgare som är bosatt här i landet. Bosättningsbegreppet skall därvid tolkas på samma sätt som i socialförsäkringslagen, dvs. den utländske medborgaren måste antas komma att vistas i Sverige i minst ett år framöver. Dessutom bör uppställas som villkor att en utländsk medborgare har bott i Sverige under minst ett år i direkt anslutning till beslutet om ändrad könstillhörighet. – En utländsk medborgare som får könstillhörigheten ändrad i Sverige bör ges information om att detta beslut inte automatiskt överförs till medborgarskapslandets folkbokföring och upplysningar om de konsekvenser som kan uppstå när personen skall ansöka om nytt pass”. (SOU 2007:16 s 206).

Bosättning har kommit att få en allt större betydelse jämfört med medborgarskap

Utländska medborgare med hemvist i Sverige jämställs i stort utsträckning med svenska medborgare. Utvecklingen synes vara densamma i de andra nordiska länderna (SOU 2006:2 s. 30). I betänkandet SOU 2000:106

”Medborgarskapskrav i Svensk lagstiftning” lades förslag fram till en ny lagstiftning som i princip innebar att kravet på svenskt medborgarskap skulle tas bort i några fall.

Av betänkandet ”En reformerad grundlag” (SOU 2008:125) framgår att kravet på svenskt medborgarskap avseende vissa statliga anställningar tas bort. Det finns således tendenser till att man tillmäter bosättningen jämfört med medborgarskapet alltmer betydelse.

Under de hearings som hållits under våren 2010 har det framförts kritik mot att en ändrad könstillhörighet inte kan meddelas en utländsk medborgare.

Utredningen ställer sig helt bakom det förslag avseende medborgarskap som SOU 2007:16 ”Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag” lade fram. Det är dock viktigt att informera de utländska medborgare som erhåller en ny juridisk könstillhörighet att denna kanske inte kommer att godkännas juridiskt i medborgarskapslandet eller i andra länder.

Steriliseringskravet

- Kravet på att den som ansöker om ändrad könstillhörighet ska vara steriliserad eller på annat sätt sakna fortplantningsförmåga ska tas bort. Det ska vara tillåtet att frysa ner könsceller på samma villkor som ges andra patientgrupper.

Den som ansöker om fastställelse av könstillhörighet enligt nuvarande lag ska vara steril eller på annat sätt sakna fortplantningsförmåga. Kravet på sterilisering emanerar enligt lagens förarbeten ifrån att vilja hålla ordning i släktskapsförhållanden och undvika en förvirring som skulle kunna uppstå utifall en transsexuell person som fått en könstillhörighet ändrad skulle få barn. Förarbetena angav dock som invändning mot en sterilisering att ingreppet inte var helt fritt från risker (prop. 1972:6 s. 49).

Steriliseringskravet innebär också att det i praxis har utvecklats ett förbud mot att spara könsceller för den berörda gruppen. Utredningen Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag (SOU 2007:16) föreslog att steriliseringskravet skulle tas bort från lagstiftningen och föreslog istället att ett villkor för att få en ändrad könstillhörighet skulle vara att personen får sina könskörtlar avlägsnade istället. Enligt gällande lagstiftning råder således steriliseringskrav men inget kastreringskrav (borttagande av könskörtlar).

Det finns motsatta uppfattningar avseende det idag gällande steriliseringskravet främst mellan intresseorganisationer och professionen. De flesta intresseföreningar menar att steriliseringskravet är förlegat och att det är upp till individen själv om man vill frivilligt genomgå en sterilisering men att det inte ska finnas något lagkrav på detta medan andra anser det vara en ”icke-fråga”. Det råder varierande åsikter bland företrädarna för professionen där en del anser att sterilisering och kastrering ska vara ett krav medan andra företrädare delar intresseorganisationernas krav. Vård och behandling ska ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. För steriliseringskravet och för borttagande av könskörtlar har det framförts åsikter om att det kan

föreliggande medicinska risker i form av ökad risk för vissa cancerformer. Det finns dock ingen tydlig evidens för detta. Mot detta bör även vägas den psykologiska risken det innebär för en person att inte få könskonträra hormoner på grundval av att individen inte vill sterilisera eller få sina könskörtlar borttagna. Det är viktigt att patienten ges tydlig information om eventuella risker med att påbörja en behandling med könskonträra hormoner och de eventuella riskerna med att behålla könskörtlarna vid en sådan behandling. För diskussion om medicinska risker med konträr hormonbehandling utan att könskörtlarna har avlägsnats (se bilaga 5).

Hälso- och sjukvård i förhållande till svensk lag och mänskliga rättigheter

All hälso- och sjukvård är som huvudregel frivillig. Tvångsvård kan endast ges undantagsvis och fordrar stöd i lag. Det steriliseringskrav som uppställs i könstillhörighetslagen kan då ses ur flera olika perspektiv. Att vilja erhålla en ny juridisk fastställelse är ett val som individen gör och individen väljer då också att underkasta sig de krav som finns i lagen. Ett annat perspektiv gör gällande att könstillhörighetslagen trädde i kraft 1972, under en era då det fortfarande pågick tvångssteriliseringar, och att kravet i lagen måste ses ur detta perspektiv.

I mars 2007 presenterades de så kallade Yogyakarta-principerna i FN:s råd för mänskliga rättigheter (MR-rådet). Yogyakarta-principerna är ett dokument, framtaget av ett antal människorättsexperter, som utifrån existerande MR-instrument klargör de mänskliga rättigheterna i förhållande till sexuell läggning och könsidentitet. Av princip nummer tre ”The Right to Recognition before the Law” står det bland annat att:

”Ingen skall bli tvingad att undergå en medicinsk process, inkluderad könskorrigering operationer, sterilisering eller hormonell terapi som krav för lagligt erkännande för deras könsidentitet.”

Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter, Thomas Hammarberg, lade i juli 2009 fram ett issue paper ”Human Rights and Gender Identity” där man rekommenderar medlemsländerna att:

”Abolish sterilisation and other compulsory medical treatment as a necessary legal requirement to recognise a person’s gender identity in laws regulating the process for name and sex change”.

Det är en grundläggande princip att varje människa har en absolut rätt att bestämma över sin kropp som bör upprätthållas. Detta gäller såväl att påbörja som att avsluta behandlingar. Vården ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Det framgår av hälso- och sjukvårdslagstiftningen som också betonar respekten för patientens självbestämmande och integritet. En person som är beslutskapabel, välinformerad och införstådd med konsekvenserna av olika behandlingsalternativ borde också kunna välja ett alternativ som inte ter sig vara det bästa ur en medicinsk synvinkel och härvidlag torde läkaren ha att respektera patientens önskan. En sådan situation kan vara att utifrån indikation transsexualism eller övrig specificerad eller ospecificerad könsidentitetsstörning förskriva könskonträra hormoner trots att personen inte har genomgått en sterilisering eller borttagande av könskörtlar (se vidare bilaga 5).

”Vill bara skicka med några tankar kring kravet som finns idag kring sterilisering av personer som vill byta kön.

Jag förstår att det kan verka rimligt för många MTF's - där vetenskapen kommit så långt att de får ett väl fungerande könsorgan och där många förmodligen tycker att det är värt det. Men för mig som FTM blir det obegripligt - varför skulle jag genomgå en onödig medicinsk operation - med alla de risker som operationer faktiskt har, för ingen annan anledning än att de inte tycker att jag ska kunna få barn? Det är svårt att inte dra paralleller till tvångssteriliseringsdebatten på femtio- och sextiotalet. Då ansågs ”sinneslöa” och personer med ”olämpliga arvsanlag” vara i behov av sterilisering. Nu är det vi transsexuella som på något sätt är i behov av sterilisering. Personligen vill jag inte föda barn, men varför skulle jag behöva genomgå en operation för det? Och framförallt - varför skulle jag tvingas till det? Det är där det börjar bli obehagligt.

När jag träffade min endokrinolog argumenterade han för att ett kastrengskrav nog är bra då viss forskning pekar på att det finns en ökad risk för cancer om man behåller sina könskörtlar när man börjar på hormonbehandling. Men vad jag vet tvingar man inga andra myndiga personer som är i sina sinnens fulla bruk till vård. Varför ska vi transsexuella behandlas annorlunda? Det måste alltid vara upp till patienten själv att ta beslut om sin medicinska behandling och sin egen kropp”

E-post till utredningen

En del personer kommer frivilligt att välja att sterilisera sig och/eller ta bort sina könskörtlar (SOU 2007:16 s. 137). Detta för att det representerar könskaraktäristiska drag som man inte önskar. De personer som inte vill sterilisera sig eller ta bort könskörtlarna ska nogsamt informeras om de eventuella risker som en könskonträr hormonbehandling innebär.

Personer under 18 år

- Socialstyrelsen bör ta initiativ till samråd med SKL i syfte att undersöka förutsättningarna att få till stånd regionala utrednings- och behandlingsteam för personer under 18 år.
- Det bör utredas huruvida personer under 18 år ska kunna få sin juridiska könstillhörighet ändrad. Förutsättningar för insättande av så kallade stopphormoner samt könskonträra hormoner bör övervägas skyndsamt för att minska risken för psykisk ohälsa.

Av den nuvarande lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, framgår av en ändrad könstillhörighet endast meddelas om den sökande har fyllt 18 år. Av förarbetena till lagen så framgår det att skälet för åldersgränsen är att den sökanden ska inse betydelsen av ett fastställelsebeslut. Därtill beskrivs att en fast etablering i den önskade könsrollen som ställs upp och den långa observationstiden ofta kommer att innebära att förutsättningar för ett fastställelsebeslut inte torde vara uppfyllda vid 18 års ålder.

Lagens krav innehåller däremot inte några bestämmelser om vid vilken ålder som en behandling kan påbörjas. Lagen innehåller inte heller något krav på operation för att erhålla en juridisk fastställelse. Däremot stadgar lagen att sterilisering är ett krav för att kunna erhålla fastställelse. Enligt steriliseringslagen (1975:580) är sterilisering förbjuden på personer under 18 år. Syftet med 18-årsgränsen synes vara att skydda unga personer från att fatta beslut som leder till irreversibla åtgärder.

De personer under 18 år som har hört av sig har bland annat framfört följande synpunkter. Det borde vara möjligt att få en juridisk fastställelse utan någon könskorrigering operation. Det förekommer att patienter nekas att ta bort sina bröst (FtM) innan de har fyllt 18 år med hänvisning till lagen. Många personer har påpekat att detta skulle underlätta deras vardag avsevärt och att det sannolikt skulle må bättre psykiskt hälsa. Det är också önskvärt, enligt ungdomarna själva, att få tillgång till så kallade binders som ett hjälpmedel. Det verkar råda olika praxis runt om i landet såväl när det gäller så kallade stopphormoner för att stoppa en icke önskvärd pubertetsutveckling som huruvida det före 18 års ålder går att få påbörja en behandling med könskonträra hormoner.

En intervjustudie som RFSL ungdom genomförde med unga transpersoner (18-27 år) år 2008 visar att det ibland har varit en hård kamp för många ungdomar att bara att få träffa en utredare. Dessutom råder stor förvirring om vart man kan vända sig när man börjar fundera över sin könsidentitet.¹³

Många unga transpersoner upplever att de inte blir sedda, bekräftade och bemötta utifrån sina egna problem och den situation de lever i då de söker vård och stöd inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I stället för att få hjälp och stöd händer det att de blir ifrågasatta.

Ungdomsstyrelsen konstaterade i sin rapport¹⁴ ”Hon, hen, han” att unga personer med könsidentitetsstörningar¹⁵ ofta upplever att de inte blir tillräckligt väl bemötta i bl.a. vården och att en konsekvens av detta kan bli att ungdomarna undviker att söka hjälp. De har också en sämre hälsa än befolkningen i övrigt.¹⁶ Detta har också rapporterats i en rapport från Statens folkhälsoinstitut.¹⁷

”När Ulrika första gången berättade om sin vilja att byta kön blev personalen på hennes ungdomsmottagning handfallen. De hade aldrig hört talas om sådana identitetsgrubblrier vid så låg ålder. Och försökte ihärdigt att intala henne att tänka om”

Ur citat insänt till utredningen

Dåligt bemötande botten ofta i brist på kunskap. För den som saknar kunskap om transsexualism och könsidentitetsproblematik kan det vara svårt att

13 RFSL Ungdom ”Är du kille eller tjej?” - En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor.

14 Hon ,hen, han- En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner, Stockholm 2010.

15 I rapporten kallade transungdomar.

16 Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa, Statens folkhälsoinstituts rapport, Stockholm, 2008.

17 Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer, Statens folkhälsoinstituts rapport, Stockholm, 2006.

förstå vilket stöd patienten behöver och vem som bäst kan hjälpa patienten. Okunskap och bristande rutiner inom hälso- och sjukvården leder ofta till att människor skickas runt i vårdapparaten och att väntan på vård blir lång. Detta är något som ofta drabbar personer som söker hjälp för att få diagnosen transsexualism. Eftersom de flesta utredningsteamerna kräver remiss från den öppna psykiatrin måste det finnas kunskap och rutiner inom vården om hur personer med könsdysfori, och olika könsidentitetsstörningar ska bemötas och behandlas.

”Jag föddes biologiskt som flicka, men i hela mitt liv har jag känt att jag är en pojke. När jag var runt fyra fem år berättade jag för min mamma hur jag kände det, inte för att jag då förstod att jag var en pojke, utan för att alla andra såg mig som flicka. Det har varit jobbigt att växa upp med att hela tiden få försvara sig och bli ifråga satt. Jag har förstått att det är för att många inte vet så mycket om transexuella eller hur det är att vara transexuell.

Min mamma tyckte också det var svårt i början att möta mig för den jag är. Men så småningom såg och förstod hon att jag var den jag var och ville bli respekterad och älskad för den jag är.

När jag började närma mig tonåren började det bli riktigt jobbigt. Mina bröst började växa, vilket gjorde att jag fick sluta med min simning, eftersom jag hade badbyxor som alla andra killar och jag var riktigt duktig! Jag älskade simningen och har saknat den enormt mycket!

Jag har inte heller kunnat bada ute på 3 somrar eller gå i vanligt linne.

Jag har inte kunnat vara med på gymnastikens badtillfällen pga. mina bröst. Jag fick nämligen inte börja med stopphormoner direkt under min utredning, utan jag fick vänta. Det är regeln här i Sverige nämligen.

Det var när jag började högstadiet som den värsta mobbingen började. Jag har alltid under hela skolan blivit retad och mobbad för den jag är. Men jag har aldrig känt att jag ska ändra på mig. Jag är den jag är och det är samhället som måste ändras och tillåta alla människor att få vara den dom är, oavsett kön, hudfärg eller religion. Jag tror nog att det faktiskt finns en lag för det redan? Om inte så borde det finnas en!

Jag fick börja med stopphormoner först förra året efter att jag fyllt 16 år och testosteron nu i februari. Den dan när jag fick min första testosterospruta kände jag mig lyckligare än vad jag någonsin har varit i hela mitt liv – för nu äntligen skulle jag få bli den jag redan är!”

