



Kynáttunargvandi á Íslandi 1997 – 2015

**Aldur, kynjadreifing, lífsvenjur, lyfjameðferð, skurðaðgerðir
og notkun á annarri þjónustu.**

Steinunn Birna Sveinbjörnsdóttir

Ritgerð til B.S. gráðu
Háskóli Íslands
Læknadeild
Heilbrigðisvísindasvið



Kynáttunarvandi á Íslandi 1997 – 2015

**Aldur, kynjadreifing, lífsvenjur, lyfjameðferð, skurðaðgerðir og notkun á
annarri þjónustu.**

Steinunn Birna Sveinbjörnsdóttir

Lokaverkefni til B.S. gráðu í læknisfræði

Leiðbeinendur: Arna Guðmundsdóttir, Elsa Bára Traustadóttir

og Óttar Guðmundsson.

Læknadeild

Námsbraut í Læknisfræði

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Maí 2016

Ritgerð þessi er til B.S. gráðu í Læknisfræði og er óheimilt að afrita efni ritgerðarinnar á nokkurn hátt án leyfis réttihafa

©Steinunn Birna Sveinbjörnsdóttir

Reykjavík, Ísland 2016

Efnisyfirlit

Ágrip	1
Myndaskrá.....	2
Töfluskrá.....	2
Listi yfir skammstafanir.....	2
Þakkir	3
Inngangur	4
Skilgreiningar	4
Transteymið.....	4
Faraldsfræði	4
Greining.....	5
Meðferð	6
Hormónameðferð	7
Kynleiðréttingaraðgerð	11
Geðræn vandamál	13
Börn með kynáttunarvanda	13
Markmið.....	14
Efniviður og aðferðir	15
Gagnaöflun.....	15
Tölfræðiúrvinnsla.....	15
Leyfi.....	16
Niðurstöður	16
Faraldsfræði	16
Meðferð	18
Umræða	19
Faraldsfræði	19
Meðferð	22
Ályktanir.....	23
Heimildir:	24

Ágrip

Kynáttunarvandi á Íslandi 1997 - 2015

Aldur, kynjadreifing, lífsvenjur, lyfjameðferð, skurðaðgerðir og notkun á annarri þjónustu.

Steinunn Birna Sveinbjörnsdóttir¹, Elsa Bára Traustadóttir³, Óttar Guðmundsson³, Arna Guðmundsdóttir².

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²Göngudeild innkirtlalækninga Landspítala og ³Geðdeild Landspítala

Inngangur

Kynáttunarvandi er ástand þar sem einstaklingur upplifir sig í röngu kyni. Þetta fólk kallast transfólk. Líffræðilegar konur sem upplifa sig sem menn kallast transmenn og líffræðilegir karlar sem upplifa sig sem konur kallast transkonur. Á Landspítala starfar teymi sem sérhæfir sig í greiningu og meðferð transfólks. Á síðustu árum hefur orðið fjölgun einstaklinga sem leita sér aðstoðar vegna kynáttunarvanda. Markmið þessarar rannsóknar var að skoða lýðfræði (demographiu) þessa hóps og meðferð með von um að geta bætt þjónustu við hópinn.

Efniviður og aðferðir

Lýsandi rannsókn sem tók til allra einstaklinga með kynáttunarvanda sem komu til transteymis Landspítalaárin frá 1997 til ársloka 2015. Upplýsingar fengust úr sjúkraskrá.

Niðurstöður

Alls leituðu 84 einstaklingar til transteymisins á tímabilinu, þar af 49 transkonur og 35 transmenn. Fjöldi þeirra sem hefur leitað sér aðstoðar hefur aukist. Aldur transfólks sem leitar sér aðstoðar virðist vera að lækka. Meðalaldur transmanna var 23 ± 6 ár en meðalaldur transkvenna var 31 ± 11 ár. 25% transkvenna voru í sambandi, sambúð eða í hjónabandi við fyrstu komu til transteymisins en 43% transmanna. Tæplega helmingur transkvenna og rúmlega 70% transmanna voru við nám og/eða í vinnu. Aðeins 4% transkvenna og 3% transmanna höfðu lokið háskólamenntun. 29% transkvenna og 26% transmanna reyktu á tímabilinu. 16% transkvenna og 9% transmanna hafa átt við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða. Tæplega 60% transkvenna og 30% transmanna nýttu sér þjónustu talmeinafræðings. 41% transkvenna og 14% transmanna fóru í kynleiðréttingaraðgerð á kynfærum.

