



København, 18/10-2011

Sammenligning af forløbet for transkønnede, som beskrevet af Rigshospitalets Sexologiske Klinik og internationale retningslinjer og kriterier på området.

I de professionsetiske retningslinjer for kliniske sexologer står

"2) Alle klienter bør behandles med samme professionelle omhu uanset herkomst, status, race, køn, alder, tro, seksuel orientering og handicap." (7)

alligevel har ansøgerens køn tilsyneladende indflydelse på, hvor svært det er at få tilladelse til kønskorrektion.

I foråret udgav RHSK en jubilæumsbog, hvori det fremgår at klinikken i 2010 modtog henvisning fra 60 personer, der ved fødslen var tildelt mandligt køn og 30 personer, der ved fødslen var tildelt kvindeligt køn (9). Der er altså dobbelt så mange personer, der søger klinikken med et ønske om at leve som kvinde end omvendt, hvilket svarer til erfaringerne fra udlandet. Prævalensen i *Standards of Care* giver en faktor 1:2,55 imellem kønnene (5, s. 2) og Socialstyrelsen i Sverige oplyser, at 35% af dem, der har fået tildelt nyt køn har ønsket anerkendelse som mænd imens 65% har ønsket anerkendelse som kvinder (8, s. 22).

Til sammenligning oplyste Sundhedsstyrelsen i 2010, at der i løbet af en 4 ½ årig periode på baggrund af erklæringerne fra RHSK var blevet givet tilladelse til operation for 18 personer, der ønskede anerkendelse som mænd og 6 personer, der ønskede anerkendelse som kvinder (2). I specialevejledningen fremgår, at klinikken (tidligere) blev opsøgt af 50-60 personer. med ønske om kønsskifte årligt (3, s. 8). På grund af forløbenes varighed anvendes de lidt ældre tal fra specialeplanlægningen. Sammenholdes ovenstående tal får man

K→M: 18 tilladelser / (4,5 år x 20 henvisninger/år) = 20% tilladelser/henvisning
M→K: 6 tilladelser / (4,5 år x 40 henvisninger/år) = 3,3% tilladelser/henvisning

Det er uvist hvad årsagen er til at der er seks gange færre, der får tilladelse til vaginoplastik end omvendt, men det er ikke umuligt at forskel i samtalepartnerens syn på transkønnede mænd og transkønnede kvinder kan spille ind.

Klinikkens jubilæumsskrift fra april 2011 er i øvrigt interessant, fordi det er første gang, at de offentligt beskriver deres vurderingsgrundlag og baggrunden for det. Ellids Kristensen og Rikke Kildevæld Simonsen skriver



"Klinikken forsøger derfor blandt andet at indkredse den gruppe, hvor der er "betydelig sjælelig lidelse" forbundet med tilstanden, som teksten er i lovgivningen. Gruppen er i litteraturen beskrevet som primært transseksuelle, ægte transseksuelle eller kernegruppen af transseksuelle og er beskrevet for både kvinder og mænd. Mændene er i Thorkil Sørensens afhandling fra 1987 beskrevet som seksuelt tilbageholdende, med en passiv overfeminiseret karakter, mens kvinderne er beskrevet som dominerende og med en seksuelt aktiv karakter. Landén (1999) beskriver kernegruppen hos begge køn, som personer med et stabilt og livslangt ønske om at være det modsatte køn og med en seksuel tiltrækning til samme køn." (9, s. 70)

Indledningsvist bemærkes, at Sørensens afhandling blev udgivet i 1984, ikke 1987, og at Landéns arbejder blev udgivet i 1998 (11). Den reference RHSK opgiver er hverken tilgængelig i Pubmed eller via Statsbiblioteket.

Til trods for at RHSK er karakteriseret som en højt specialiseret hospitalsafdeling med landsfunktion indenfor vurdering af transkønnede er de eneste to referencer de nævner vedrørende deres koncept altså henholdsvis 13 og 27 år gamle!

Derudover bemærker man, at klinikken omtaler transkønnede i strid med deres kønsidentitet, at klinikken kun refererer halvdelen af Sundhedslovens § 115 og at de overhovedet ikke forholder sig til det formål, der er beskrevet for forløbet i *Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte* og siden citeret af foregående sundhedsminister

"[at] sikre ... at ansøgerens ønske om kønsskifte er vedholdende, og at ansøgeren kan overskue konsekvenserne af et kønsskifte" (1, afsnit 2),

Ser man på de to referencer lader kildekritikken også noget tilbage at ønske Landén skriver fx

"The consensus is that surgical results is a major determinant of post-operative outcome (4, 5)." (11, s. 1)

Alligevel medtager han ikke kirurgiske komplikationer og fysisk funktion i sine statistiske analyser. Ser man på RHSK's beskrivelse refereres der til et livslangt ønske om at skifte køn og en seksuel tiltrækning til det samme køn, som personen blev tildelt ved fødslen, men i regressionsanalysen finder Landén en p-værdi på 0,88 for "Age at onset of transsexualism", en p-værdi på 0,97 for "Not sissy/tomboy as child", en p-værdi på 0,82 for "heterosexual experience" og en p-værdi på 0,15 for "homosexual experience". (11, s. 3) Der er altså ingen af de angivne kriterier, som bare tilnærmelsesvist opnår statistisk signifikans så når Landén finder en signifikant korrelation med det han kalder "non-core group (p<0,02)" må baggrunden søges i andet end alderen ved debut af kønsmistrivsel,



kønstypisk adfærd eller seksuel orientering. "No fluctuation in gender dysphoria symptoms" (11, s. 2) kunne være det udslagsgivende kriterium, men det er ikke medtaget i hans regressionsanalyse så det er ikke muligt at udtale sig om.