E-post till utredningen

Det bör utredas huruvida personer under 18 år ska kunna få sin juridiska könstillhörighet ändrad från 16 års ålder. Förutsättningar för insättande av så kallade stopphormoner samt könskonträra hormoner bör övervägas skyndsamt för att minska risken för psykisk ohälsa. En ändrad juridisk könstillhörighet kan innebära en chans för den unga att lättare kunna leva i sin önskade könsidentitet och könstillhörighet. Enligt 6 kap. 11 § Föräldrabalken har vårdnadshavare en rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. I takt med barnets stigande ålder och utveckling ska därvid allt större hänsyn tas till barnets synpunkter och önskemål. Det synes således handla om en balans mellan ungdomars integritet och självbestämmanderätt gentemot vårdnadshavares rätt till insyn och tillsynsansvar. Att få sin juridiska könstillhörighet ändrad är en åtgärd som är reversibel. En juridisk fastställelse av könstillhörighet som inte har föregåtts av någon könskorrigering operation är en åtgärd som är reversibel och som borde falla inom ramen för den ung-

es beslutskompetens. Elisabeth Rynning har i en akademisk avhandling beskrivit den unges beslutskompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdslagen och Föräldrabalken. I förhållande till hälso- och sjukvårdslagstiftningen anses att om patienten (i detta fall en underårig) befinns besitta en sådan mognad att han/hon kan tillgodogöra sig informationen och överblicka konsekvenserna av sitt beslut, tillkommer beslutanderätten den unge ensam. I dessa fall torde inte heller vårdnadshavarnas inställning i frågan behöva efterhöras.¹⁸ En möjlighet att erhålla en ny juridisk könstillhörighet borde således vägas mot den unges psykiska (o)hälsa. Detta bör emellertid utredas separat och hänsyn bör tas till ett flertal aspekter, där psykosociala aspekter måste vägas mot andra eventuella ”risker”.

Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor

- Rättsliga rådet ska ge tillstånd till ingrepp i könsorganen
- Beslut om juridisk fastställelse av ändrad könstillhörighet bör flyttas till den avdelning på Socialstyrelsen där regler och tillstånd hanteras.
- Statistik från Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen utgör ett viktigt underlag för forskning och kvalitetssäkring.

Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (vanligen kallat Rättsliga rådet) avgör vissa särskilt angivna ärenden.

Rättsliga rådet fattar beslut och ger tillstånd för tillstånd till abort efter vecka 18, sterilisering, insemination eller fastställelse av ändrad könstillhörighet. I andra typer av ärenden ska Rättsliga rådet avge utlåtande på begäran av en domstol eller myndighet. Det gäller främst allmänmedicinska och rättsmedicinska samt rättspsykiatriska och psykiatriska frågor.

Enligt 5 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall är det Socialstyrelsen som fattar beslut om fastställelse eller tillstånd till ingrepp i könsorganen i syfte att göra dem mer lika det motsatta könets. Tillstånd får också lämnas till att könskörtlarna avlägsnas och i vissa fall tillstånd till sterilisering.

Utredningen har träffat Rättsliga rådets ordförande respektive viceordförande. Vid detta möte redovisades utredningens synpunkter som rörde bland annat närvarokravet vid Rättsliga rådets sammanträde inför att fatta beslut om ny juridisk fastställelse, kravet på att den sökande ska vara ogift, hur man skriver och benämner de sökande i handlingar.

Rättsliga rådet framförde vid mötet att de har uppmärksammat vissa administrativa problem och att de avser att se över sina rutiner avseende kravet att den sökande ska närvara vid sammanträdet med Rättsliga rådet. Från och med juni 2010 kommer de sökande som huvudregel inte att kallas för att närvara vid Rättsliga rådets sammanträde. Vad avser vilket pronomen man använder ska Rättsliga rådet se över detta och skriva på ett könsneutralt sätt eller använda det pronomen som den sökande identifierar sig med.

¹⁸ Rynning, Elisabeth: Samtycke till medicinsk vård och behandling, Uppsala Universitet 1994, s 286.

I den del som avser tillståndsgivning till ingrepp såsom sterilisering och borttagande av könskörtlar samt särskilt tillstånd till ingrepp i könsorgan i syfte att göra dem mer lika det motsatta könets, ska tillstånd även fortsättningsvis ges av Rättsliga rådet.

Vad avser den juridiska fastställelsen bör detta flyttas över till avdelningen för regler och tillstånd vid Socialstyrelsen.

Syftet med att särskilja tillstånd för medicinska ingrepp och beslut att meddela juridisk fastställelse av könstillhörighet är att göra processen enklare. För de personer som inte önskar någon könskorrigering kirurgi men som vill ändra sin könstillhörighet, borde därför kunna erhålla fastställelse, efter intyg av psykiatriker eller behandlingsteam, av den avdelning vid Socialstyrelsen som hanterar regler och tillstånd. Dessa beslut ska kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Myndighetsövergripande samarbete

- Utredningen anser att det finns ett stort behov av samverkan mellan många olika myndigheter för att skapa ändamålsenliga rutiner för att underlätta registreringen av nytt personnummer och att klarlägga de regler som gäller för att få sin identitet ändrad i examensbevis, slutbetyg och andra merithandlingar. Socialstyrelsen bör ta initiativ till ett sådant myndighetsövergripande samarbete. Även regeringen har ett ansvar för att olika myndigheter behandlar könstillhörighetsförändringar på ett likartat sätt. Detta är nödvändigt för att de aktuella personerna fullt ut ska kunna leva i sin nya identitet.

En juridisk konsekvens som en könstillhörighetsförändring får är bland annat att uppgifterna i folkbokföringsdatabasen ska ändras. Uppgifterna som finns i folkbokföringsdatabasen används på många olika områden.

I många sammanhang och i många olika dokument måste personnummer och namn ändras. Det gäller pass, körkort och andra id-handlingar. Försäkringskassan, arbetslöshetskassan och hälso- och sjukvården måste få det nya personnumret för att kunna handlägga ansökningar och ge vård på rätt sätt. För att kunna hantera sin privata ekonomi behöver bankerna det nya personnumret vilket bland annat gäller tillgången till bankkonton och kreditkort. Dessutom finns det en mängd olika ytterligare sammanhang där personnumret måste förändras, exempelvis i kontakterna med försäkringsbolag, föreningar, telefonoperatörer med flera.

Även om den som fått en sin könsidentitet ändrad ska leva fullt ut i den nya könstillhörigheten finns det situationer där det kan vara nödvändigt att redovisa betyg, övriga intyg och meriter från tiden före könskorrigeringen. Det gäller framför allt vid ansökan om arbete och utbildning. Många har sett det som ett stort problem att få nya betyg och intyg med den nya identiteten. Skolverket har utrett frågan och har i en PM redovisat hur frågan om uppgifter om identitet kan ändras i slutbetyg.¹⁹ Skolverket gör bedömningen att rektor, inom ramen för nuvarande lagstiftning (förvaltningslagen), har möj-

¹⁹ Skolverket, Kan uppgifter om identitet ändras i slutbetyg, Dnr 09-2008:2388

lighet att ändra identitetsuppgifter i slutbetyg för personer som har fått sin könstillhörighet ändrad och nytt personnummer. Skolverket motiverar sitt ställningstagande med att betyget har blivit uppenbart oriktigt på grund av nya omständigheter. Ett slutbetyg som utfärdats med riktiga identitetsuppgifter blir uppenbart oriktigt när denna person inte existerar i den meningen att personen har fått nytt namn och personnummer efter att ha fått sin könstillhörighet ändrad. Fristående skolor omfattas inte av förvaltningslagens bestämmelser. Skolverket gör dock bedömningen att eleverna i dessa skolor bör ha samma möjligheter till omprövning av slutbetyg som elever i det offentliga skolväsendet.

Motsvarande möjligheter bör finnas för rektorer vid universitet och högskolor.

Rutiner för hur uppgifter om förändrat personnummer och namn ska registreras hos myndigheter och organisationer bör ses över. Många myndigheter är berörda, bland annat Polisen, Transportstyrelsen, Skatteverket, Skolverket, Försäkringskassan, Migrationsverket och Socialstyrelsen.

Dessutom bör det klargöras vilka regler som gäller för att få sin identitet ändrad i examensbevis, slutbetyg och andra merithandlingar som utbildningsanordnare utfärdar.

Landstingens resurser

Kunskaperna om transsexualism och andra könsidentitetsstörningar inom hälso- och sjukvården är liten. Det gäller särskilt den öppna psykiatrin som är den instans som oftast först kommer i kontakt med dem som söker vård. Resurserna för utredning, behandling och uppföljning är ojämnt fördelade över landet. Väntetiderna för att inleda behandling varierar och utredning och behandling av patienterna görs på olika sätt i landet.

För att kartlägga vården och behandlingen till transsexuella och till personer med könsidentitetsrelaterade problem skickade Socialstyrelsen under våren 2010 ut enkäter till Sveriges samtliga landsting. Enkäterna var uppdelade i tre delar.

Den första övergripande enkäten ställdes till landstingsdirektören. Syftet var att på en övergripande nivå se i vilken utsträckning som landstingen tar emot remisser eller skickar remisser för behandling av och stöd till barn och vuxna med könsidentitetsrelaterade problem.

Den andra enkäten vände sig till specialister i landstingen rörande behandling och stödsamtal till vuxna med könsidentitetsrelaterade problem eller transsexualism. Syftet var att utreda vilken behandling och vilka stödsamtal vuxna med könsidentitetsrelaterade problem eller transsexualism erhåller i regionerna/landstingen.

Den tredje enkäten vände sig till specialister i landstingen rörande behandling och stödsamtal till barn med möjlig transsexualism. Här var syftet att utreda vilken behandling och vilka stödsamtal barn med möjlig transsexualism erhåller i regionerna/landstingen.

Bortfall

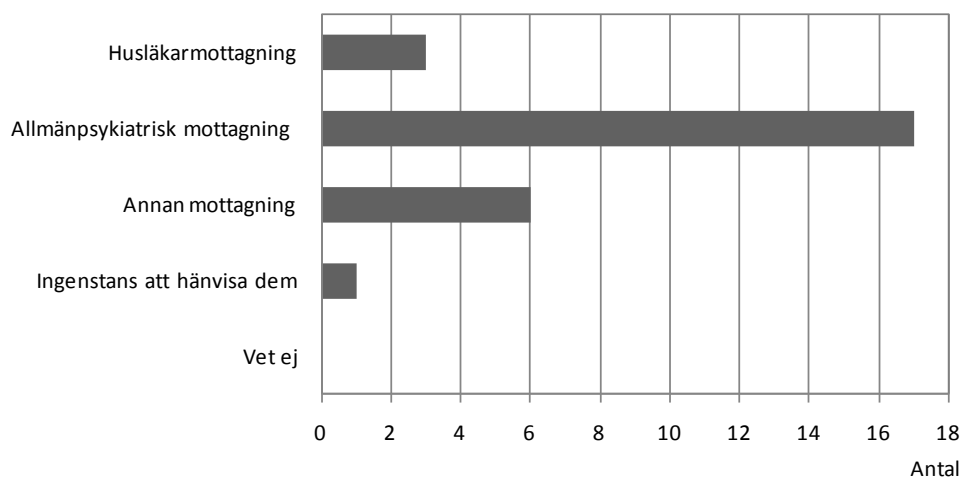
I enkäten till sjukvårdslandstingsdirektören eller motsvarande i landstinget eller regionen har svar inkommit från samtliga landsting och regioner. Socialstyrelsen valde att bestämma tid för telefonintervju med respondenterna i respektive landsting för att samla in svaren. Resultaten från denna enkät redovisas på riksnivå. Vissa av frågorna i enkäten saknar svar från några av landstingen, så kallat partiellt bortfall.

I enkäten till specialisterna om behandling och stöd till vuxna har knappt hälften av landstingen lämnat uppgifter. Endast sju landsting, cirka 33 procent har lämnat uppgifter i enkäten till specialist om behandling och stödsamtal till barn. I dessa enkäter var det ett stort partiellt bortfall varpå utredningen inte kommer att redovisa dessa resultat i rapporten. På grund av de stora totalbortfallen i dessa enkäter redovisas ingen sammanställning på riksnivå.

Frågor till landstingsdirektören avseende behandling och stöd till vuxna transsexuella och barn i landstingen

Behandling avseende vuxna

Vuxna personer i landstingen som söker kontakt för könsidentitetsrelaterade problem/transsexualism hänvisas oftast till en allmänpsykiatrisk mottagning. I cirka 50 procent av de tillfrågade landstingen, påbörjar den första vårdkontakten en egen utredning, cirka 50 procent remitterar vidare. Ett landsting visste inte huruvida den första vårdkontakten själv påbörjade en utredning eller remitterade vidare.



För att få komma till en specialist kräver cirka hälften av landstingen en specialistremiss. Drygt hälften av landstingen har en verksamhet som tar emot remisser avseende vuxna transsexuella. Remisserna skickas då i störst utsträckning till antingen ett specialiserat team, psykolog eller läkare vid en psykiatrisk mottagning. Av de landsting som inte själva har en verksamhet som tar emot remisser för behandling skickar samtliga remissen vidare till annat landsting.

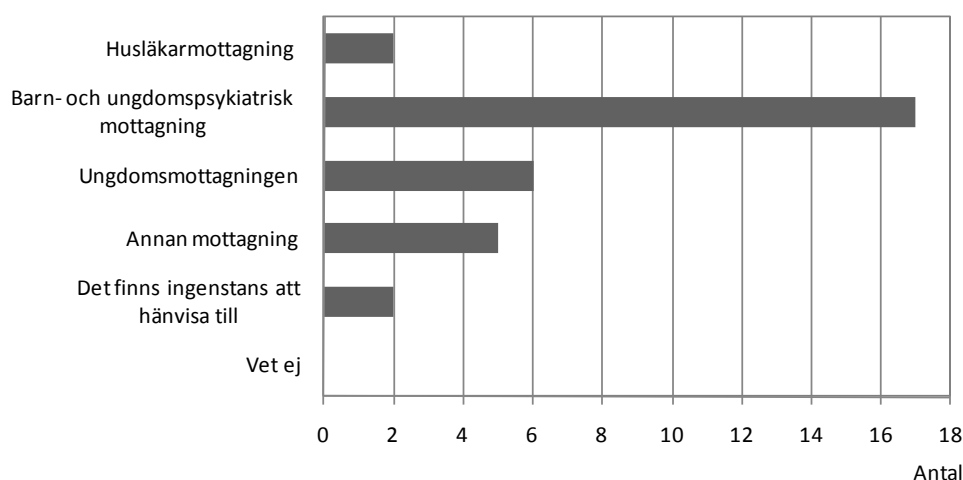
Stödsamtal avseende vuxna

Ungefär 75 procent av landstingen har angivit att det finns en verksamhet i landstinget som tar emot remisser för stödsamtal avseende vuxna personer. Dessa remisser går vanligtvis till en psykiatrisk mottagning, i 90 procent av landstingen. De landsting som inte har en verksamhet för stödsamtal skickar heller inte remissen vidare till något annat landsting. Kalmar läns landsting, Region Skåne och Stockholms läns landsting tar även emot remisser rörande stödsamtalsbehandling ifrån övriga landsting.

Behandling avseende barn och ungdomar

Barn och unga i landstingen som söker kontakt för könsidentitetsrelaterade problem/transsexualism hänvisas oftast till en barn- och ungdomspsykiatrisk

mottagning. I cirka 40 procent av de tillfrågade landstingen, påbörjar den första vårdkontakten en egen utredning, cirka 60 procent remitterar vidare. Ett landsting visste inte huruvida den första vårdkontakten själv påbörjade en utredning eller remitterade vidare.



Remiss för att få komma till en specialist i landstingen krävs i cirka 25 procent av landstingen. I majoriteten av landstingen krävs dock ingen specialistremiss. Cirka 45 procent av landstingen har en verksamhet som tar emot remisser avseende barn och unga. Remisserna som avser behandling av barn och unga skickas i störst utsträckning till barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Av de elva landsting som inte själva har en verksamhet som tar emot remisser för behandling skickar sex stycken remissen vidare till annat landsting.

Stödsamtal avseende barn och ungdomar

Nära 80 procent av landstingen har angivit att det finns en verksamhet i landstingen som tar emot remisser för stödsamtal avseende barn och ungdomar. Remisserna tas vanligtvis emot av en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning eller av en ungdomsmottagning. De landsting som inte har en verksamhet för stödsamtal skickar heller inte remissen vidare till något annat landsting.

Budget

Cirka 85 procent av landstingen har ingen särskild budget för år 2010 avseende behandling av och stöd till (barn och vuxna). Västra Götalandsregionen och Stockholms läns landsting har en avsatt budget.²⁰ Västra Götalandsregionen har angett att budgeten avser att omfatta utredningen. Stockholms läns landsting har angett att budgeten avser att omfatta utredning och stödsamtal och gruppsamtalsbehandling.