Ályktanir

Þessi rannsókn var sú fyrsta sem gerð hefur verið á transfólki á Íslandi. Aðeins var stuðst við sjúkraskrár við gerð þessarar rannsóknar og því er margt sem mætti skoða betur, sérstaklega með tilliti til umhverfis og lífsvenja einstaklinganna. Ljóst er að sífellt fleiri leita til transteymisins á hverju ári en það má ef til vill rekja til breytta aðstæðna í samfélaginu. Álykta mætti frá þessum niðurstöðum að transfólk á Íslandi er félagslega jaðarsettur hópur með lélega menntun og stöðu.

Myndaskrá

Mynd 1. Fjöldi transfólks sem leitar til transteymis á ári.....	16
Mynd 2: Meðalaldur transkvenna og transmanna.....	16

Töfluskrá

Tafla 1. Áhrif og tímalengd einkenna af völdum kvenhormóna.....	8
Tafla 2: Áhrif og tímalengd einkenna af völdum karlhormóna.....	9
Tafla 3. Aukaverkanir hormónameðferðar.....	11
Tafla 4. Faraldsfræði transkvenna og transmanna.....	17
Tafla 5. Meðferð transkvenna.....	18
Tafla 6. Meðferð transmanna.....	18
Tafla 7. Fylgikvillar í kjölfar kynleiðréttingaraðgerðar hjá transkonum.....	19

Listi yfir skammstafanir

BUGL	Barna- og unglíngageðdeild Landspítalans
CPA	Cyproterone acetate
DSM-5	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5.útgáfa
ENIGI	European Network for the Investigation of Gender Incongruence
FtM	Female to Male
FSH	Follicle stimulating hormone
GnRH	Gonadotrophin Releasing Hormone
ICD-10	International Classification of Diseases 10
LH	Luteinizing hormone
MtF	Male to Female
SHBG	Sex hormone binding globulin
WHO	World Health Organization
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

Þakkir

Bestu þakkir fá leiðbeinendur mínir, Arna Guðmundsdóttir, Elsa Bára Traustadóttir og Óttar Guðmundsson fyrir góða handleiðslu, yfirllestur og stuðning við gerð verkefnisins. Einnig fær Linda Björk Markúsdóttir talmeinafræðingur transteymisins kærar þakkir fyrir yfirllestur og ábendingar um lesefni. Sérstakar þakkir fær Arna Guðmundsdóttir fyrir sérstaklega góðan stuðning og aðhald og ekki síst að hafa boðið mér að sitja marga fyrirlestra um transfólk hjá virtum fyrirlesurum, erlendum sem og íslenskum.

Ég vil einnig þakka sambýlismanni mínum og hagfræðinemanum Daða Frey Helgasyni fyrir ómetanlega hjálp við tölfraeðiúrvinnslu.

Inngangur

Skilgreiningar

Transgender hugtakið er gríðarlega vítt og undir það fellur meðal annars fólk með kynáttunarvanda eða transfólk.¹ Transkonur (e. *male to female*, MtF) eru líffræðilegir karlar sem upplifa sig sem konur. Transmenn (e. *female to male*, FtM) eru líffræðilega konur sem upplifa sig sem karlmenn. Kynáttunarvandi (e. *gender identity disorder/transsexualism*) er skilgreindur skv 1.ml. 1.mgr 3.gr laga um réttarstöðu einstaklinga með kynáttunarvanda nr. 57/2012 „Upplifun einstaklings frá unga aldri um að hann telji sig hafa fæðst í röngu kyni og óskar að tilheyra hinu kyninu.” Kynáttunarvandi er ástand þar sem einstaklingar upplifa sig í röngu kyni og vilja leiðrétt kyn sitt. Það er misjafnt hversu langt fólk vill ganga í sínu leiðréttingarferli en einstaklingum býðst hormónameðferð, skurðaðgerðir og sálræn meðferð.² Kynvitund (e. *gender identity*) er innri vitund eða upplifun á eigin kyni en kynferði er líffræðilegt kyn. Kyngervi (e. *gender role*) er hið félagslega kyn, hvað einstaklingurinn sýnir. ³ Þessi hugtök voru þróuð upp úr 1950 af kynfræðingnum John Money.⁴ Þó ber að nefna að þessi skilgreining á kynáttunarvanda hefur verið gagnrýnd þar sem sumir einstaklingar kjósa að skilgreina ekki kyn sitt (þriðja kynið). Þá ber einnig að nefna að talað er um kynleiðréttingarferli en ekki kynskiptingu þar sem þessir einstaklingar líta yfirleitt svo á að þeir hafi fæðst í röngu kyni og það þurfi að leiðrétt.