De tre førstnævnte kriterier indgår da heller ikke i nogen af de nutidige diagnosekriterier eller behandlingsvejledninger jf. fx *ICD-10*

"F64.0 Transsexualism

A desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by a sense of discomfort with, or inappropriateness of, one's anatomic sex and a wish to have hormonal treatment and surgery to make one's body as congruent as possible with the preferred sex.

Diagnostic guidelines

For this diagnosis to be made, the transsexual identity should have been present persistently for at least 2 years, and must not be a symptom of another mental disorder, such as schizophrenia, or associated with any intersex, genetic, or sex chromosome abnormality." (10, s. 168)

Heller ikke i DSM-IV tillægges de betydning og *Standards of Care* tager direkte afstand

"During the 1960s and 1970s, clinicians used the term true transsexual. The true transsexual was thought to be a person with a characteristic path of atypical gender identity development that predicted an improved life from a treatment sequence that culminated in genital surgery. True transsexuals were thought to have: 1) cross-gender identifications that were consistently expressed behaviorally in childhood, adolescence, and adulthood; 2) minimal or no sexual arousal to cross-dressing; and 3) no heterosexual interest, relative to their anatomic sex. True transsexuals could be of either sex. True transsexual males were distinguished from males who arrived at the desire to change sex and gender via a reasonably masculine behavioral developmental pathway. Belief in the true transsexual concept for males dissipated when it was realized that such patients were rarely encountered, and that some of the original true transsexuals had falsified their histories to make their stories match the earliest theories about the disorder." (5, s. 3)

I forbindelse med revisionen af DSM har WPATH udtalt

"The removal of the specifier of sexual orientation is a welcome change, acknowledging that gender identity and sexual orientation are two separate components of identity ... sexual orientation is of little or no consequence for making treatment decisions." (12, s. 2)



RHSK bemærker i øvrigt selv, at Sverige, hvor undersøgelsen blev lavet, tillader væsentligt flere personer at blive opereret end de gør herhjemme.

Ser man på Thorkil Sørensens arbejde fremgår det, at der i blandt de 23 opererede var 7 personer, der var blevet opereret fire eller flere gange i vagina og 7 personer, der var stærkt utilfredse. Ligeledes ses det, at den såkaldte kernegruppe har oplevet færre operationer end dem, der ikke er i kernegruppen. Sørensen tolker det i retning af, at disse personer af natur er mere tilfredse, men det er næppe hele forklaringen, fordi bl.a. rectovaginale fistler og andre fistler er væsentligt mere udbredt blandt de personer, der ikke klassificeres i kernegruppen. Således har 44% udenfor kernegruppen imod kun 7% indenfor kernegruppen oplevet rectovaginale fistler og 66% har oplevet andre fistler eller alvorlige infektioner udenfor kernegruppen imod kun 21% indenfor (13). Det er vanskeligt at forestille sig, at selv den mest *passivt, submissive* person ikke ville bemærke, hvis der kom sivende urin eller afføring fra vagina. Derfor er der god grund til at tro, at tilfredsheden hos kernegruppen i høj grad hænger sammen med, at de har været mere heldige med deres operationsresultater. Måske er det endda ligefrem sådan, at de ikke brokkede sig netop fordi de havde færre komplikationer og at det, at de ikke brokkede sig af forfatteren blev tolket som om, at de tilhørte gruppen af passivt submissive personer. Endnu engang understøtter data altså, at operationsresultatet er en afgørende faktor for tilfredsheden postoperativt og som ovenfor er der da heller ikke nogen af de nutidige diagnosekriterier eller behandlingsvejledninger der lægger vægt på den transkønnedes personlighed eller seksualitet. Tværtimod tager *Counselling and Mental Health Care of Transgender Adults and Loved Ones* direkte afstand fra at have bestemte forventninger til den transkønnedes seksuelle orientering eller praksis

"Assumptions should not be made about sexual activities. While some transgender individuals are strongly dysphoric about their genitals and do not like them to be touched or looked at, others are not (Coleman et al., 1993). Like non-transgender people, individuals in both the MTF and FTM spectrum may engage in the full spectrum of sexual behaviour, including erotic touch; receptive or insertive oral, vaginal, and anal penetration; and role-playing. Other transgender individuals identify as asexual, or choose celibacy." (6, s. 32)

I en analyse af mere end 70 aspekter hos 232 postoperative transseksuelle fandt Lawrence heller ingen signifikante sammenhænge imellem seksuel orientering eller erfaring og fravær af fortrydelse, men derimod var der en statistisk stærk sammenhæng med antallet af operationskomplikationer ($p < 0,01$) og fysiske funktionsproblemer i neovagina ($p < 0,001$) (14, s. 10). I abstract skriver hun



“Participants reported overwhelmingly that they were happy with their SRS results and that SRS had greatly improved the quality of their lives. None reported outright regret and only a few expressed even occasional regret. Dissatisfaction was most strongly associated with unsatisfactory physical and functional results of surgery.”