²⁰ Stockholm har uppgivit att de har en budget om Stockholms 2 483 100 kronor för vuxna och Västra Götalandsregionen har uppgivit en budget om 1 800 000 kronor samt angivit att verksamheten planeras att utvidgas (max 4 miljoner kronor).

Specialistmottagningarna/Specialistkontakt

Resultat enkät vuxna

Följande tio landsting har svarat på denna enkät: Blekinge läns landsting, Stockholms läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Gotlands kommun, Jämtlands läns landsting, Norrbottens läns landsting, Region Skåne, Värmlands läns landsting, Västernorrlands landsting och Västra Götalands läns landsting.

Bortfallet är för stort för att man ska kunna dra generella slutsatser och tolkningar på riksnivå av resultaten från de landsting som svarat på enkäten. Resultaten redovisas därför endast för respektive region och landsting. Utredningen fann det vara av intresse att trots bortfallet redovisa svar från de landsting och regioner som svarat. Detta med anledning av att specialistmottagningarna/teamen återfinns bland de som svarat och kan utgöra en jämförelse inom gruppen.

Väntetid

I Region Skåne tar det mellan sex månader till tolv månader för att få träffa en specialist från det att remiss inkommit till mottagningen. I Norrbottens läns landsting och Blekinge läns landsting tar det mindre än en månad att få träffa en specialist. Av de övriga landstingen, med undantag för Västernorrlands läns landsting som ej besvarat frågan, som har besvarat enkäten är väntetiden på att få träffa en specialist mellan en till tre månader.²¹

Stödsamtal innan utredningen påbörjats kan erbjudas av Gävleborgs läns landsting om behov finns. Stockholms läns landsting erbjuder stödsamtal, dock ej inom ramen för Mottagningen för könsbytesutredningar, utan stödsamtal erbjuds hos den inremitterande psykiatriska mottagningen efter behov och prioriteras bland övriga patientgrupper.

Stödsamtal erbjuds regelmässigt av Blekinge läns landsting, Gotlands kommun, Norrbottens läns landsting, Region Skåne, Värmlands läns landsting och Västra Götalandsregionen.

Av de landsting som har besvarat enkäten utreder följande landsting vuxna med upplevd transsexualism: Blekinge läns landsting, Stockholms läns landsting, Norrbottens läns landsting, Region Skåne och Västra Götaland. Följande landsting utreder till viss del: Gävleborgs läns landsting, Gotlands kommun och Värmlands läns landsting. Jämtland och Västernorrlands läns landsting utreder inte vuxna personer med upplevd transsexualism.

I de aktuella landstingen är det vanligast att patienten vid det första mötet när en utredning har påbörjats får träffa en psykiatriker.

Stödsamtal under utredningen

Landstingen i storstadsregionerna, Region Skåne, Västra Götalands läns landsting och Stockholms läns landsting erbjuder stödsamtal under utredningen.

²¹ Landstingen som avses är Stockholms läns landsting, Gävleborgsläns landsting, Gotlands kommun, Jämtlands läns landsting, Värmlands läns landsting och Västra Götalandsregionen.

Individuella samtal med psykolog och kurator erbjuds i landstingen i storstadsregionerna. I Stockholms läns landsting och i Region Skåne erbjuds också individuella samtal med psykiatriker. I Region Skåne erbjuds också individuella samtal med sjuksköterska. Parsamtal med psykolog och kurator erbjuds i Stockholms läns landsting och i Västra Götalands läns landsting. Parsamtal erbjuds också med psykiatriker i Stockholms läns landsting. Familjesamtal med psykolog och kurator erbjuds av alla landstingen i storstadsregionerna och med psykiatriker i Stockholms läns landsting och Region Skåne.²²

Stödsamtal till anhöriga erbjuds inom svarsgruppen med undantag för Jämtlands läns landsting. Stödsamtal till patientens barn erbjuds av alla landstingen i storstadsregionerna. Jämtlands läns landsting erbjuder inga sådana samtal.

Behandling

Alla landstingen i storstadsregionerna erbjuder behandling²³ under utredningstiden. Behandling erbjuds även av Västernorrlands läns landsting, Blekinge läns landsting, Norrbottens läns landsting och av Gotlands kommun. Jämtlands läns landsting och Värmlands läns landsting erbjuder aldrig behandling.²⁴

Av de landsting som har besvarat enkäten och angivit att de erbjuder behandling remitterar endast Gotlands kommun till annat landsting för hormonbehandling. Psykofarmakologisk behandling erbjuds av samtliga dessa landsting. Vad avser epilering inom det egna landstinget erbjuds detta av landstingen i storstadsregionerna, av Västernorrlands läns landsting och av Gotlands kommun. Mastektomi erbjuds inom det egna landstinget av Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och av Norrbottens läns landsting. Region Skåne och Gotlands kommun remitterar till annat landsting för mastektomi. Psykoterapeutisk behandling erbjuds av landstingen i storstadsregionerna, Västernorrlands läns landsting, Norrbottens läns landsting och av Gotlands kommun. Logopedisk behandling erbjuds i eget landsting av landstingen inom storstadsregionerna och av Norrbottens läns landsting och av Gotlands kommun²⁵. I Region Skåne erbjuds även slipning av adamsäpple/struphuvud.

Real life experience²⁶

Västra Götalandsregionen, Norrbottens läns landsting, Jämtlands läns landsting, Stockholms läns landsting, Region Skåne²⁷ och Gotlands kommun krä-

²² Flera av de landsting som har besvarat enkäten erbjuder också stödsamtal. Det går emellertid inte att dra några generella slutsatser på riksnivå med hänsyn till den låga svarsfrekvensen. Storstadsregionerna kan emellertid analyseras som en delgrupp inom svarsgruppen.

²³ Exempel på behandling är läkemedelsbehandling (exempelvis hormonbehandling), medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling. Här avses inte stödsamtal.

²⁴ Värmlands läns landsting utreder transsexualism till en viss del. Värmland remitterar till Landstinget i Uppsala län och Stockholms läns landsting. Jämtlands läns landsting har svarat att de inte vet om de har någon verksamhet som tar emot remisser för behandling av vuxna transsexuella.

²⁵ Gotlands kommun remitterar även till annat landsting för logopedisk behandling.

²⁶ Under "Real life experience" ska personen konsekvent ha uppträtt i det önskade könet ute i samhället, på arbetsplatsen, i familjen etc. "Real life experience" sker under utredningen.

²⁷ Har i enkäten angivit att det sker en individuell anpassning av Real life experience.

ver att patienten genomgår så kallad ”real life experience” för att utredningen ska slutföras.

Den genomsnittliga tiden för Real life experience varierar i svarsgruppen. I Västra Götalandsregionen uppskattas tiden till mellan sex månader till ett år. I Norrbottens läns landsting och Jämtlands läns landsting är den uppgivna tiden längre än ett år. Stockholms läns landsting har angivit att real life experience pågår i cirka ett år och Region Skåne har inte svarat i något tidsintervall utan angivit att det sker en individuell anpassning.

Det är inte bara tiden som spelar roll för hur Real life bedöms. Västra Götalandsregionen svarat att man tittar på hur den nya könsidentiteten kommer till uttryck. Västernorrlands läns landsting har angivit att den psykiska hälsan är en annan viktig faktor. Stockholms läns landsting anger att tiden inte har något med real life experience att göra och anser att flera parametrar ingår. De diskuterar med patienterna vad den enskilda personen tycker är viktigt för att kunna passera i det upplevda könet och anser att en ambition åt det hållet är Real Life experience. Kraven varierar också beroende på hur långt patienten kommit i processen. Vad som är viktigt vet patienten bäst själv, man diskuterar olika definitioner på Real life. Det beror också till viss del på vad patienten har för individuella förutsättningar. Finns det dock ingen egen strävan hos patienten att passera i Real life kan diagnosen ifrågasättas

Tid till diagnos

För att kartlägga hur lång tid det tar från det att utredningen påbörjats till det att patienten erhåller en diagnos ställdes frågor om detta i enkäten. I Blekinge läns landsting och i Norrbottens läns landsting tar det upp till sex månader att få en diagnos. I region Skåne, Stockholms läns landsting och i Värmlands läns landsting tar det mellan sex månader till ett år att få en diagnos. I Gävleborgs läns landsting, Jämtlands läns landsting och Västra Götalandsregionen tar det mellan ett till två år. I Västernorrlands landsting tar det mellan två till tre år. Gotland har angivit att det tar längre tid än tre år.

Landstingen i storstadsregionerna, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Stockholms läns landsting erbjuder hormonbehandling, mastektomi, psykoterapeutisk behandling och logopedi även om patienten ger uttryck för att inte vilja genomgå någon könskorrigering kirurgi. Västra Götaland regionen och Region Skåne erbjuder också epilering eller motsvarande.

Förekomsten av ett strukturerat tillvägagångssätt för könsbytesutredningar

Landstingen i storstadsregionerna, Region Skåne, Västra Götalandsregionen²⁸ och Stockholms läns landsting har angett att de har ett dokumenterat strukturerat tillvägagångssätt för utredningens bedrivande. Gotlands kommun²⁹ och Norrbottens läns landsting har däremot angett att det inte finns

²⁸ Hänvisar till Svensk förening för transsexuell hälsa (SFTH) nationella vårdprogram vid utredning av transsexualism.

²⁹ Anger att de har en praxis. Psykiater gör bedömning och skickar remiss till landsting som handhar könskorrigering mottagning. Psykolog gör bedömning och utreder till "fastlandslandsting". Vid behov skickar psykiater remiss till logopedmottagning samt hudmottagning lokalt och till plastikkirurg utomläns.

något dokumenterat strukturerat tillvägagångssätt. Blekinge läns landsting uppger att ett vårdprogram är planerat och ska färdigställas under 2010. Värmlands läns landsting anger att de har tagit fram ett förslag till riktlinjer. Västernorrlands läns landsting anger att det finns ett informellt tillvägagångssätt men inget dokumenterat.

Behandling efter eventuell diagnos

Blekinge läns landsting, Gotlands kommun, Norrbottens läns landsting, Region Skåne, Gävleborgs läns landsting³⁰ och Värmlands läns landsting erbjuder fortsatt behandling vid diagnoserna F64.8³¹ och F 64.9³² och även om ingen diagnos kan ställas. Stockholms läns landsting, Jämtlands läns landsting och Västra Götalandsregionen erbjuder ingen fortsatt behandling.

I fråga om fortsatta stödsamtal vid diagnoserna F64.8 och F 64.9 och även om ingen diagnos kan ställas erbjuds detta inom svarsgruppen³³ med undantag för Jämtlands läns landsting. Stockholms läns landsting har angivit att de fortsatta stödsamtalen dock inte sker på mottagningen för könsbytesutredningar. De hänvisar patienten till andra vårdgivare vid behov, till exempel till terapeut, Psykhälsan eller RFSL. Västra Götalandsregionen anger att eventuella fortsatta stödsamtal ej sker på utredningsenheten. Patienten hänvisas till Sexualmedicinskt center i Göteborg eller till allmän psykiatri i regionen.

Landstingen i storstadsregionerna, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Stockholms läns landsting har angett att om samsjuklighet/komorbiditet föreligger remitteras patienten till öppenvårdspsykiatri. Blekinge läns landsting, Gävleborgs läns landsting³⁴, Jämtlands läns landsting och Norrbottens läns landsting remitterar också patienten till öppenvårdspsykiatri. Inom svarsgruppen remitterar Stockholms läns landsting, Norrbottens läns landsting³⁵, Värmlands läns landsting och Västra Götalandsregionen också till allmänläkare/husläkare.

I Stockholm skrivs patienten ut från mottagningen om ingen diagnos kan ställas eller om patienten får diagnoskoden ”könsidentitetsstörning”. Vid mottagningen i Skåne sker detta ibland. Mottagningen i Västra Götalandsregionen anger att samsjuklighet och remiss till andra vårdgivare inte per automatik innebär att patienten avskrivs från fortsatt utredning.

³⁰ Erbjuder i eget landsting eller remitterar till annat landsting.

³¹ Övrig icke specificerad könsidentitetsstörning.

³² Övrig specificerad könsidentitetsstörning.

³³ Gävleborgs läns landsting erbjuder både i eget landsting och remitterar till annat landsting.

³⁴ Remitterar även till ungdomsmottagning vid behov.

³⁵ Slussar patienten vidare för bedömning enligt LSS mm vid behov.

Tre specialistmottagningar för utredning och behandling

Från och med år 2008 till och med den 14 maj 2010 har Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen tagit emot 109 ansökningar från tio psykiatriska kliniker i landet. Av dessa kliniker är följande tre specialistmottagningar för utredning och behandling av transsexuella och personer med könsidentitetsstörningar: Alingsås, Stockholm och Lund. Utredningar görs dessutom vid de psykiatriska klinikerna vid Uppsala akademiska sjukhus, vid universitetssjukhuset i Linköping, vid norrlands universitetssjukhus i Umeå och Luleå. I Uppsala, Linköping, Umeå och Luleå finns inte några utredningsteam. På dessa platser genomförs utredningarna av en psykiatriker vid kliniken inom ramen för psykklinikens generella uppdrag. I Umeå pågår arbete med att bygga upp ett utredningsteam.

Resurserna vid de tre specialistmottagningarna i Alingsås, Stockholm och Lund varierar, de är finansierade och bemannade på olika sätt och har olika uppdrag. Alla tre teamen tar emot remisser från patienter bosatta i annat län än det län där kliniken finns.

Lundströmmottagningen i Alingsås

Mottagningen startade sin verksamhet våren 2007. Organisatoriskt är mottagningen en självständig enhet med egen budget. Vid mottagningen tjänstgör psykiatriker, psykolog, socionom och sekreterare. Upptagningsområde är Västra Götalandsregionen. För att komma till mottagningen krävs remiss från en psykiatrisk mottagning. Mottagningen tar emot patienter från 16 års ålder, beträffande ungdomar upp till 16 års ålder hänvisas till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och Lundströmmottagningen erbjuder konsultstöd. Vid början av år 2010 hade mottagningen cirka 90 patienter under utredning och behandling. Under senaste året har det i genomsnitt tillkommit en ny patient varje vecka. Väntetiden för ett första besök är maximalt tre månader. Mottagningen tar även emot patienter från Halland enligt gällande avtal.

Mottagningen har ett nära samarbete med gynekolog, endokrinolog, logoped, hudläkare och plastikkirurg. Även om samarbetet fungerar bra blir det ofta långa väntetider för patienten innan den könskorrigering behandlingen kan påbörjas. Detta beror på att övriga i vårdkedjan ej har öronmärkta pengar för patientgruppen.

Sexologiska mottagningen i Lund

Mottagningens verksamhet är en del av landstingets psykiatriska verksamhet. Mottagningen har inget särskilt uppdrag att utreda och behandla transsexuella och ingen egen budget. Mottagningen tar emot 25-30 nya patienter

varje år. Väntetiderna för ett få påbörja utredning och behandling är lång. Väntetiderna för att få komma till en utredande psykiatriker vid mottagningen uppges vara sex till nio månader. Mottagningen tar även emot utomlänspatienter. Vid mottagningen arbetar två psykiatriker en dag i veckan och en psykolog på halvtid. Mottagningen har en kurator som arbetar mindre än halvtid. Mottagningen har samarbete med endokrinologer, gynekolog, plastikkirurg, logoped och hudläkare. Det finns även ett etablerat samarbete med barnpsykiologer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Mottagningen för könsbytesutredningar i Stockholm

Mottagningen har funnits i tio år och är en egen enhet inom Psykiatri Sydväst, med ett länsövergripande uppdrag att ta emot patienter i Stockholms län och mottagningen har egen budget och beställaravtal. För att komma till mottagningen krävs det en remiss från psykiatri. Årligen får mottagningen ta emot ett 50-tal remisser. Väntetiderna för att påbörja behandling och utredning är normalt inte längre än tre månader. Mottagningen tar även emot utomlänspatienter. Vid mottagningen arbetar psykiatriker, psykologer, kuratorer och sekreterare. Mottagningen samarbetar med logoped, endokrinologer, gynekologer och plastkirurger. Mottagningens kuratorer skriver remisser för hårborttagning. Kostnaden för denna remiss debiteras hudklinik.