Transteymið

Árið 2012 voru gefin út lög á Alþingi um réttarstöðu einstaklinga með kynáttunarvanda. Skv 1.ml. 1.mgr 4.gr laga nr. 57/2012 kemur fram að „á Landspítala skal starfa teymi sérfræðinga um kynáttunarvanda og skal það tilnefnt af forstjóra sjúkrahússins. Hlutverk teymisins er að hafa umsjón með greiningu og viðurkenndri meðferð einstaklinga með kynáttunarvanda. Í teyminu skulu vera sérfræðingar á sviði geðlækninga, innkirtlalækninga og sálfræði. Teyminu er heimilt að kalla til aðra sérfræðinga sér til ráðgjafar og samstarfs.“ Í teyminu eru einnig lýtalæknir og talmeinafræðingur.

Faraldsfræði

Lítið er til af stórum og fjölmönnum rannsóknum á kynáttunarvanda í heiminum. Helstu rannsóknir síðustu ára hafa komið frá Hollandi. Nú er mikil aukning á þessum rannsóknum. Til þess að reyna að samræma niðurstöður og verklagsferla hefur nú verið stofnaður stór rannsóknarhópur „West European Gender Identity Clinics“ – af vísindamönnum frá Amsterdam í Hollandi, Ghent í Belgíu, Hamborg í Þýskalandi og Oslo í Noregi. Hópurinn kallar sig ENIGI (European network for the investigation of gender incongruence) og nú eru teknar að birtast niðurstöður úr þeirra vinnu. Í fyrstu rannsókn ENIGI kom fram að ekki var munur á atvinnuþátttöku og lífnaðarháttum (e. *living conditions*) transfólks á milli landanna. Það kom í ljós að það var ekki munur á aldri þegar einstaklingarnir fundu fyrst fyrir kynáttunarvandann (e. *age of onset*). Ekki var heldur munur á kynhneigð þeirra sem leituðu sér aðstoðar vegna kynáttunarvanda í þessum löndum. Hins vegar var munur á kynjahlutfalli,

¹ Trans Ísland. 2014

² Vin Tangpricha. 2013.

³Sigríður Birna Valsdóttir. Kynáttunarvandi barna og unglinga

⁴Thomas D. Steensma. 2013.

menntunarstigi og aldri fólks þegar það leitaði sér fyrst aðstoðar. Kynjahlutföllin milli Amsterdam og Ghent annars vegar og Oslo og Hamborg hinsvegar voru mismunandi. Í Amsterdam og Ghent voru fleiri karlar skráðir en í Oslo og Hamborg var kynjahlutfallið jafnara. Í Amsterdam var meðalaldur beggja kynja hærrí en í hinum borgunum. Þar var aldursbilið frá 17-75 ára meðal transmanna (meðalaldur 36,36) en 17-54 ára meðal transkvenna (meðalaldur 31,34). Yngstu einstaklingarnir voru frá Osló en meðalaldur transmanna var 29 ár og meðalaldur transkvenna var 23 ár. Á öllum stöðum voru transkonurnar yngri en transmennirnir við upphaf meðferðar. Í öllum 4 borgunum voru flestir sem höfðu náð miðlungs menntunarstigi (menntaskólapróf). Hlutfall þeirra sem höfðu hátt menntunarstigi (háskólapróf) var hæst hjá einstaklingum í Amsterdam (33,3%) en lægst í Osló (9,4%) og Ghent (8,2%).

5

Rannsókn frá Hollandi árið 1996 tók til 1285 einstaklinga með kynáttunarvanda á árunum 1975-1992. Algengi transfólks í Hollandi var á þessum tíma 0,0084% (1:11.900) transmenn og 0,0032% (1:30.400) transkonur. Hlutfallið milli transkvenna og transmanna í Hollandi var því um það bil 3:1 á þessu tímabili.⁶ Í nýrri rannsókn frá Hollandi þar sem spurningalistum var deilt út til rúmlega 8000 einstaklinga á aldrinum 15-70 ára kom í ljós að 0,3% líffræðilegra karla og 0,05% líffræðilegra kvenna upplifðu kynáttunarvanda og hefðu áhuga á meðferð.⁷ Þetta gefur til kynna að gríðarleg aukning hefur orðið í fjölda þeirra sem segjast eiga við kynáttunarvanda að stríða síðastliðna tvo áratugi.