I lighed med Landén fandt hun ingen signifikant korrelation mellem ”childhood femininity in others’ probable opinion” og fravær af fortrydelse. Hun fandt dog en signifikant sammenhæng mellem målet og forbedringen i livskvalitet efter operationen. Her skal det dog bemærkes, at dette stadig var en *selvvurderet* skala, at målet ikke korrelerede med fravær af fortrydelse og at kun én ud af 232 oplevede forværret livskvalitet postoperativt:

“Considering Improved QOL with SRS, 42% of participants rated the improvement as 10 on a –10–10 scale, and 59% rated the improvement as 8 or higher. Only seven participants rated their quality of life as unchanged, and only one participant rated it as worsened; together these represented only 3% of participants.” (14, s. 7)

Der er altså ikke statistisk grundlag for at hævde, at manglende ”childhood femininity in others’ probable opinion” kontraindicerer operation.

Sammenfattende må det derfor konkluderes at de kriterier, som RHSK i følge deres egen udgivelse anvender ved vurderingen af transkønnede strider imod diagnosekriterierne (ICD-10, DSM-IV, DSM-V udkastet), nyere internationale behandlingsvejledninger (4, 5, 6), formålet i Sundhedsstyrelsens vejledning (1) og nyere undersøgelser af faktorer med betydning for behandlingen (14).

Det betyder at en stor del af den meget grænseoverskridende dataindsamling i forløbet bliver uden klinisk relevans. Eksempelvis er det tvivlsomt om en pårørendesamtale uden de transkønnedes tilstedeværelse og anmodning om årtier gamle psykologjournaler kan tilskrives nogen værdi i udredningen af en tilstand, der i følge *ICD-10* blot skal have været til stede i to år. Det samme er tilfældet for den minutiøse observation af de transkønnedes afklædte krop og deres fysiske fremtræden, som heller ikke finder belæg i diagnosekriterier, vejledninger eller anden evidens. Man fratager således transkønnede autonomi og privatliv uden belæg for det.

Med venlig hilsen

landsledelsesmedlem
Vibe Grevsen

Referencer

1. Dons AM. Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte. Sundhedsstyrelsen, 2006. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11017>
2. Svar vedr. Ligestillingsproblemer for transkønnede. Sundhedsstyrelsen, 14. september 2010. URL: <http://www.ft.dk/samling/20091/almde/suu/spm/775/svar/739546/890990.pdf>
3. Specialevejledning for psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 15. juni 2010. URL: http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Specialevejledning_2010/Specialevejledning_Psykiatri.ashx
4. GIRES. Guidance for GPs, other clinicians and health professionals on the care of gender variant people. NHS, 2008. URL: <http://www.gires.org.uk/assets/DOH-Assets/pdf/doh-guidelines-for-clinicians.pdf>
5. Meyer W III e. a. Standards of Care for Gender Identity Disorders. WPATH, 2001. URL: www.wpath.org/Documents2/socv6.pdf
6. Bockting W e. a. Counselling and Mental Health Care of Transgender Adults and Loved Ones. Transcend & Vancouver Coastal Health, 2006. URL: <http://transhealth.vch.ca/resources/library/tcpdocs/guidelines-mentalhealth.pdf>
7. Etiske retningslinjer for NACS-medlemmer, der arbejder som sexologer. Dansk Selskab for Klinisk Sexologi. URL: <http://www.klinisksexologi.dk/om-dacs/front-page>
8. Endokrinolog Arver S. Expertyttrande avseende medicinska risker vid könskonträr hormonbehandling I: Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar. Sverige: Socialstyrelsen, 2010. URL: www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-31
9. Kristensen E, Giraldi A. red. 25 år med Sexologisk Klinik. Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, 2011.
10. The ICD-10 for Mental Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization. URL: <http://www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
11. Landén M e. a. Factors predictive of regret in sex reassignment. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1998 Apr;97(4):284-9
12. WPATH Reaction to DSM-V Criteria for Gender Incongruence. WPATH, 25. maj 2010. URL: <http://www.wpath.org/documents/WPATH%20Reaction%20to%20the%20proposed%20DSM%20-%20Final.pdf>
13. Sørensen, T. A follow-up study of operated transsexual males, Acta Psychiatrica Scandinavia, 1981;63(5):486–503. URL: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/120047495/abstract>
14. Lawrence, AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behavior, 2003;32:299–315. S. 307