Mottagningens uppdrag är att göra utredningar och stödja önskat könsbyte efter det att diagnosen fastställts. Patienten följs fram till den könskorrigering operationen. Vid några tillfällen efter operationen har patienten följts upp. Att ge stöd och behandling till patienter som fått diagnoserna andra specificerade könsidentitetsstörningar (F64.8) och könsidentitetsstörning utan närmare specifikation (F64.9) ingår inte i mottagningens uppdrag. Mottagningen utför även kortare konsultationer mot övriga vården rörande transsexualism.

Vård av god kvalitet i hela landet

Nuvarande klinisk praxis för personer med könsidentitetsstörningar

Personer som lider av könsdysfori brukar, beroende på var de bor, söka hjälp inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri eller ibland hos sin allmänläkare. I bästa fall (se senare beskrivning av hur landstingen bedriver sin vård), så får de en remiss till något av de specialiserade team inom psykiatri som finns på sex ställen i landet. För personer under 18 år är det bara två av teamen, Lundströmmottagningen i Alingsås och sexologmottagningen i Lund, som tar emot från 16 års ålder. I Stockholm finns ett eget team för barn och ungdomar. I övriga landet saknar ett strukturerat omhändertagande av barn och ungdomar med könsdysfori.

Utredning och diagnostisering av personer med könsidentitetsstörning sköts vanligtvis av en psykiatriker med stöd av psykolog och i vissa fall av socionom/kurator. Den psykiatriska utredningen syftar till att säkerställa diagnosen transsexualism och att utesluta andra skäl till könsdysfori eller önskemål att förändra sin kropp, samt undersöka psykosocial stabilitet. Diagnosen vilar huvudsakligen på patientens berättelse och hur den värderas. Några diagnostiska tester finns inte.

Psykologutredningen syftar till att undersöka individens psykologiska resurser såväl personlighetsmässigt som kognitivt. Detta sker genom samtal och med olika tester. Psykologens utredning syftar inte i första hand till att ställa diagnosen men den kan medverka i den diagnostiska processen. Socionomen utreder social stabilitet och belyser frågor som hur man på bästa sätt ska berätta för omgivningen. Ibland ingår även möte med närstående. Utredningen tar ungefär ett år. Om diagnosen transsexualism sätts följer ytterligare ett år då patienten med stöd av hormonell behandling, logoped för röstbehandling samt för MtF avlägsnande av behåring och för FtM borttagande av bröst och skapande av en manlig bringa. Den hormonella behandlingen utgör en viktig del i behandlingen.³⁶ I vissa landsting har man även rätt att få en peruk utskrivet. I Stockholms läns landsting har kvinnor till män även rätt att få utskrivet en penisprotes som hjälpmedel. Personen ska även under denna period, om hon eller han inte har påbörjat detta tidigare, leva i livets alla skeden i den önskade könsrollen och berätta om detta för sin omgivning. Detta brukar kallas ”real life experience”.

I de fall denna process verifierar önskan om könskorrigering, ansöks om tillstånd till bland annat korrigering av könsorgan och juridisk fastställelse hos Socialstyrelsens rättsliga råd. Den juridiska processen regleras enligt

³⁶ Gianna E Israel och Donald Tarver, *Transgender Care: Recommended Guidelines, Practical Information, and Personal Accounts*, Temple University Press, Philadelphia, 1997.

Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall. Till ansökan bifogas ett intyg från utredande psykiater och psykolog. Beviljas ansökan avseende tillstånd till korrigerande av könsorganet, fattas ett vilande beslut om juridiskt fastställande. När den könskorrigerande kirurgin är utförd, och personen genom detta är steriliserad eller saknar fortplantningsförmåga, kan beslutet om ny juridisk fastställelse fattas. Beslut som fattas av Rättsliga rådet kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Den könskorrigerande kirurgin sker idag inom de plastikkirurgiska kliniker-
na i Linköping och Stockholm. För MtF innebär den könskorrigerande kirurgin att testiklarna och svällkroppar avlägsnas. I lilla bäckenet skapas ett hålrum som blir den nya slidan. Hålrummet kläds sedan med ut- och invänd penishud som över tid blir mycket slemhinnelik. En klitoris skapas av delar av ollonet. Av befintlig hud skapas blygdläppar. Efter operation och många år framöver behöver personen dagligen dilatera slidan för att den inte ska dra ihop sig. För vissa MtF tillkommer även en nedslipning av adamsäpplet samt stämbandsförkortning i de fall logopedibehandlingen inte har haft tillräcklig effekt på röstläget. I många fall ger östrogenbehandlingen en fullgod brösttillväxt. I de fall detta inte sker utförs idag bröstförstoring. Vissa personer väljer även att privat utföra feminiserande ansiktskirurgi.

För FtM avlägsnas livmoder och äggstockar, slidan får i de flesta fall vara kvar då den är kirurgtekniskt svår att ta bort. Det finns idag två metoder för penisrekonstruktiv kirurgi. Vid en så kallad falloplastik konstrueras en penis med hud från ljumske eller underarm. Den har normal storlek och går i vissa fall att urinera med. Om önskemål om erektionsförmåga finns kan en protes opereras in i penisrekonstruktionen som möjliggör erektion. Klitoris behålles bakom penisrekonstruktionen. Den andra metoden kallas metaidoioplastik. I dessa fall lösgörs vid en operation klitoris som växt till av tidigare medicinerad med testosteron (manligt könshormon) och på så vis skapas en penis. En metaidoioplastik liknar en vanlig penis, har bevarad sexuell känslighet och erigeringsfunktion men är mindre. Vissa FtM finner inte någon av ovan metoder riktigt bra och väljer därför att vänta med penisrekonstruktion.

Efter operation och juridisk fastställelse behöver personen fortsätta med livslång hormonell behandling. Detta sker idag antingen hos endokrinolog, internmedicinare, gynekolog eller distriktsläkare. Någon specifik psykiatrisk uppföljning eller behandling sker ej. Patientgruppen har även behov av specifika hälsokontroller utifrån att exempelvis MtF som nya kvinnor har sin prostata kvar och FtM som nya män kan ha livmodertapp kvar. Vårdprogram för hur hälsokontroller i denna grupp ska ske saknas.

Utrednings och behandlingspraxis av personer med transsexualism vilar på de diagnostiska kriterierna för transsexualism enligt ICD-10, lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall och ett "PM" som sammanställts av representanter från Socialstyrelsen rättsliga råd år 1996 (anses dock inte som utgiven av Socialstyrelsen) samt riktlinjer framtagna av Svensk förening för transsexuell hälsa (STFH). Detta är en förening där de flesta som arbetar med könsidentitetsstörningar är anslutna. Det finns även internationella riktlinjer kallade Standards of Care (SOC) framtagna av World Professional Association for Transgender Health (WPATH).

Svensk praxis skiljer sig dock från Standards of Care på ett par avgörande punkter. En vanlig uppfattning bland professionen i Sverige är att önskan om kastration och korrigerande kirurgi är ett kriterium för diagnosen transsexualism enligt ICD-10 och könsidentitetsstörning enligt DSM-IV. Något obligat krav på detta finns dock inte i någon av diagnosmanualerna. I den svenska lag som reglerar juridiskt könsbyte finns inte heller krav på vare sig diagnos transsexualism eller önskan om kirurgisk korrektion för att kunna få juridisk fastställelse av nytt kön. Nuvarande lagstiftning kräver dock att personen genomgått sterilisering vilket innebär tilltäppning av äggledarna hos kvinnor och sädesledarna hos män (inget av dessa ingrepp förhindrar idag assisterad befruktning).

Både svensk och internationell forskning visar att behandlingsresultat efter en medicinsk och juridisk könskorrigering är goda framförallt avseende att könsdysforin, livskvalitet och psykisk hälsa förbättras. Både klinisk erfarenhet och forskning visar dock att en könskorrigering inte löser alla problem och en del har en kvarstående psykisk ohälsa, i vissa fall med självmordsförsök och fullbordade självmord. Ur kroppslig säkerhetssynpunkt har behandlingen bedömts som väsentligen säker men att det fortfarande saknas långtidsdata avseende risk för hjärt- och kärlsjukdomar och tumörsjukdomar. I Sverige har sedan lagens tillkomst 13 personer, varav fem efter 1992, ångrat sin könskorrigering och ansökt och fått beviljat upphävelse av beslutet om fastställelse i nytt kön.

Könsidentitetsstörning utan närmare specifikation

För personer som inte får diagnosen transsexualism utan könsidentitetsstörning utan närmare specifikation efter det första utredningsåret saknas handläggningsrutiner och vårdprogram. Personer som söker specialisthjälp med dessa frågeställningar möter i huvudsak vårdgivare som varken har någon erfarenhet eller tillgång till riktlinjer för handläggning och det vanliga är att de ibland erbjuds psykoterapeutisk behandling men mycket sällan hormonell, kirurgisk eller annan behandling. Forskning som finns om denna grupp är mycket begränsad.

Tillgång till vård

- Utredningen konstaterar att kompetensen om transsexualism och könsidentitetsstörningar inom den öppna hälso- och sjukvården måste förbättras.
- Socialstyrelsen bör utarbeta informationsmaterial om vart man kan vända sig om man behöver hjälp, hur utredningen sker, vilken vård man kan få och vilka villkor som gäller för att få en ny juridisk fastställelse.

Väntetiden för att påbörja utredningen kan vara mycket lång, mer än ett år på vissa ställen. De ger stora psykiska påfrestningar för dem som väntar på att få påbörja en utredning. Självmordstankar förekommer och det finns de

som skaffar sig hormoner på egen hand till höga kostnader och de som överväger vård utomlands.

Det saknas, enligt flera patientorganisationer och enskilda, samlad nationell information till patienter, anhöriga och vårdgivare om vilken vård som kan erbjudas och vilka villkor som gäller för att få byta kön. Vart vänder man sig om man är i behov av vård och vilka psykiatriker kan skriva en remiss? Hur går utredningen till och vilken vård kan ges? Det har även förekommit att patienter som sökt vård inom hälso- och sjukvården har fått felaktiga uppgifter om vilka ingrepp som krävs för att få en juridisk fastställelse. I Storbritannien har National Health Service (NHS) gett ut information till den som vill veta mer om könsidentitetsstörningar, orsaker, diagnos, behandling och transsexuellas rättigheter.³⁷ Socialstyrelsen bör utarbeta informationsmaterial om könsidentitetsstörningar och transsexualism.

Många enskilda personer vittnar om att de inte har blivit tagna på allvar och inte heller har fått hjälp och stöd för att komma vidare i vården när de sökt sig till öppenvården för att få remiss för utredning.

Regionala utrednings- och behandlingsteam

- Socialstyrelsen bör ta initiativ till samråd med SKL i syfte att undersöka förutsättningarna att få till stånd 3–5 regionala utrednings- och behandlingsteam.
- Till varje regional utredningsteam bestående av psykiatriker, psykolog och socionom bör knytas endokrinologer, logoped, foniatriker, hudläkare, gynekologer med ett specifikt uppdrag att ge behandling till personer med transsexualism och andra könsidentitetsstörningar.
- Hormonbehandling och medicinsk uppföljning av patientgruppen bör skötas av de endokrinologer som är knutna till teamen.
- Dessa team bör finansieras med särskilda medel (öronmärkta pengar) från samtliga landsting som skickar patienter till respektive team.
- Teamen bör ha ett tydligt uppdrag från sina huvudmän.
- Huvudmännens ansvar bör vara att utveckla vårdkedjan och förkorta väntetiderna vid utredning och behandling av transsexuella.
- Huvudmännens ansvar bör även vara att upprätta en individuell och sammanhållen vårdplan för varje patient. Varje landsting bör ha en allmänpsykiatriker som har insikt om och kunskap om denna patientgrupp. Denna psykiatriker bör ha regelbunden kontakt och samråd med utrednings- och behandlingsteamet. Till denna psykiatriker bör personer med könsidentitetsstörningar i första hand kunna vända sig till.

Sedan år 2008 har könsbytesutredningar bedrivits vid tio psykiatriska kliniker. På två kliniker i landet, Karolinska sjukhuset i Huddinge och Lundströmsmottagningen i Alingsås finns utredningsteam med egen budget och

³⁷ www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/Pages/Introduction.aspx

med ett uppdrag från landstinget att bedriva utredningar av patienter med könsidentitetsstörningar. På övriga kliniker där utredningar och behandling görs sker det inom ramen för landstingets psykiatriska verksamhet. Ofta med stöd av någon eller några engagerade personer. Det gör verksamheten sårbar om någon eller några nyckelpersoner slutar.

Mottagningarnas uppdrag är oklara och skiljer sig åt mellan landstingen. Det gäller bland annat vården för ungdomar. På vissa mottagningar är åldersgränsen 16 år och på andra mottagningar 18 år. Det skiljer sig även i vilken behandling som ges till personer med könsidentitetsstörning utan närmare specifikation och hur patienter följs upp efter att ha genomgått operation och könskorrigering.

För att säkra och höja kompetensen och för att kunna ge likvärdig vård i hela landet bör landstingen samverka regionalt kring några specialistteam för utredning och vård av transsexuella. De regionala teamen ska ha ett samordningsansvar för utredning och vård av personer med könsidentitetsstörningar inom regionen. Teamen ska ha en egen budget och ett tydligt uppdrag. I utrednings- och behandlingsteamerna ska det finnas psykiatriker, psykologer och kuratorer. För att kunna garantera en sammanhållen vårdkedja ska det till teamen knytas gynekolog, endokrinolog, logoped, foniatriker, plastikkirurg med flera specialistfunktioner. I budgeten för de regionala teamen ska det finnas anslag för att finansiera dessa specialistfunktioner.

Teamens ansvar är att ta emot remisser och göra psykiatriska utredningar, ge patienten psykosocial behandling under och efter utredningsperioden och tillsammans med patienten upprätta en utredningsplan och en vårdplan för hur utredningen och behandlingen av könsidentitetsstörningen ska genomföras. Målgruppen bör omfatta både personer med diagnosen transsexualism och även personer med andra könsidentitetsstörningar (UNS).

Utredningen föreslår att i de regionala teamens uppdrag föreslås ingå att sprida information om sin verksamhet, utveckla samarbete med specialister, ge stöd till personer som genomgått könsbyte, samverka med patient- och intresseorganisationer samt följa upp och utvärdera vården. Utredningen föreslår således följande åtgärder:

- *Sprida information om sin verksamhet till den öppna hälso- och sjukvården*

Kompetensen inom primärvården och den öppna psykiatrin samt andra verksamheter som kommer i kontakt med patienter som behöver hjälp med könsidentitetsstörningar behöver förbättras. Utrednings- och behandlingsteamerna har en viktig uppgift att sprida kunskap om transsexualism och finnas till hands för konsultationer rörande vården av transsexuella. Även om regionala team tillskapas har landstingens öppna hälso- och sjukvård en viktig uppgift i vården avseende personer med könsidentitetsstörningar. Det gäller att kunna möta patienterna som söker remiss för utredning och vård av könsidentitetsstörning och patienter som efter genomfört könsbyte behöver genomgå hälsokontroller, hormonbehandlingar och andra former av kontinuerlig eftervård. Det gäller även patienter som har som har flera och sammansatta psykiatriska diagnoser och får behandling inom landstingens allmänpsykiatriska kliniker. För att under-

lätta informationsspridningen och för att samordna vården lokalt bör varje landsting ha någon eller några kontaktpersoner.