Rannsókn sem birtist árið 2008 frá Japan sýndi að af 579 einstaklingum með kynáttunarvanda voru 60,3% transmenn og 39,7% transkonur. Á meðal transkvennanna höfðu 28,3% þeirra verið giftar sem karlmenn og 18,7% höfðu eignast börn. Mjög fáir transmenn höfðu verið í hjónabandi með konu eða eignast börn.⁸

Í rannsókn frá Hollandi var kynhneigð transfólks skoðuð. Ekki var hægt að bera saman unglíngahópana (MtF vs FtM) vegna þess að allir flokkuðust sem samkynhneigðir (e. *homosexuals*). Í hópi fullorðinna transkvenna voru 33% sem flokkuðust samkynhneigðar en 66% „ekki samkynhneigðar“ (gagnkynhneigðir, tvíkynhneigðir eða annað). Í hópi fullorðinna transmanna voru 77% samkynhneigðir og 33% „ekki samkynhneigðir“.⁹

Greining

Á alþjóðlegum vettvangi er stofnunin WPATH leiðandi í málum transfólks. WPATH stendur fyrir World Professional Association for Transgender Health. Félagið var upprunalega stofnað árið 1979 og var þá kallað HBGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) en nafninu var breytt 2007.¹⁰ WPATH gefur út verklagsreglur (e. *standards of care*) fyrir heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir sjúklingum með kynáttunarvanda.¹¹ Fyrstu verklagsreglurnar voru gefnar út árið 1979 en nýjasta útgáfan (nr. 7) kom út árið 2011.

⁵ B.P.C. Kreukels. 2010

⁶ Van Kesteren. 1996.

⁷ Kuyper L. 2014.

⁸ Vujovic S. 2009

⁹ Annelou L.C. de Vries. 2010.

¹⁰ WPATH. International Symposia

¹¹ WPATH. Ethics and Standards

Á Íslandi er stuðst við þessar verklagsreglur við greiningu á kynáttunarvanda. Greiningarferlið hefst þegar einstaklingur með kynáttunarvanda leitar til geðlæknis eða annars fagaðila í transteyminu. Geðlæknir og sálfræðingur annast greininguna og byggir hún á Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5.útgáfa (DSM-5) og International Classification of Diseases 10 (ICD-10). Geðlæknir eða sálfræðingur fylgja síðan einstaklingum eftir á meðan greiningarferlinu stendur en það tekur að minnsta kosti sex mánuði. DSM-5 og ICD-10 eru greiningarlistar sem notaðir eru til aðstoðar við greiningu fjölmargra geðrænna sjúkdóma og einkenna. Greiningin felst ekki í því að finna einn ákveðinn sjúkdóm heldur einkenni sem fylgja kynáttunarvanda, það er að segja sú tilfinning að upplifa sig í röngu kyni.¹² Fyrir greiningu á kynáttunarvanda í DSM-5 flokkunarkerfinu er aðaláherslan á að einstaklingur upplifi kynama (viðvarandi vanlíðan í meðfæddu kyni) og að það hafi áhrif á líðan einstaklingsins og hegðun hans í umhverfi sínu.¹³ Í ICD-10 kerfinu flokkast kynáttunarvandi undir geðsjúkdóma (kaflí V, undirkaflí F64.0).¹⁴

Viðmið ICD-10 eru í meginráttum þrjú: Í fyrsta lagi löngun að tilheyra gagnstæðu kyni og yfirleitt fylgir því ósk um að breyta líkama sínum (kynleiðrétting). Í öðru lagi þarf einstaklingurinn að lifa í réttu kynhlutverki í að minnsta kosti tvö ár. Í þriðja lagi mega aðrir geðrænir sjúkdómar, erfðasjúkdómar eða litningagallar ekki vera til staðar.¹⁵ Rök hafa hins vegar verið færð fyrir því að þetta ætti ekki að vera geðgreining.¹⁶ WHO (World Health Organization) hefur lagt til að í næstu greiningarferlum falli greiningarhugtakið „transsexualism“ út og hugtakið kynjamisræmi (e. *gender incongruence*) verði frekar notað. Einnig hafa þeir hug á því að láta greininguna falla undir sjúkdóma sem tengjast kynheilbrigði.¹⁷ Þó verður að taka fram að viðmiðum ICD-10 er ekki fylgt að fullu hér á landi þar sem ekki er lengur gerð krafa um að einstaklingurinn lifi í gagnstæðu kynhlutverki á meðan greiningu stendur.¹⁸