- *Utveckla samarbete med specialister.*

I syfte att få tillstånd en sammanhållen vårdkedja och för att bidra till en likvärdig vård i hela landet ska teamen utveckla ett nära samarbete med specialister inom endokrinologi, logopedi, fonetik, gynekologi, plastikkirurgi med flera. I dag varierar resurserna i landstingen.

- *Hjälpmedel*

Binders och penisproteser bör ingå i landstingens bestämmelser om hjälpmedel som kan förskrivas. Teamen bör få rätt att förskriva dessa hjälpmedel.

- *Tillsammans med patienten upprätta en sammanhållen vårdplan för patienten.*

I teamets uppdrag ska ingå att tillsammans med patienten upprätta en sammanhållen skriftlig utredningsplan och vårdplan.

- *Ge stöd till personer efter utredning och könskorrigering*

De flesta uppföljande studierna av patienter visar att en lyckad behandling av transsexualism inte är samma sak som ett problemfritt liv. Psykologisk och psykiatrisk hjälp behöver därför erbjudas efter utredning och den eventuellt genomgångna könskorrigeringen. Det är först efteråt många tillåter sig själv att fokusera på andra livsproblem eller acceptera att den nya könsrollen kan medföra problem de inte hade tänkt sig. En undersökning av postopererade visar att psykoterapi och rådgivning i den här fasen leder till ett avsevärt bättre resultat.³⁸

- *Samverkan med patientorganisationer och intresseföreningar*

För en del innebär transitionsprocessen stora sociala problem i att leva i den nya könsidentiteten. Risken för att bli ensam och isolerad är uppenbar. Stöd och hjälp från en person som redan genomgått processen kan för många var värdefull. Patientorganisationernas och intresseföreningarnas förutsättningar och möjlighet att vara ett stöd för patienter under behandling och efter könsbytet bör undersökas. Via patientorganisationerna och intresseorganisationerna finns också möjlighet att förmedla information om hur utredning och behandling av könsidentitetsstörningar går till och få återföring av medlemmarnas egna erfarenheter av vården.

- *Uppföljning och utvärdering*

Rutiner och system för att erbjuda regelbundna uppföljningar av patienter som genomgått könsbyte bör utvecklas. Primärt skulle det kunna bidra till att upptäcka medicinska och psykosociala problem som kan visa sig

³⁸ Transsexualism, en översikt över etiologi, diagnos och behandling (1999). P.T Cohen-Ketten et.al.

några år efter könsbytet och därmed kunna förmedla den hjälp som behövs. Det skulle också ge förutsättningar för att systematiskt följa upp hur patienternas livskvalitet förändras efter genomfört könsbyte.

Rikssjukvård

- Förutsättningarna för att könskorrigering operationer av könsorganen och stämbandsoperationer ska definieras som rikssjukvård bör utredas.

Förutsättningarna för att könskorrigering operationer av könsorganen och stämbandsoperationer ska definieras som rikssjukvård bör utredas vidare.

Syftet med att koncentrera hälso- och sjukvården till ett eller två region-sjukhus är att öka effektiviteten, höja den medicinska kompetensen och stärka patientsäkerheten. För att en medicinsk specialitet ska definieras som rikssjukvård ska följande kriterier vara uppfyllda: sjukdomen/tillståndet är ovanligt, diagnosen/behandlingen är komplicerad och kräver spetskompetens samt att diagnosen/behandlingen medför hög resursförbrukning.

Könskorrigering kirurgi av könsorganen

Årligen görs mellan 45 och 50 könskorrigering operation av könsorganen vid Karolinska universitetssjukhuset och vid universitetssjukhuset i Linköping. Antalet operationer är ungefär lika många vid de båda sjukhusen. På Karolinska sjukhuset görs främst operationer av man till kvinna (MtF) och i Linköping görs främst operationer av kvinna till man (FtM). I Linköping görs dessutom operationer på MtF för patienter skrivna i det egna landstinget.

Redan i dag är den könskorrigering kirurgin av könsorganen koncentrerad till två sjukhus och är i praktiken rikssjukvård. För att säkerställa och utveckla kompetensen inom denna form av högspecialiserade kirurgi bör utredas förutsättningarna för att definiera könskorrigering kirurgi av könsorganen som rikssjukvård. I en ansökan om rikssjukvård bör också framgå hur sökanden vill samarbeta med de regionala utredningsteam som denna utredning föreslår ska inrättas.

Stämbandsoperationer

Årligen görs ett tiotal stämbandsoperationer. Sedan något år tillbaka görs alla operationer på Karolinska universitetssjukhuset. De patienter som är aktuella för kirurgiska ingrepp är främst (MtF) med mörk röst och där röstterapi hos logoped inte gett tillräckligt bra resultat.

Trots att stämbandskirurgi i parkiken redan är rikssjukvård finns det anledning att utreda förutsättningarna för att definiera stämbandskirurgi som rikssjukvård för att säkerställa och utveckla kompetensen inom denna specialitet.

Utredning av transsexualism och könsidentitetsstörningar

- Socialstyrelsen bör ta fram kunskapsöversikter för utredning av transsexualism. Det gäller särskilt sättet att genomföra Real life experience och psykologtester.
- Socialstyrelsen bör ta fram kunskapsöversikter för utredning av övriga personer med könsidentitetsstörningar.
- Socialstyrelsen bör ta fram kunskapsöversikter för hur utredningen av personer med könsidentitetsstörningar ska gå till och i samarbete med professionen ta fram ett nationellt vårdprogram/rekommendationer för vården av personer som lider av transsexualism och andra könsidentitetsstörningar

Syftet med utredningen är att fastställa eller utesluta diagnosen transsexualism samt att utreda om det finns några sociala, psykologiska, psykiatriska eller kroppsliga förhållanden som påverkar upplevelsen av könsidentitetsstörningen och förutsättningarna för könskorrigering.

Som en del i utredningen ska patienterna genomgå psykologutredning som inkluderar test på begåvningsprofil och personlighetstester och en Real life period. Testerna görs generellt på alla patienter som utreds. Under Real life perioden utvärderas patientens drivkrafter och förmåga att leva i sin önskade könsroll. Under den tid Real life perioden pågår förväntas patienten leva i det önskade könet. Familjen, vänner, arbetskamrater och övriga personer i patientens omgivning ska informeras.

Från patienternas perspektiv har både psykologtesterna och Real life testerna ifrågasatts och många förstår inte nyttan med testerna. Testerna genomförs på olika sätt och även sättet att återkoppla resultatet varierar.

Många patienter uppfattar psykologtesterna som kränkande. De uppfattar testerna som ett prov som måste klaras för att få gå vidare i vården och många förstår inte syftet med dem.

”Gick hem med en olustig känsla igen, jag tycker inte riktigt om situationen att bli bedömd så där utan direkt orsak. Okej när man skriver tentor i skolan, då vet man varför man gör det. Nu känns det mer som att man blir testad bara för att det är en grej man ska ha klarat av för att få diagnosen. Det kommer inte att spela någon större roll vad jag får för resultat ändå. De kan ju inte riktigt tvivla på min intelligensnivå, jag pluggar ju för fan till läkare”!³⁹

Syftet med undersökningarna är att försöka förstå drivkrafterna bakom patientens vilja att byta kön och få indikationer på vilket stöd patienten behöver under den fortsatta processen. Psykologtesterna kan också vara ett stöd till patienten. Inte minst för att visa på egna förmågor som patienten inte kände till och samtidigt ge en förståelse för sina egna problem.

³⁹ www.skapaenman.se

Patienterna har framfört synpunkter på att Real life perioden bör avskaffas. Många är redan öppet transsexuella sedan flera år tillbaka. När, på vilket sätt och hur länge de ska genomföras bör vara något som avgörs tillsammans med och utifrån varje patients erfarenhet. Inriktningen bör vara att ge patienten stöd för att leva i den nya könsrollen istället för ett test. Så som Real life perioden är upplagt i dag förekommer det att patienten byter kläder innan mötet med psykiatrikern för att vara till lags och få komma vidare i vården. För att Real life perioden ska vara framgångsrik krävs både socialt stöd och medicinsk behandling för att anpassa kroppen till det önskade könet. Risken för att bli ensam och isolerad och råka ut för våld och trakasserier är uppenbar.

De flesta utredarna är medvetna om riskerna för patienterna att bli utsatt för våld och hot.⁴⁰ Det ställs oftast inte detaljerade krav på hur patienten ska vara klädd, däremot förväntas patienten visa tecken på att man tagit till sig karaktären av det kön man önskar vara. Det är därför i allmänhet inte acceptabelt att en man som vill bli kvinna till exempel har skägg. Real life perioden ska vara en förberedelse för transitionen.

För att psykologtesterna ska uppfattas som meningsfulla och vara till hjälp för patienten är det viktigt att förklara syftet med testerna och tillsammans med patienten återföra och tolka resultaten. Det är också viktigt att Real life perioden genomförs utifrån varje patients egna erfarenheter och förutsättningar. För att göra det lättare för patienten att leva i det kön man önskar under Real life perioden bör utredande och behandlande personal samarbeta kring patienten. Förutsättningarna för hormonbehandling, epiletering, bröstborttagning och röstterapi ska prövas.

Enligt nuvarande praxis sker utredningen i enlighet med de krav som Socialstyrelsens Rättsliga råd har uppställt. Kraven är från år 1996 och sägs bygga på Standards of Care från World Professional Association for Transgender Health (WPATH), som är en internationell organisation för personal som arbetar med utredning och behandling av personer med önskan om att byta kön.

Metoderna för utredning av transsexualism bör granskas utifrån den kunskap som finns i dag och de krav som ställs bör ses över. Det gäller särskilt sättet att genomföra psykologtester och Real life perioden. Socialstyrelsen bör därför göra en kunskapsöversikt om metoder för att utreda transsexualism och tillsammans med professionen ta fram nationella riktlinjer hur utredningarna ska genomföras.

Diagnoskodens inverkan på behandling

- Diagnoskoden transsexualism ska inte vara avgörande för om en person ska få behandling. Behandling ska kunna ges även till personer som har ospecificerad könsidentitetsstörning och inte vill genomgå en fullständig könskorrigering. Vid bedömningen ska överväganden göras utifrån

⁴⁰ Magnus Danielsson skriver i sin bok ”Transpersona non grata” om att muntliga trakasserier och hot om våld är vanligt förekommande.

patientens medicinska och psykosociala förutsättningar att genomgå behandlingen och hur behandlingen påverkar patientens livskvalitet.

- Socialstyrelsen bör i samråd med professionen sammanställa aktuell kunskap som kan ge vägledning på vilka indikationer och under vilka förutsättningar som hormonbehandling ska ges. De medicinska och psykosociala riskerna med att ge behandling och inte ge behandling ska särskilt uppmärksammas.

Diagnoskoden transsexualism ska inte vara avgörande om en patient ska få behandling

Medicinsk och kirurgisk behandling för korrigerande av det biologiska könets karaktäristika innebär kirurgiska ingrepp för att ändra utseendet på de yttre könskaraktäristika (könsorgan, bröst och även extra genitala strukturer som struphuvud och ansiktsskelett) och hormonell behandling för att ändra kroppssammansättning (fett och muskelmassa) och behåring. Denna anpassningsprocess eftersträvar att ge individen utseendemässiga egenskaper som överensstämmer med könsidentiteten och för att gentemot omgivningen uppfattas som det önskade könet.

Könskorrigering ges normalt till personer som fått diagnosen transsexuell och som har de medicinska och psykologiska förutsättningarna att genomgå behandlingarna samt dessutom är övertygade om att de vill genomgå en fullständig könskorrigering. Målsättningen med behandlingen är att korrigera kroppen på ett sådant sätt att patienten kan passera ut i samhället i det kön man önskar vara. Att leva som kvinna men se ut som en man skapar många problem.

”Jag åker till stan tre gånger per vecka för epilering. ”Det vanliga folket” tittar, pratar och viskar. Jag har tigit, inte brytt mig så mycket.... Jag har tänkt att dom tröttnar väl snart.... Men näääeee. Gud så jag önskar att man kan få ansiktskirurgi och hårtransplantation”.

E-post till utredningen

Utifrån patienternas synpunkter skulle det även behöva föras en diskussion om feminiserande ansiktskirurgi (FFS) borde ingå i den omfattande behandlingen.

För personer som har diagnosen ospecificerad könsidentitetsstörning avslutas oftast behandlingen och personerna får därmed inte någon vidare behandling. Att få diagnosen transsexualism är därmed avgörande för om patienten ska få behandling och vård för sin könsidentitetsstörning. Utredningsteamet har därmed rollen som ”grindvakt” att avgöra om patienten ska få vidare behandling. Detta kan ofta bidra till att öppenheten mellan utredningsteamet och patienten begränsas.

Det finns personer som av personliga skäl inte vill genomgå en fullständig könskorrigering. För dem är målet att få den behandling så att de kan passera i det önskade könet. För dessa personer är inte en fullständig könskorrigering inkluderande operativa ingrepp i könsorganen målet. Det kan finnas många skäl till det ställningstagandet. Det kan bland annat vara oro och ris-

ker för medicinska komplikationer i samband med operationen. Detta gäller särskilt för kvinnor till män där operationsresultaten möter större svårigheter att nå ett lyckat resultat.

För den som nekas vård eller den som anser att utredningen tar för lång tid eller är alltför besvärlig finns det i dag alternativ utanför den svenska hälso- och sjukvården. I dag finns det möjlighet att själv söka och bekosta vård utomlands där reglerna är annorlunda. Detta kan leda till att tillgången till vård blir en klassfråga. Mediciner och hormoner kan köpas via Internet och ger därmed möjlighet till självmedicinering. Det finns också medicinska risker med självmedicinering och psykosociala risker med att inte få den behandling som behövs för att lindra lidande.

Forskningen på området är begränsad. Det behövs mer kunskap för att kunna bedöma de medicinska och de psykosociala riskerna med att ge behandling och inte ge behandling och på vilka indikationer behandling ska ges.

Hormonbehandling

Behandling med könskonträra hormoner ges till både MtF och FtM. Behandlingen ges av endokrinologer efter remiss från psykiatriker vid utredningsteamet och behandlingen pågår hela livet.

Hormonbehandlingen förändrar kroppens utseende. MtF får bland annat mer underhudsfett, viss brösttillväxt, minskad kroppsbehåring. För FtM medför hormonbehandlingen vanligen ökad muskelmassa och kroppsbehåring, mörkare röst, skägg tillväxt, tillväxt av klitoris, ökad könsdrift och upphörande av menstruation.

När i utredningen hormonbehandlingen påbörjas varierar mellan de olika behandlingsteamerna. Behandling med könskonträra hormoner ges normalt inte till patienten yngre än 18 år och till patienter som inte har en övertygelse om att vilja genomgå en fullständig könskorrigering.

De medicinska riskerna med hormonbehandling är inte klarlagda. Det finns forskare som hävdar att det finns medicinska risker med att ge könskonträra hormoner om inte könskörtlarna är bortopererade. Om könskörtlarna finns kvar efter en sterilisering finns risken enligt vissa forskare att patienten har en förhöjd risk för att drabbas av prostata- eller livmoderhalscancer. Andra forskare hävdar att risken är liten och att den mer väger upp de psykosociala riskerna med att inte få hormonbehandling. Dessa frågeställningar bör klarläggas, se vidare bilaga 5.

I "The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders Standards of care 6th edition" (SOC) anges att hormoner kan förskrivas till personer som inte vill genomgå någon könskorrigering operation eller genomgå Real life experience.⁴¹

"After diagnosis and psychotherapy with a qualified mental health professional following minimal standards listed above. Hormone therapy can provide significant

⁴¹ <http://www.wpath.org/documents2/socv6.pdf>

comfort to gender patients who do not wish to cross live or undergo surgery, or who are unable to do so. In some patients, hormone therapy alone may provide sufficient symptomatic relief to obviate the need for crossliving or surgery.”

Röstträning, hårborttagning och bröstborttagning

Behandling ges på remiss av utredande psykiatriker och behandling påbörjas som regel under Real life perioden. Förutom behandling med könskonträra hormoner, som ges till både MtF och FtM, kan MtF få behandling hos hudterapeut för att ta bort behåring i framförallt ansiktet och vid behov på kroppen. MtF erbjuds som regel hjälp att förändra rösten hos foniatriker och logoped. FtM kan erbjudas bröstborttagning eller bröstförminskning hos en plastikkirurg.

Från patientgrupperna anser man att en påbörjad behandling är en förutsättning för att det ska vara möjligt att genomföra en meningsfull Real Life perioden. Ett problem som uppmärksammats av några utredningsteam är att väntetiderna till behandlingen kan bli långa och man inser att vårdkedjan måste förbättras. För patienten innebär långa väntetider onödigt lidande och svårigheter att planera sin vardag.

Till utredningsteamerna i Stockholm, Allingsås och Lund finns etablerat samarbete med endokrinolog, logoped, foniatriker, gynekolog, plastikkirurg och hudläkare. Vården av transsexuella utförs inom ramen för deras ordinarie verksamhet. Många saknar specialistkompetens för könskorrigering och behandling av transsexuella. De gäller särskilt på de ställen i landet där det inte finns något uppbyggt samarbete med utredningsteamerna. En slutsats som dras av en studie om logopediskt omhändertagande av transsexuella vid Umeå universitet är att det i norra regionen finns ett icke tillgodosett logopediskt behov för transsexuella patienter och att det i dagsläget inte finns några gemensamma anvisningar för hur denna patientgrupp ska behandlas. Under hösten år 2010 anordnas en fristående kurs för logopeder på 7,5 högskolepoäng vid Karolinska Institutet. Brist på resurser och kompetens och behovet av utbildning torde även finnas inom övriga berörda yrkesgrupper.

Kvalitetsregister

- Det finns ett stort behov av att ett kvalitetsregister byggs upp inom området utredning och vård av transsexuella och för personer med könsidentitetsstörningar. Det finns vidare ett stort behov av ett kunskapscentrum för att säkra forskning och kvalitetsutveckling samt säkerställa kunskapsspridning om könsidentitetsstörningar.

Kvalitetsregistren är en viktig kunskapskälla för att bedöma i vilken grad vården är kunskapsbaserad och bedrivs i enlighet med riktlinjer och rekommendationer. Registren byggs upp av professionella yrkesgrupper inom olika specialiteter. Driften av registren sköts på olika kliniker i landet. Sveriges Kommuner och Landsting samverkar med Socialstyrelsen på central nivå och stödjer ekonomiskt och på andra sätt registerutvecklingen. Alla kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat.

Med föreslagen regionalisering av vård- och behandlingsinsatserna för transsexuella personer ges förutsättningarna att bygga upp ett kvalitetsregister inom området utredning och vård av transsexuella. Med hänsyn tagit till patientgruppen ska särskild vikt läggas vid att bygga upp en sekretess av registret. Registret skulle ge förutsättningar för att utveckla metoder för diagnostisering och vård och bidra till att enhetliga metoder tillämpas inom landet. Registren kan även vara ett värdefullt underlag för forskning på området. Behov av forskning, kvalitetsutveckling och kunskapsspridning inom området är stort, speciellt inom gruppen könsidentitetsstörningar UNS. Det bedöms därför som mycket angeläget att ett nationellt kunskapscentrum inrättas.

Referenser

Litteratur

De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2005;34(6):679-90.

Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res* 1999;46(4):315-33.

Danielsson, M, Transpersona non grata – den ogiltigförklarade livserfarenheten, Malmö Högskola, FOU Rapport 2009:4, Holmbergs, Malmö 2009.

Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1997;31(1):39-45.

Hage JJ, Karim RB. Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(3):1222-7.

Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009, 94(9) 3132-3154.

Hon, hen, han- En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner, Ungdomsstyrelsens skrift 2010:2, Stockholm, 2010.

Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer, Statens folkhälsoinstituts rapport 2006:08, Stockholm, 2006.

Israel, D, Tarver, D, *Transgender Care: Recommended Guidelines, Practical Information, and Personal Accounts*, Temple University Press, Philadelphia, 1997.

Johansson A, Sundbom E, Hojerback T, Bodlund O. A Five-Year Follow-Up Study of Swedish Adults with Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav* 2009.

Landén, M, *Transsexualism- Epidemiology, phenomenology, regret after surgery, aetiology, and public attitudes (diss)*, Göteborg, 1999.

Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2009.

Rynning, E, Samtycke till medicinsk vård och behandling – En rättsvetenskaplig studie, Iustus Förlag AB, Göteborg, 1994.

Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005;35(1):89-99.

Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version, The World Professional Association For Transgender Health, Inc. (Tidigare The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association), 2001.

Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa, Statens folkhälsoinstituts rapport 2008:25, Stockholm, 2008.

Whittle, S, Turner, L, Combs, R, Rhodes, S, Transgender Eurostudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care, ILGA Europe – Equality for lesbian, gay, bisexual and transgender people in Europe, 2008.

Är du kille eller tjej? – En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor, RFSU Ungdom, 2008.

Offentligt tryck

Propositioner

Prop 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Prop. 1975:18 Regeringens proposition med förslag till steriliseringslag m.m.

Prop. 1972:6 Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall m.m.

Offentliga utredningar

SOU 2007:16. Ändrad könstillhörighet- förslag till ny lag.

SOU 2006:2 Omprövning av svenskt medborgarskap.

SOU 2000:106. Medborgarskapskrav i svensk lagstiftning.

SOU 2008:125. En reformerad grundlag.

Dokument från Europarådet

Europarådets Kommissarie för mänskliga rättigheter, Issue Paper, *Human Rights and Gender Identity*, CommDH/IssuePaper(2009)2, den 29 juli 2009.

Övriga internationella rättskällor

The Yogyakarta Principles – Principles on the application of international human rights.

Övriga källor

Expertyttrande inhämtat av utredningen, dnr 5.2-18617/2010.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)

Skolverket, Kan uppgifter om identitet ändras i slutbetyg, Dnr 09-2008:2388

Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 – version 2010 (KSH97)

Statistik från Socialstyrelsens rättsliga råd

Utredningsgång Könbyte, sammanställd av representanter för Socialstyrelsens Rättsliga råd (Arver, S, Hambert, G, Lundström, B, Wålinder, J samt Bodlund, O, Ekselius, L, Holmlund, U, Höjerback, T, Landén, M) och plastikkirurgiska kliniken på Karolinska sjukhuset (Eldh, J, Bygdeman, M). Är dock inte utgiven av Socialstyrelsen.

Internetkällor

<http://www.wpath.org/>

<http://www.wpath.org/documents2/socv6.pdf>

www.skapaenman.se

http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2004/ukpga_20040007_en_1

www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/Pages/Introduction.aspx

Lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall

1 § Den som sedan ungdomen upplever att han tillhör annat kön än det som framgår av folkbokföringen och sedan avsevärd tid uppträder i enlighet härmed samt måste antagas även framdeles leva i sådan könsroll kan efter egen ansökan få fastställt att han tillhör det andra könet. Fastställelse får ske utan hinder av att sökanden tidigare erhållit fastställelse enligt 2 §.

Fastställelse enligt första stycket meddelas endast om sökanden fyllt arton år och undergått sterilisering eller av annan orsak saknar fortplantningsförmåga. Lag (1991:514).

2 § Föreligger hos någon sådan missbildning av könsorganen som kan ge anledning till tvekan om hans kön, kan han efter ansökan erhålla fastställelse som avses i 1 §, om det är förenligt med utvecklingen av könsrollen samt rättelse av missbildningen kan ske så att organen bättre överensstämmer med önskad könstillhörighet eller, där rättelse ej anses påkallad, sådan könstillhörighet är mest förenlig med sökandens kroppsliga tillstånd.

Gäller ansökan som avses i första stycket den som fyllt aderton år eller som är yngre men likväl ej står under annans vårdnad, göres ansökningen av honom själv. För annan göres ansökningen av vårdnadshavaren. Avser ansökningen barn som fyllt tolv år, får fastställelse meddelas endast om barnet lämnat sitt samtycke.

3 § Fastställelse enligt 1 eller 2 § får meddelas endast för ogift svensk medborgare.

4 § Avser någon att söka fastställelse enligt 1 eller 2 § får efter särskilt tillstånd ingrepp ske i hans könsorgan i syfte att göra dem mer lika det motsatta könets. Tillstånd får meddelas endast om förutsättningar för fastställelse föreligger.

Har någon erhållit fastställelse enligt 1 eller 2 § får, efter särskilt tillstånd, könskörtlarna avlägsnas. Detsamma gäller om någon ansökt om fastställelse enligt 1 § och förutsättningar för fastställelse föreligger utom i vad avser krav på sterilisering. Tillstånd får endast om det finns synnerliga skäl meddelas innan sökanden fyllt tjugotre år.

Ansökan om tillstånd enligt första stycket görs av den som får söka fastställelse. Bestämmelsen i 2 § andra stycket tredje punkten äger motsvarande tillämpning.

Ansökan om tillstånd enligt andra stycket görs av den som vill genomgå ingreppet.

Anvisas inte en viss läkare, när tillståndet meddelas, utförs ingreppet på sjukhus av en där anställd läkare.

Om sterilisering och kastrering finns särskilda bestämmelser. Lag (1993:1285).

5 § Fråga om fastställelse enligt 1 eller 2 § eller om tillstånd enligt 4 § prövas av socialstyrelsen.

6 § Socialstyrelsens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten. Lag (1995:23).

7 § Den som har tagit befattning med ärende enligt denna lag får inte obehörigen röja vad han eller hon därvid har erfarit om en enskilds personliga förhållanden.

I det allmännas verksamhet tillämpas i stället bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Lag (2009:411).

8 § Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet verkställer ingrepp som avses i 4 § i strid med denna lag dömes till böter eller fängelse i högst sex månader, om ej gärningen är belagd med straff i *brottsbalken*.

Övergångsbestämmelser

1995:23

Denna lag träder i kraft den 1 april 1995. Beslut som har meddelats före ikraftträdandet överklagas enligt äldre bestämmelser.

Förslag till lag om ändring i lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 1, 3 och 4 §§ lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

Den som sedan ungdomen upplever att han tillhör annat kön än det som framgår av folkbokföringen och sedan avsevärd tid uppträder i enlighet härmed samt måste antagas även framdeles leva i sådan könsroll kan efter egen ansökan få fastställt att han tillhör det andra könet. Fastställelse får ske utan hinder av att sökanden tidigare erhållit fastställelse enligt 2 §.

Fastställelse enligt första stycket meddelas endast om sökanden fyllt arton år och undergått sterilisering eller av annan orsak saknar fortplantningsförmåga. Lag (1991:514).

Fastställelse enligt första stycket meddelas endast om sökanden fyllt arton år.

3 §

Fastställelse enligt 1 eller 2 § får meddelas endast för *ogift* svensk medborgare.

Fastställelse enligt 1 eller 2 § får meddelas endast för svensk medborgare eller för utländsk medborgare som sedan minst ett år är bosatt i Sverige.

4 §

Avser någon att söka fastställelse enligt 1 eller 2 § får efter särskilt tillstånd ingrepp ske i hans könsorgan i syfte att göra dem mer lika det motsatta könets. Tillstånd får meddelas endast om förutsättningar för fastställelse föreligger.

Har någon erhållit fastställelse enligt 1 eller 2 § får, efter särskilt tillstånd, könskörtlarna avlägsnas.

Har någon erhållit fastställelse enligt 1 eller 2 § får, efter särskilt tillstånd, könskörtlarna avlägsnas.

Detsamma gäller om någon ansökt om fastställelse enligt 1 § och förutsättningar för fastställelse föreligger *utom i vad avser krav på sterilisering*. Tillstånd får endast om det finns synnerliga skäl meddelas innan sökanden fyllt tjugotre år.

Detsamma gäller om någon ansökt om fastställelse enligt 1 § och förutsättningar för fastställelse föreligger. Tillstånd får endast om det finns synnerliga skäl meddelas innan sökanden fyllt tjugotre år.

Ansökan om tillstånd enligt första stycket görs av den som får söka fastställelse. Bestämelsen i 2 § andra stycket tredje punkten äger motsvarande tillämpning.

Ansökan om tillstånd enligt andra stycket görs av den som vill genomgå ingreppet. Anvisas inte en viss läkare, när tillståndet meddelas, utförs ingreppet på sjukhus av en där anställd läkare.

Om sterilisering och kastrering finns särskilda bestämmelser. Lag (1993:1285).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

Förslag till lag om ändring i Steriliseringslagen (1975:580)

Härigenom föreskrivs att 3 § steriliseringslagen (1975:580) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §

Ansöker den som fyllt aderton men icke tjugofem år och som är svensk medborgare eller bosatt här i riket om sterilisering, får socialstyrelsen lämna tillstånd därtill

1. om det föreligger beaktansvärd risk för att arvsanlag som kan medföra allvarlig psykisk störning, svårartad kroppslig sjukdom eller svårt lyte av annat slag överförs till avkomling (genetisk indikation),

2. i fråga om kvinna, om havandeskap till följd av sjukdom, kroppsfel eller svaghet skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa (medicinsk indikation), eller

3. i samband med ansökan om fastställelse enligt 1 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, *om förutsättningar i övrigt föreligger för sådan fastställelse*. Lag (1991:1960).

3. i samband med ansökan om fastställelse enligt 1 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

Förslag till ändring i förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen

Härigenom föreskrivs att 16 § förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

16 §

Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor, som har till uppgift att avgöra

rättsmedicinska ärenden,

ärenden om *fastställelse av köns-
tillhörighet* eller tillstånd till in-
grepp i könsorgan enligt lagen
(1972:119) om
fastställande av könstillhörighet i
vissa fall,

ärenden om tillstånd till ingrepp i
könsorgan enligt lagen (1972:119)
om
fastställande av könstillhörighet i
vissa fall,

ärenden om tillstånd till sterilisering,

ärenden om tillstånd till kastrering,

ärenden om tillstånd till ingående av äktenskap,

ärenden om tillstånd till abort och tillstånd till avbrytande av havandeskap enligt 6 § abortlagen (1974:595),

ärenden om tillstånd till insemination,

ärenden om tillstånd till befruktning utanför kroppen som vägrats i enlighet med 7 kap. 5 § lagen (2006:351) om genetisk integritet,

ärenden om utlåtande om en persons hälsotillstånd i samband med prövning av en persons lämplighet att ta emot ett barn med hemvist utomlands i syfte att adoptera det,

ärenden där Socialstyrelsen ska yttra sig över en sådan utredning med ett utlåtande om risk för återfall i brottslighet som avses i 10 § lagen (2006:45) om omvandling av fängelse på livstid, samt

andra ärenden, i vilka Socialstyrelsen på begäran av en domstol, en åklagarmyndighet eller en polismyndighet ska avge utlåtande om någons hälsotillstånd.

Om Socialstyrelsen bestämmer det, får rådet avgöra även andra ärenden.

Ordföranden i rådet och ställföreträdaren för denne ska ha erfarenhet som lagfaren domare.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011

Expertyttrande⁴² avseende medicinska risker vid könskonträr hormonbehandling

Undertecknade har av socialstyrelsen uppdragits att belysa nedan angivna frågor och avger härmed följande yttrande

Stockholm 2/6/2010

***Stefan Arver
Specialist Endokrinologi
Allmän Psykiatri***

***Cecilia Dhejne
Specialist***

⁴² Dnr 5.2-18617/2010

Yttrande avseende följande frågeställningar

1. Vilka medicinska risker finns beskrivna i litteraturen avseende insättande av konträr hormonbehandling utan att gonaderna avlägsnats?
2. Hur hanterar man idag konträr hormonbehandling av personer som har sina gonader kvar?
3. Vilka psykologiska och psykiska risker kan identifieras om en konträr hormonbehandling inte sätts in?
4. Hur görs avvägningen idag mellan en somatisk respektive en psykologisk/psykisk risk?