Viðtal við talmeinafræðing er hluti af greiningarferli bæði transkvenna og transmanna. Þörf þeirra fyrir meðferð er metin í því viðtali. Talmeinafræðingur vinnur með raddtíðni, ítónun, talhraða, líkamsstöðu, raddstyrk og málnotkun allt eftir þörfum hverju sinni. Raddþjálfun er mikilvæg fyrir þennan hóp til að sporna gegn raddmeinum sem geta hlotist með misbeitingu raddar og til að auka líkur á því að einstaklingi sé tekið (e. *passes*) sem því kyni sem hann upplifir sig í.^{19,20}

Meðferð

Meðferð við kynáttunarvanda er einstaklingsmiðuð en er framkvæmd í nokkrum þáttum. Eftir að geðlæknir og/eða sálfræðingur hefur staðfest greiningu á kynáttunarvanda er hægt að hefja hormónameðferð sem innkirtlalæknir stjórnar. Þegar einstaklingar hafa verið á hormónameðferð í að minnsta kosti ár hafa þeir kost á að fara í kynleiðréttingaraðgerð.²¹

Áður en hormónameðferð getur hafist þarf einstaklingur að uppfylla ákveðin skilyrði. Hann þarf að vera lögráða og með greindan kynáttunarvanda. Hann þarf jafnframt að vera fær um að taka upplýsta

¹² Coleman. 2011.

¹³ Vin Tangpricha. 2015

¹⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health

¹⁵ Vin Tangpricha. 2015.

¹⁶ Richards C. 2015

¹⁷ Drescher, J. 2012.

¹⁸ Óttar Guðmundsson. (munnleg heimild, 26. apríl 2016)

¹⁹ Coleman. 2011.

²⁰ Linda Björk Markúsardóttir (munnleg heimild, 8.apríl 2016)

²¹ Coleman. 2011.

ákvörðun. Þegar unglingar eru meðhöndlaðir kemur til greina að gefa lyf sem bæla kynþroska til 16 ára aldurs og þá er svokölluð víxl-hormónameðferð (e. *cross-sexual hormones*) hafin hægt og rólega. Reglulega er fylgst með geðheilsu einstaklinganna, beinþéttni, blóðþrýstingi og efnaskiptum með því að mæla blóðfitur og blóðsykur.

Þeir sem kjósa skurðaðgerð þurfa að hafa verið á hormónameðferð í að minnsta kosti eitt ár. Andlegir og líkamlegir kvillar þurfa að vera meðhöndlaðir og í jafnvægi og mega ekki trufla meðferðina. Sem dæmi má nefna að sjúklingarnir þurfa að vera með BMI undir 30. Ganga þarf úr skugga um að meðhöndla aðra kvilla áður en óafturkræf skurðaðgerð er framkvæmd. Það eru þó ekki allir sem kjósa að fara í skurðaðgerð.^{22,23}

Hafi einstaklingar hug á að breyta nafni sínu þurfa þeir að senda inn umsókn til sérfræðinefndar um kynáttunarfunda samkvæmt 6. og 8.gr laga um réttarstöðu einstaklinga með kynáttunarfunda nr. 57/2012. Með henni þarf að fylgja álit transteymisins. Umsækjandinn þarf að hafa verið undir eftirliti transteymisins í að minnsta kosti 18 mánuði og að hafa lifað í gagnstæðu kynhlutverki í eitt ár hið minnsta. Jafnframt þarf einstaklingurinn að vera lögráða, að vera með sjúkratryggingar á Íslandi og vera þar með lögheimili.

Hormónameðferð

Markmið hormónameðferðar er að bæla hormón meðfædda kynsins og jafnframt ýta undir þróun kyneinkenna (e. *secondary sex characteristics*) þess kyns sem einstaklingurinn upplifir sig tilheyra. Þegar þessum markmiðum hefur verið náð hefst ævilöng viðhaldsmeðferð. Innkirtlasérfræðingar transteymisins sjá um hormónameðferðina og eftirfylgni hennar.

Seytingu kynhormóna í líkamanum er fyrst og fremst stjórnað af seytingu GnRH (e. *gonadotrophin releasing hormone*) frá undirstúku. Seyting GnRH frá taugafrumum undirstúku er ekki samfelld heldur með reglulegu millibili (e. *pulsatile*), um það bil einu sinni á klukkustund. GnRH örvar framhluta heiladinguls til að seyta FSH og LH (stýrihormón kynkirtla) sem síðan örva kynkirtla til þess að framleiða kynhormón (estrógen, prógesterón og testósterón). Kynhormón hafa síðan áhrif á seytingu GnRH með neikvæðri afturvirkni. Prógesterón hefur þó minni áhrif á seytingu GnRH en estrógen og testósterón.^{24,25} Þegar transfólki eru gefin estrógen eða testósterón þá hemja þau seytingu GnRH og þar með myndun náttúrulegu kynhormónanna.

GnRH hliðstæður (e. *analogue*) eru notaðir til þess að hindra þróun óæskilegra kyneinkenna t.d. einkennandi kvenmanns- eða karlmannsvöxt, brjóstamyndun eða skeggvöxt. Þessi meðferð er meðal annars notuð fyrir börn með kynáttunarfunda og þannig er hægt að fresta ákvörðunartöku þangað til einstaklingurinn verður sjálfráða eða fær um að taka rökstudda ákvörðun varðandi áframhaldandi meðferð.²⁶ Með því að stöðva kynþroskaferlið nægilega snemma þá verður meðferðin eftir kynþroska

²² Vin Tangpricha. 2013.

²³ M.H.H. Sohn. 2008

²⁴ Rang and Dale. 2012

²⁵ Corrine K. Welt. 2015

²⁶ Cohen-Kettenis. 1998.

auðveldari.²⁷ Algengar aukaverkanir af völdum GnRH hliðstæða eru til dæmis meltingarvandamál, þyngdaraukning, vökvæðun, svimi og fleira.²⁸

Með hormónameðferð transkvenna (MtF) er markmiðið að minnka hárvöxt, auka brjóstmyndun og að fá kvenlegri fitudreifingu. Þrátt fyrir að líkamshár minnki þá kjósa flestar konur einnig að fara í laser aðgerð til að fjarlægja hár úr andliti. Hormónameðferð transkvenna breytir ekki rödd þeirra.²⁹ Í töflu 1 má sjá þau einkenni sem koma fram við meðferð með kvenhormónum og hversu langan tíma það tekur.

Margar langtíma rannsóknir (e. *follow-up studies*) hafa verið gerðar til að meta árangur og áhrif meðferðar en þær niðurstöður hafa verið misvísandi. Þetta gerist þrátt fyrir að verklagsreglum WPATH sé fylgt í flestum löndum. Árið 2010 komu því út verklagsreglur fyrir innkirtlalækna til þess að samræma hormónameðferðina.³⁰

Sem fyrstu meðferð er mælt með 17 β-estradiol og hún er á ýmsu formi: plástrar, sprautur, töflur og gel.³¹ Estrógen er steri sem binst kjarnviðtaka. Til eru að minnsta kosti tvenns konar estrógen viðtakar (e. *estrogen receptor*): ERα og ERβ. Binding estrógens við viðtakann leiðir til umritunar í kjarna. Estrógen hefur ýmsa efnafræðilega virkni sem tengjast ekki beint kynfærum. Þar má nefna saltsteravirkni (aukin upptaka á salti og jónum), hækkun HDL (e. *high density lipoprotein*) í plasma og aukna storku í blóði. Segamyndun í blóði er skammtaháð aukaverkun sem verður að fylgjast vel með.³² Ef transkonur þurfa að gangast undir skipulagða skurðaðgerð þar sem þörf er á langvarandi hreyfingarleysi, t.d. kynleiðréttingaraðgerð, þá er mælt með því að hætta estrógenmeðferð 4-6 vikum fyrir aðgerð.³³

Tafla 1. Áhrif og tímalengd einkenna af völdum kvenhormóna³⁴

Áhrif	Byrjun einkenna	Áætluð hámarksáhrif
Breytt fitudreifing	3-6 mánuðir	2-5 ár
Minnkaður vöðvamassi	3-6 mánuðir	1-2 ár
Mýking húðar	3-6 mánuðir	Óþekkt
Minnkuð kynhvöt	1-3 mánuðir	1-2 ár
Minnkuð sjálfsprottin reisin (e. <i>decreased spontaneous erections</i>)	1-3 mánuðir	3-6 mánuðir
Brjóstvöxtur	3-6 mánuðir	2-3 ár
Minnkað rúmmál eista	3-6 mánuðir	2-3 ár
Minnkuð sæðisframleiðsla	Mismunandi	Mismunandi
Þynning og hægari hárvöxtur	6-12 mánuðir	>3 ár

²⁷ Cohen-Kettenis. 1998.

²⁸ Cohen-Kettenis. 2011.

²⁹ Vin Tangpricha. 2013.

³⁰ M C Meriggiola. 2010

³¹ Vin Tangpricha. 2013.

³² Rang and Dale. 2012.