Bakgrund

Att vara fångad i fel kropp, det vill säga att uppleva att könsidentiteten inte stämmer med det kroppsliga könet kallas transsexualism eller könsidentitetsstörning (ICD 10 DSM IV, diagnos manualer). och har varit föremål för psykiatrisk, medicinsk och kirurgisk behandling i strukturerad form i Sverige sedan tillkomst av lag om könsbyte i särskilda fall 1972. Sedan lagens tillkomst har många markanta förändringar skett både vad avser tekniska metoder för fortplantning, metoder för hormonell behandling, plastikkirurgisk teknik och inte minst synen på kön och liksom ifrågasättande av den traditionella synen på könsuppdelning. I utredning och handläggande av frågeställningar rörande könsidentitet i ett klinisk avseende har nya kliniska entiteter tydligare framträtt. Till dessa hör personer som har en könsidentitetsproblematik som med klassiska kriterier faller inom ramen för diagnosen transsexualism och personer som har annan form av könsidentitetsproblematik och som önskar partiell korrigering av det kroppsliga könet. Detta kan innebära önskan om hormonell behandling utan borttagande av könskörtlar eller korrigering av yttre könsorgan och hos kvinnor till män endast borttagande av bröstet och i vissa fall ingen korrigering kirurgi över huvudet. Medicinskt och psykiatriskt innebär handläggning av dessa patientgrupper delvis nya frågeställning och riskbedömningar liksom behov av utvärdering av olika behandlingsstrategier. En vanlig uppfattning är att önskan om kastration och korrigering kirurgi är ett kriterium för diagnosen transsexualism enligt ICD 10 och könsidentitets-

störning enligt DSM-IV. Något obligat krav på detta finns dock inte i någon av diagnosmanualerna (se fotnot 1 och Cohen- Kettenis 2010). I den svenska lag som reglerar juridiskt könsbyte finns inte heller krav på vare sig diagnos transsexualism eller önskan om kirurgisk korrektion för att kunna få juridisk fastställelse av nytt kön (se fotnot 1). Nuvarande lag kräver dock att personen genomgått sterilisering vilket innebär tilltäppning av äggledarna hos kvinnor och sädesledarna hos män (inget av dessa ingrepp förhindrar idag assisterad befruktning).

Den internationellt vedertagna behandlingen av transsexualism inkluderar korrigerande av det biologiska könet med hormonell och korrigerande kirurgisk behandling inkluderande könsorgan, bröst och även extragenitala strukturer som struphuvud och ibland ansiktsskelett samt kastration. Hormonell och kirurgisk behandling eftersträvar att ändra utseendet så att det bättre liknar det önskade könet. Det förefaller finnas en växande grupp transsexuella personer och andra med könsidentitetsproblematik som endast vill genomföra vissa delar av behandlingen. Vissa önskar endast hormonell behandling men inte genomgå kastration eller hos kvinnor till män avlägsna livmodern. Systematisk kunskap om dessa personer saknas men två grupper kan urskiljas, dels de som uppfyller de diagnostiska kriterierna för transsexualism dels personer med andra former av könsidentitets störning, som klassificeras enligt ICD 10 som Könsidentitetsstörning ospecificerad F64.9).

Ett antal uppföljningsstudier har påvisat förbättring av könsdysfori, psykologisk funktion, psykiatrisk och sexuell hälsa, livskvalitet och arbetsförmåga och grad av ånger efter hormonell och kirurgisk könskorrigering med mycket få ångerfall (Murad et al 2009, Hembree et al 2009, Johansson, Sundbom, Höjerback och Bodlund 2009, Smith et al 2005, De Cupyere et al 2005, Chen-Kettenis & Gooren 1999, Eldh et al 1997). I en nyligen genomförd studie på 42 av totalt 60 personer som accepterats för könskorrigering i Lund och Umeå sågs en global förbättring hos flertalet och ingen som ångrade sig efter minst 5 år uppföljning (Johansson, Sundbom, Höjerback och Bodlund 2009). De uppföljningsstudier som omfattar såväl somatiska och psykiatriska utfall gäller huvudsakligen personer som genomgått komplett könskorrigering inkluderande hormonell och kirurgisk intervention. Hur många personer med transsexualism

som endast genomgått partiell behandling vid olika centra för könsbyte i är inte känt. I en artikel från Holland (Hage & Karim 1999) framkom att transsexuella som fått hormonell behandling mellan 1975-1995 hade i gruppen kvinnor till män 48 % endast utfört mastectomi och 13 % hade inte utfört några operationer alls. I gruppen män till kvinnor hade 24 % ej genomgått några operationer och 2 % hade enbart genomgått bröstförstoring. I studien från Lund/Umeå hade 10 av de 42 undersökta personerna ännu inte opererats och fem hade bestämt sig för att inte genomgå kirurgisk behandling men fortsatt med hormon behandling. Det långsiktiga utfallet bland dem som endast genomgått partiell behandling är inte närmare undersökt och det finns inga publikationer som tar upp detta. .

1 a Vilka somatiska risker finns beskrivna i litteraturen avseende insättande av konträr hormonbehandling utan att gonaderna avlägsnats?

Kartläggning av somatiska risker vid konträr könshormonbehandling av transsexuella personer hänförs i huvudsak till personer som genomgått den kompletta processen inkluderande avlägsnande av könskörtlar och hos kvinnor till män även mastectomi och hysterektomi. I den största genomgången redovisas data från 2 236 män till kvinnor (MF) och 876 kvinnor till män (FM) (Gooren, Giltay & Bunck 2008). Samma grupp har även gjort en separat översikt med fokus på risker med androgen behandling av transsexuella kvinnor till män (N=712). Den senare publikationen innehåller även sparsamma data från kvinnor som behandlats med androgener men inte genomgått borttagande av ovarier och livmoder (Gooren & Giltay 2008). Riskprofilen avseende hela gruppen av transsexuella som behandlats med konträrt könshormon medger slutsatser avseende bieffekter med hög prevalens men ger inget underlag för bedömning av lågfrekventa risker.

Utifrån dessa data kan således ingen evidensbaserad riskbedömning göras för besvarande av den aktuella frågeställningen; risker med konträr könshormonbehandling när könskörtlarna finns kvar. Den riskbedömning som kan göras

baseras därför på andra observationer när män respektive kvinnor utsatts för högre nivåer av konträrt könshormon än normalt.

Utgångspunkten kan begränsas till risker för kvarliggande gonadvävnad som utsätts för höga nivåer konträrt könshormon och sekundära effekter av dessa hormoner med avseende på gonaderna i sig och för kvinnor kvarvarande uterus.

Män till kvinnor.

Tillförsel av östrogen till män leder till avstängning av testikelns endokrina och exokrina funktion genom komplett nedreglering av hypofysens insöndring av gonadotropinerna LH och FSH. Testiklarna upphör att producera testosteron och produktionen av spermier och spermieknaden avstannar. Det finns inga kända risker med detta. Erfarenheten av liknande situationer finns i stor omfattning dels från män som på grund av sjukdomar i hypotalamus och hypofys saknar LH och FSH insöndring, dels från män som på grund av hormonberoende sjukdom behandlas med GnRH analoger som stänger av gonadotropin insöndringen (medicinsk kastrering) och slutligen män som behandlas med testosteron på grund av hypogonadism eller som experimentell anti-konception. I litteraturen finns inga observationer som talar för några risker ur gonadsynpunkt vid dessa tillstånd. Det finns inte något fysiologiskt underlag för att misstänka någon skillnad i risk vid behandling av män med östrogen om testiklarna finns kvar eller har avlägsnats. Det bör också påpekas att kvarvarande testiklar kan aktiveras om gonadotropin stimulering återkommer och att man då kan återfå såväl testosteronproduktion som spermiebildning, sannolikt även efter flera decenniers behandling med konträrt könshormon. Den man som behandlas med östrogen kan således bibehålla potential att bli biologisk förälder så länge orchiektomi inte utförts. Andra risker med östrogenbehandling är generella och inte beroende av kvarvarande gonader och gäller alla transsexuella män till kvinnor oavsett kirurgisk intervention. Riskpanoramata gäller här trombembolisk sjukdom (högst relativ risk), bröstcancer (sällsynt men förekommer särskilt vid ärftlig belastning), prolaktinom (risk som närmar sig den risk biologiska kvinnor har), prostata cancer (sällsynt särskilt om östro-

genbehandling startat för 40 år ålder) (Hembree et al 2009).

Bröstcancer: Östrogenbehandling utan tillägg av progesteron tycks inte vara förenat med ökad risk för bröstcancer hos kvinnor. Detta har belagts i uppföljningsstudier av transsexuella män till kvinnor, kvinnor som postmenopausalt behandlats med enbart östrogen och kvinnor med primär hypogonadism som behandlats med östrogen (XO eller Turners syndrom) (för ref se Hembree, Cohen Kettenis, Delemarre.van det Waal et al 2009). Bröstcancerrisken torde vara helt oberoende av om testiklarna avlägsnats eller ej. Vid behandling av personer där testiklarna finns kvar används inte sällan cyproteronacetat (Androcur) för att erhålla anti-androgen effekt och för att få en effektiv och snabb nedreglering av LH och FSH insöndringen. Då cyproteronacetat är ett gestagen bör denna behandling ur bröstsynpunkt begränsas till kortast möjliga period. För att erhålla stabil och kvarstående nedreglering av testiklarnas aktivitet räcker i allmänhet östrogenbehandling, om detta inte är tillräckligt kan behandling med långverkande GnRH analoger användas så att gestagen exponeringen reduceras.

Kvinnor till män.

Kvinnor som behandlas med testosteron i den transsexuella processen exponeras får nivåer av testosteron som är identiska med de nivåer som man eftersträvar vid behandling av män med testosteronbrist dvs. normala nivåer för vuxna män. Om denna behandling ges utan avlägsnade av ovarier och/eller livmoder uppkommer ett riskscenario som inte helt kan avskrivas och som kan behöva särskild monitorering.

Effekter på kvarvarande bröstvävnad. För personer som inte genomgår mastektomi föreligger också effekter på bröstvävnad som bör tas under övervägande vid bedömning av den totala risken hos den kategori personer som genomgår viriliserande behandling utan kirurgisk intervention. Orsaken till uppkomst av risk betingas av två faktorer: dels den direkta effekten av för kvinnor suprafysiologiska nivåer av testosteron och det faktum att testosteron omvandlas till östrogen. I realiteten ändras inte östrogen nivåerna påtagligt hos transsexuella kvinnor till män när behandling med testosteron påbörjas. Detta

beror på den konverteringen av testosteron till östrogen som sker. Det kommer således att föreligga någon grad av fortgående östrogenpåverkan på såväl livmoderslemhinna som bröstvävnad om dessa vävnader finns kvar. Hos kvinnor med så kallat polycystiskt ovarie syndrom är testosteronnivåerna 2-3 gånger högre än hos jämförbara kvinnor utan detta syndrom. I denna (stora ca 7 % av fertila kvinnor) patientgrupp finns ingen ökad sjuklighet i bröstcancer vilket talar emot att testosteron skulle ge en ökad bröstcancer risk. Sammanställning av resultat från detaljerade studie av bröstvävnad hos transsexuella kvinnor till män som behandlats under lång tid med testosteron visar en histologisk bild som överstämmer med bröstvävnad hos kvinnor postmenopausalt, dvs. en involution av bröstvävnaden med fibrotisering och tillbakabildning av körtelvävnad. Bröstcancer har rapporterats hos tre kvinnor till män transsexuella och förefaller ovanligt och i lägre frekvens än vad som förväntas utgående från bröstcancerrisken hos genotypa kvinnor med bibehållen kvinnlig fenotyp (Mueller and Gooren 2008) men några säkra riskdata kan inte fastställas på grund det begränsade antalet individer och olikheter i exponering för testosteron och stor spridning på varaktighet av exponering (1-25 år). Sammanfattningsvis föreligger ingen indikation på ökad risk för bröstcancer vid behandling med testosteron.

Effekten av långtidsbehandling med testosteron på uteruslemhinna.

Det har studerats i detalj hos 19 transsexuella kvinnor till män (Futterweit and Deligdisch 1986). Livmoderslemhinns utseende varierade från helt inaktivt endometrium till mild hyperplaci och sekretorisk myometrium. Detta verifierar att konvertering av testosteron till östrogen dels varierar från individ till individ dels har en påverkan på uteruslemhinnan. Några cellatypier eller andra malignitetstecken noterades inte och några fall av endometriecancer hos kvinna till man transsexuella som haft livmodern kvar har inte dokumenterats. Precis analogt med vad som sker i bröstvävnad leder testosteronbehandling till bibehållna och ibland även högre östrogennivåer än de hos postmenopausala kvinnor som behandlas med östrogen. Rent teoretiskt föreligger en situation med stimulerat endometrium utan progesteronskydd. I vilken grad testosteron har en hämmande effekt på endometriet är inte klarlagt och förefaller även variera från individ till individ. I avsaknad av studier med tillräcklig statistisk styrka kan en

riskvärdering inte göras vilket får kompenseras med monitorering av de kvinnor som behandlas med manliga nivåer av testosteron och som inte genomgår hysterektomi. Behandling med kontinuerligt gestagen tillägg för att skydda endometriet kan vara en metod särskilt hos dem som genomgått mastektomi (mindre bröstcancer risk) men tveksammare om detta inte gjorts. Detta är dock teoretiska överväganden utan uppbackning av patientdata.

Effekter på ovariet av testosteronbehandling. Långvarig exponering av ovariet för “manliga” testosteronnivåer (<18 månader) leder till förändring av ovariets utseende till en polycystisk bild som liknar den vid polycystiskt ovarie-syndrom både avseende histologi och hormonell mikromiljö. Ovariecancer är en vanlig anledning till cancerrelaterad död hos kvinnor och den vanligaste dödliga gynekologiska cancersjukdomen. I den sammanställning som finns tillgänglig (Gooren & Giltay, 2008) rapporteras två fall av ovariecancer i den holländska kohorten (Hage, Dekker, Karim et al 2006) och ytterligare ett fall i en enstaka fallrapport (Dizon, Tejada-Berges, Koelliker et al 2006). Detta är ett större antal än förväntat och indikerar men säkerställer inte en reell riskökning.

Sammanfattning av somatiska risker:

Vid behandling med konträrt könshormon av personer med könsidentitetsstörning där könskörtlarna, uterus och bröst inte avlägsnats finns vissa medicinska säkerhetsfrågor att ta hänsyn till. Det ställer också krav på något mer omfattande medicinsk monitorering än vad som gäller för personer som i den transsexuella processen genomgått kirurgisk korrektion.

Man till kvinna:

Kvarvarande testiklar utgör ingen medicinsk risk och kräver ingen särskild monitorering utöver vad som gäller efter kastration (avlägsnande av könskörtlarna) eller män i största allmänhet. Dock skall det uppmärksammas att behandling med gestagen även i form av cyproteronacetat skall begränsas på grund av den ökade risk för bröstcancer som tycks förenat med gestagenbehandling

Kvinna till man

Bröst: undersöks enligt vårdprogram för kvinnor dvs. självundersökning och mammografi. Huruvida testosteronbehandling har en risk reducerande, neutral eller risk ökande inverkan är oklart och kan variera från individ till individ. Viktigast är att klarlägga eventuella hållpunkter för ökad genetisk risk dvs. anamnes.

Uterus: årlig undersökning med ultraljud (vaginalt, rektalt eller abdominellt) för bedömning av livmoderslemhinna. Vid blödning skall fördjupad undersökning göras av gynekolog. Livmodertappen bör undersökas årligen med cellprov eller från tid till annan gällande undersöknings program för kvinnor.

Ovarier: Ovariecancer har rapporterats hos transsexuella kvinnor till män under behandling med testosteron. Några säkra data som pekar på en ökad risk föreligger inte men det kan inte uteslutas att det föreligger en ökad risk vid högdos testosteronbehandling. Kvinnor med PCO (tillstånd med ökad testosteronnivå) har inte ökad frekvens av ovariell cancer. Denna grupp är dock inte helt jämförbar avseende testosteronnivåer med transsexuella. Det förefaller rimligt att inkludera årligt ovariellt ultraljud i monitorering av denna grupp kvinnor. Liksom vid bröstcancer är information om genetisk risk av stort värde (anamnes).

1 b Vilka psykiatriska/psykologiska risker finns beskrivna i litteraturen avseende insättande av konträr hormonbehandling utan att gonaderna avlägsnats?

De som kan tänkas önska denna behandling består huvudsakligen av två grupper. De med diagnosen transsexualism och de med diagnosen könsidentitetsstörning utan specifikation som av olika skäl inte önskar få sina könskörtlar avlägsnade. Dessa skäl kan vara att man inte vill utsätta sig för upplevd onödig operation av borttagande av friska organ, eller att man vill bevara sin fertilitet och inte ser infrysning av spermier eller ägg som ett alternativ. Frågan

om det finns psykologiska risker med konträr hormonbehandling får således delas upp i risker före respektive grupp (transsexualism respektive könsidentitetsstörningar UNS).

Risker med konträr hormonbehandling för gruppen med Transsexualism F64.0

Det är i ett flertal studier visat att de som lider av transsexualism förbättras avseende könsdysfori, psykologisk funktion, psykiatrisk samsjuklighet och livskvalitet av hormonell och kirurgisk behandling av sin transsexualism, samt mycket få fall av ånger (Murad et al 2009, Hembree et al 2009, Johansson, Sundbom, Höjerback och Bodlund 2009, Smith et al 2005, De Cupyere et al 2005, Cohen-Kettenis och Gooren 1999, Eldh et al 1997). Dessa studier inkluderar huvudsakligen personer med som genomgått både en kirurgisk inklusive avlägsnande av könskörtlar och en hormonell behandling, en del studie inkluderar även personer som endast har fått delar eller ingen kirurgisk behandling. En studie jämförde icke opererade transexuella personer som startat hormonbehandling på egen hand innan de sökt vård för sin transsexualism med en grupp som var omedicinerade och fann att gruppen som medicinerade med hormoner mådde psykiskt bättre. Längre duration av hormonmedicinering var också associerat med bättre psykologisk anpassning, (Leavitt et al 1980). Det finns inga skäl att tro att det föreligger någon skillnad i psykologisk eller psykiatrisk risk med att behandla denna grupp jämfört med dem som är transexuella och önskar borttagande av könskörtlar. Att inte behandla får således betraktas som en risk för kvarstående könsdysfori, dålig psykologisk funktion, psykiatrisk samsjuklighet och försämrad livskvalitet.

Risker med konträr hormonbehandling vid Könsidentitetsstörning UNS F64.9

Det saknas vårdprogram och guidelines för handläggning av personer med könsidentitetsstörning UNS och några uppföljningsstudier föreligger inte. Det finns också mycket lite klinisk erfarenhet av denna grupp då de flesta vårdgivare i avsaknad av vårdprogram inte överväger behandling av dessa patienter. Sannolikt självmedicinerar ett okänt antal med hormoner. Viss kunskap om

gruppens hälsa i stort finns dock från en webbaserad undersökning om HBT personers hälsa och livsvillkor som publicerades av Statens Folkhälsoinstitutet 2006. I denna ingick 374 personer som definierat sig som transpersoner och man kan anta att bland dessa finns personer som skulle diagnosticeras som könsidentitetsstörning UNS. Från denna undersökning framkom att det var vanligt med bristande tillit och förtroende för hälso- och sjukvården, och de skattade sin upplevda hälsa sämre än vad gruppen homo och bisexuella gjorde. Bland transpersoner hade 50 % övervägt att ta sitt liv och 21 % hade gjort självmordsförsök. Utifrån ovanstående skulle man kunna tänka sig följande risker:

- Personens könsdysfori och önskan om konträr hormonbehandling fluktuerar över tid. Om en person avbryter påbörjad hormon behandlingen kan vissa irreversibla förändringar ha skett. Hos kvinnor till män sker en tillväxt av klitoris och struphuvud med förändrat röstläge. Hos män till kvinnor går brösttillväxt vanligen inte tillbaka. Dessa irreversibla förändringar kan leda till konsekvenser hos de som ångrar sig efter en tids hormonell behandling. Klitorisförstoring torde inte leda till något större psykiskt lidande. Att som kvinna ha ett manligt röstläge skulle dock kunna leda till ett psykiskt lidande även om det finns kvinnor med mörk röst. Innan hormonell behandling påbörjas är det av största vikt att noggrant överväga diagnos och differentialdiagnoser och att man väger för och nackdelar med behandlingen tillsammans med patienten. Vidare är det mycket viktigt att patienten informeras muntligt och skriftligt och att man säkerställer att patienten är införstådd med de irreversibla förändringarna som orsakas av konträr hormonbehandling. Detta skall dokumenteras i journalen.
- Person med könsidentitetsstörning UNS utvecklar en genuin transsexualism vilket knappast kan betraktas som en risk. Det finns inte någon anledning att anta att hormonell behandling precipiterar en önskan om könsbyte. Såväl vuxna män som kvinnor som av olika anledning exponerats föra höga nivåer av konträrt könshormon behåller sin könsidentitet. Transsexuella har också för det biologiska könet helt normala könshormonnivåer före start av konträr hormon. Någon risk för änd-

ring av könsidentiteten på grund av konträr könshormonbehandling föreligger inte.

- Man understödjer ambivalensen hos personen och hindrar därmed en utvecklingsprocess. Denna ambivalens lever personen med oavsett behandling med hormoner eller ej. En hormonell behandling kan även innebära att personen kommer fram till att detta inte förbättrade könsdysforin. Detta innebär att det kan uppkomma ett utrymme för annan behandling med exempelvis psykoterapi.
- Personen utvecklar ett könsöverskridande utseende som kan tänkas innebära svårigheter eller diskriminering. Detta är inte unikt för denna grupp utan gäller även transsexuella personer.

Finns det några specifika psykiatriska eller psykologiska risker med hormonbehandling om man har kvar sina könskörtlar oavsett vilken grupp man tillhör?

Vare sig testosteron- eller östrogenbehandling i sig är förenade med några allvarliga psykiatriska biverkningar. Tidigare rädsla för att testosteron skulle framkalla aggressivitet har inte alls kunnat beläggas i studier (Tricker et al 1996). Testosteron höjer sexuell lust hos kvinnor till män men detta brukar inte leda till några problem och är mer en anpassningsprocess. Män till kvinnor kan däremot utveckla psykiska symtom som beror på för låga testosteron nivåer. Detta kan i så fall avhjälpas med ett mindre testosteron tillskott. Vid behandling med Cyproteronacetat (anti androgener och gestagener) kan depressiva biverkningar förekomma och behandlingen bör alltid ske under kortast möjliga tid.

2. Hur hanterar man idag konträr hormonbehandling av personer som har sina gonader kvar?

Några gemensamma rutiner för detta har inte diskuterats eller utarbetats utan sköts av den enskilde behandlaren enligt egen bedömning. Gruppen med kvarvarande könskörtlar har varit liten och utgjorts av undantagsfall. När det nu ser ut att bli en vanligare frågeställning finns anledning att skapa ett vårdprogram för detta som en del i handlägningsprogrammet för denna kategori. Idag sköts

dessa som andra transsexuella med årliga kliniska kontroller efter det att behandlingen stabiliserats.

3. Vilka psykologiska och psykiska risker kan identifieras om en konträr hormonbehandling inte sätts in?

Gruppen som kan tänkas önska denna behandling består huvudsakligen av två grupper. De som har diagnosen transsexualism F64.0 enligt ICD 10 och som av olika skäl inte önskar få sina könskörtlar avlägsnade. Den andra gruppen som kan tänkas önska denna behandling är personer med könsidentitetsstörning UNS F64.9 enligt ICD 10 (se 1b).

Frågan får således delas upp i om det finns risker med konträr hormonbehandling för personer med transsexualism och könsidentitetsstörningar UNS?

Risker med att inte sätta in konträr hormonbehandling vid transsexualism F64.0

Det finns endast en publicerad uppföljning av personer som sökt hjälp för könsdysfori och som inte bedömdes uppfylla då rådande kriterierna för genuin transsexualism och därför inte fick någon könskonfirmerandebehandling (Lundström akademisk avhandling 1981). Lundström följde upp 31 personer som inte hade accepterats för könskonfirmerande behandling på grund av att diagnosen bedömdes som osäker och att patienten bedömdes lida av homosexualitet, transvestism, eller inte hade tillräckligt grad av könsdysfori. Personer hade även nekats behandling på grund av social eller mental instabilitet eller kände egen ambivalens till följd av sociala eller familjeskäl. Med idag gällande diagnostisk tradition hade sannolikt flera av dessa 31 personer beviljats en könskorrigering och bedömts uppfylla kriterierna för transsexualism F64,0. Av de 31 hade fyra personer gått vidare och korrigerat sitt kön vid en annan klinik. 26 var fortfarande könsdysforiska och en hade begått suicid och sju hade gjort självmordsförsök. Lundström konkluderade att personer med genuin transsexualism hade kvar sin könsdysfori och önskan om könskonfirmerandebehandling. De som bedömdes som homosexuella hade dock anpassat sig och var inte längre könsdysforiska medan gruppen som bedömts som transvestiter fortfa-

rande var könsdysforiska. Det är sannolikt att gruppen som då bedömdes som transvestiter idag hade fått diagnosen könsidentitetsstörning UNS. Ett flertal studier har också visat att de som lider av transsexualism förbättrats avseende könsdysfori, psykologisk funktion, psykiatrisk samsjuklighet och livskvalitet av hormonell och kirurgisk behandling av sin transsexualism samt att de finns mycket få fall av ånger (Murad et al 2009, Hembree et al 2009, Johansson, Sundbom, Höjerback och Bodlund 2009, Smith et al 2005, D0e Cupyere et al 2005, Cohen-Kettenis och Gooren 1999, Eldh et al 1997). Utifrån ovanstående kan man dra slutsatsen att risken med att inte behandla personer som lider av transsexualism med konträr hormonbehandling utgörs av att personerna har kvarstående könsdysfori sämre psykologisk funktion, mer psykiatrisk samsjuklighet och sämre livskvalitet än om de hade fått behandling.

Risker med att inte sätta in konträr hormonbehandling för gruppen med könsidentitetsstörning UNS F64.9

Det saknas vårdprogram och guidelines för handläggning av personer med könsidentitetsstörning UNS och några uppföljningsstudier föreligger inte. Det finns också mycket lite klinisk erfarenhet om denna grupp då de flesta vårdgivare i avsaknad av vårdprogram inte överväger behandling av denna grupp patienter. Sannolikt självmedicinerar ett okänt antal med hormoner. I övrigt se ovan 1b sid 9.

Personer med könsidentitetsstörning ospecificerat F64,9 har med en sannolik psykisk ohälsa och med ett icke tillgodosett vårdbehov. Ibland söker sig dessa personer till vården med önskemål om konträr hormonbehandling. För att idag få hormonbehandling behöver man uppfylla kriterierna för diagnosen transsexualism och risken är uppenbar att man anpassar sin berättelse så att kriterierna för transsexualism uppfylls och därmed tillgång till behandling. Detta gör att det inte finns utrymme för att diskutera ambivalens och få stöd i att hitta sin identitet och diskutera alternativa behandlingsmetoder av könsdysfori. Risken finns att dessa personer undviker vården helt och istället söker hormonell behandling på egna vägar exempelvis via Internet eller andra kanaler. Detta innebär både psykiatriska/ psykologiska och somatiska risker .

4 Hur görs avvägningen idag mellan en somatisk respektive en psykologisk/psykisk risk?

Någon generell uppfattning om vilka övervägande som görs avseende somatiska och psykiatriska risker vid behandling personer som önskar konträr hormonbehandling med gonaderna kvar. Några riktlinjer eller vårdprogram finns veterligen inte vid någon klinik. Överväganden styrs helt av den enskilda behandlande läkaren.

Referenser

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: American Psychiatric Association, 1994.

Cohen-Kettenis PT, Pfafflin F. The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. Arch Sex Behav 2009.

Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. J Psychosom Res 1999;46(4):315-33.

De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. Arch Sex Behav 2005;34(6):679-90.

Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long-term follow up after sex reassignment surgery. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 1997;31(1):39-45.

Futterweit W and Deligdish L. Histopathological effects of exogenously administered testosterone in 19 female to male transsexuals. J Clin Endocrinol Metab 1986;62:16-21.

Gooren LJ, Giltay EJ and Bunck CM. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience. J Clin Endocrinol Metab 2008, 93(1):19-25.

Gooren LJ and Giltay EJ. Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: effects and risks of administration of androgens to females. J Sex Med 2008 (5):765-776.

Hage JJ, Karim RB. Ought GIDNOS get nought? Treatment options for non-

transsexual gender dysphoria. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(3):1222-7.
Johansson A, Sundbom E, Hojerback T, Bodlund O. A Five-Year Follow-Up Study of Swedish Adults with Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav* 2009.

Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009, 94(9) 3132-3154.

Leavitt F, Berger JC, Hoepfner JA, Northrop G. Presurgical adjustment in male transsexuals with and without hormonal treatment. *J Nerv Ment Dis* 1980;168(11):693-7.

Lundström B. Gender dysphoria a social-psychiatric follow-up study of 31 cases not accepted for sex reassignment. Akademisk avhandling, Institutionen för psykiatri och neurokemi, Göteborgs Universitet.

Meyer W, Bockting W, Cohen-Kettenis PT, Coleman E, DiCeglie D, Devor H, et al. The Standards of Care of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 6th version. *Int J Transgenderism* 2006.

Mueller A and Gooren LJ: Hormone-related tumours in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinology* 2008;159:197-202.

Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2009.

Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005;35(1):89-99.

Statens folkhälsoinstitut (2006). Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Tricker R, Casaburi R, Storer TW, Clevenger B, Berman N, Shirazi A, Bhasin S. The effects of supraphysiological doses of testosterone on angry behavior in healthy eugonadal men--a clinical research center study. *J Clin Endocrinol Metab.* 1996;81(10):3754-8.

Diagnostiska kriterier och svenska anvisningar enligt SFS

ICD 10 Transsexualism F64,0

En önskan om att leva och bli accepterad som en medlem av det motsatta könet, ofta åtföljt av en känsla av obehag eller otillräcklighet med det egna anatomiska könet och en önskan om hormonell eller kirurgisk behandling för att

kroppsligen likna det prefererade könet så mycket som möjligt.

DSM 4 Könsidentitetsstörning

A En stark och bestående identifikation med det motsatta könet inte enbart en önskan om att ha någon kulturbetingad fördel som det motsatta könet anses ha. Hos tonåringar och vuxna yttrar sig störningen t ex i att personen uttryckligen önskar få tillhöra det motsatta könet, uppträder som han eller hon tillhörde det motsatta könet, önskar leva som och bli behandlad som tillhörande det motsatta könet eller, är övertygad om att han eller hon reagerar och känner på ett sätt som är typiskt för det motsatta könet.

B Varaktig otillfredsställelse med sitt kön eller känner sig otillräcklig i sin egen könsroll. Hos tonåringar och vuxna tar sig störningen uttryck i att personen aktivt försöker göra sig av med primära och sekundära könskaraktäristika (tex begär hormonbehandling, kirurgiska ingrepp eller andra åtgärder för att förändra fysiska könskaraktäristika i syfte att simulera tillhörighet till det andra könet) eller att personen tror sig vara född i fel kön.

C Störningen föreligger inte samtidigt med något kroppsligt tvekönat tillstånd.

D störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

De som inte uppfyller kriterierna för transsexualism F64,0 eller Könsidentitetsstörning enligt DSM IV, men lider av en könsdysfori brukar få diagnosen Könsidentitetsstörning, ospecificerad F64.9 enligt ICD 10 eller Könsidentitetsstörning UNS enligt DSM IV.