³³ Sérlyfjaskrá. Estrofem

³⁴ Coleman. 2011

Estrogen eitt og sér bæli framleiðslu androgena.³⁵ Estrógen hemur seytingu LH og minnkar þannig framleiðslu androgena í eggjastokkum. Það minnkar einnig seytingu androgena úr nýrnahettuberki. Estrógen hvetur einnig myndun SHBG (e. *sex hormone binding globulin*) í lifur en það bindur andrógen í blóði.³⁶ Auk estrógens eru gefin önnur lyf sem bæla androgenframleiðslu líkamans. Með þessu er hægt að gefa lægri skammta af estrogenu sem geta valdið aukaverkunum eins og djúpvenusega. Antiandrogenin spironolactone (spirix) og cyproterone acetate (CPA) eru helstu efnin sem mælt er með að nota til að bæla androgenvirkni (androgen viðtaka antagonistar).³⁷ Lyfið CPA er prógesterón afleiða og hlutaörvi (e. *partial agonist*) á androgen viðtaka. Prógesterón hindrar androgen viðtaka á markklíffærum. Það bæli einnig framleiðslu stýrihormóns kynkirtla (e. *gonadotrophin*) með áhrifum á undirstúku.³⁸ Spironolactone er steri en bygging hans minnir á aldósterón sem er nýrnahettuhormón. Spironolactone er þekkt sem kalíumsparandi þvagræsilyf en það er aldósterónblokki. Það hefur þó einnig áhrif á innkirtla en það getur hindrað myndun andrógena.³⁹ Bygging spironolactone líkist einnig prógesteróni og keppir við dihydrotestósterón um bindingu á androgen viðtakanum og hindrar þannig virkni ensíma sem taka þátt í myndun androgena.⁴⁰ GnRH agonistar koma einnig til greina til þess að hindra androgenframleiðslu en þeir eru síður notaðir vegna mikils kostnaðar. Þó hefur færst í vöxt að haldið sé áfram með þessa meðferð hafi hún verið notuð á unglingsárum til þess að bæla kynþroska. Meðferð með antiandrogenum er haldið áfram þar til kynkirtlar hafa verið fjarlægðir. Eftir að eistu hafa verið fjarlægð eru antiandrogen ekki nauðsynleg til þess að bæla testósterón framleiðslu en þau eru stundum gefin lengur til að bæla karllegan hárvöxt.⁴¹

Tafla 2: Áhrif og tímalengd einkenna af völdum testósteróns⁴²

Áhrif	Byrjun einkenna	Áætluð hámarksáhrif
Bólumyndun	1-6 mánuðir	1-2 ár
Hárvöxtur á andliti og líkama	3-6 mánuðir	3-5 ár
Hækkun á hárlínu	>12 mánuðir	Misjafnt
Aukinn vöðvamassi	6-12 mánuðir	2-5 ár
Breyting á fitudreifingu	3-6 mánuðir	2-5 ár
Stöðnun tíðablæðinga	2-6 mánuðir	
Stækkun á sníp	3-6 mánuðir	1-2 ár
Dýpkun á rödd	3-12 mánuðir	1-2 ár

³⁵ Vin Tangpricha. 2013.

³⁶ Robert L Barbieri. 2013.

³⁷ Vin Tangpricha. 2013.

³⁸ Rang og Dale. 2012.

³⁹ Sérlyfjaskrá. Spirix. 2015

⁴⁰ Robert L Barbieri. 2013.

⁴¹ UpToDate. Treatment

⁴² Coleman. 2011

Meðferð transmanna felst í testósterón gjöf en hún er einungis til sem forðasprauta eða á gelformi. Hjá transmönnum (FtM) er markmiðið að stoppa tíðarblæðingar og auka karlleg einkenni^{43,44} Androgen eru sterar sem hafa áhrif á genatjáningu gegnum steraviðtaka í kjarna. Andrógen hafa ýmis vefaukandi (e. *anabolic*) áhrif. Þar má nefna aukningu á vöðvamassa, aukna saltupptöku í nýrum, húðin þykkar og getur döknað auk þess sem fitukirtlarnir í húðinni verða virkari og geta valdið bólumyndun (acne). Andrógen geta aukið vellíðan og sjálfstraust og aukið kynlöngun.⁴⁵ Önnur áhrif meðferðarinnar eru meðal annars óafturkræf dýpkun á röddinni, hárvöxtur í andliti, stækkun á sníp, minnkun á brjóstvef og aukin kynhvöt. Í töflu 2 má sjá þau einkenni sem koma fram við meðferð með karlkynshormónum og hversu langan tíma það tekur. Líkamshæð og mjaðmabygging líffræðilega kvenkynsins breytist ekki með testósterónmeðferð.^{46,47}

Nebido er forðalyf sem inniheldur testósterónúndecanóat. Það er estri af andrógeni sem finnst í náttúrunni (testósteróni). Virka formið (testósterón) myndast með því að kljúfa af hliðarkeðjuna. Nebido er olíulausn sem gefin er í vöðva á um það bil þriggja mánaða fresti. Fylgst er með testósteróngildum í blóði og meðferðinni hagað eftir því, það er að segja að hægt er að breyta tímalengd á milli gjafa.⁴⁸ Testogel er testósterón á gelformi og er borið á húð daglega. Frásog testósteróns frá húð er um það bil 9-14% af þeim skammti sem borinn er á húðina.⁴⁹ Karllegu einkennin koma hægar fram þegar það er notað vegna lægri styrks testósteróns í blóði.⁵⁰

Aukaverkanir hormónameðferðar transkvenna eru meðal annars djúpvenusegi og hækkun á prólaktínhormóni (e. *hyperprolactinemia*). Ethnyl estradiol sem gefið er um munn hefur verið notað en það hefur verið tengt við djúpvenusega og aukna áhættu á dauða af völdum hjarta- og æðasjúkdóma. Brjóstakrabbamein er mjög sjaldgæft en hins vegar er mælt með mammographiu í transkonum vegna hárra skammta af estrogeni. Aukaverkanir vegna hormónameðferðar transmanna tengjast aðallega of stórum skömmtum af testósteróni. Það sem helst ber að varast er háþrýstingur, blóðfituröskun, lífrarbilun og rauðkornafjöldun (e. *erythrocytosis*). Yfirlit yfir aukaverkanir tengdar hormónameðferð transfólks má sjá hér að ofan í töflu 3.^{51,52,53} Reglulega þarf að mæla hemóglóbín og hematókrít, lífrarpróf og fitubúskap hjá þeim sem eru á testósterónmeðferð.⁵⁴ Í töflu 3 má sjá yfirlit yfir aukaverkanir hormónameðferða transkvenna og transmanna.

⁴³ Vin Tangpricha. 2013.

⁴⁴ M C Meriggiola. 2010

⁴⁵ Rang and Dale. 2012

⁴⁶ Vin Tangpricha. 2013

⁴⁷ M C Meriggiola

⁴⁸ Sérlyfjaskrá. Nebido. 2016

⁴⁹ Sérlyfjaskrá. Testogel.

⁵⁰ Vin Tangpricha. 2013

⁵¹ Coleman. 2011

⁵² Vin Tangpricha. 2013

⁵³ M C Meriggiola

⁵⁴ Sérlyfjaskrá. Nebido. 2016

Tafla 3: Aukaverkanir hormónameðferðar⁵⁵

Áhættustig (risk level)	Kvenhormón	Karlhormón
Líklega aukin áhætta	<ul style="list-style-type: none"> • Segamyndun í bláæðum • Gallsteinar • Hækkun á lifrarendímum • Þyngdaraukning • Þríglýseríðhækkun 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauðkornafjölgun • Þyngdaraukning • Bólumyndun (acne) • Þynnig á hári á höfði (balding) • Kæfisvefn
Líklega aukin áhætta þegar aðrir áhættuþættir eru til staðar	<ul style="list-style-type: none"> • Hjarta- og æðasjúkdómar 	
Mögulega aukin áhætta	<ul style="list-style-type: none"> • Háþrýstingur • Hyperprolactinemia • Prolactinoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Hækkun á lifrarendímum • Blóðfituhækkun
Mögulega aukin áhætta þegar aðrir áhættuþættir eru til staðar	<ul style="list-style-type: none"> • Sykursýki 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Hjarta- og æðasjúkdómar • Háþrýstingur • Sykursýki 2
Engin aukin áhætta eða ófullnægjandi	<ul style="list-style-type: none"> • Brjóstakrabbamein 	<ul style="list-style-type: none"> • Minnkaður beinmassi • Brjóstakrabbamein • Leghálskrabbamein • Krabbamein í eggjastokkum • Krabbamein í legji

Frábendingar fyrir hormónameðferð með estrógeni eru sterk saga um djúpvænusega. Aðrar frábendingar eru lifrabilun, saga um brjóstakrabbamein og æðasjúkdómar. Frábending fyrir androgenmeðferð hjá transmönnum eru aukið blóðmagn (e. *erythrocytosis*) og brjóst- eða leghálskrabbamein.^{56,57}

Ferilrannsókn frá Hollandi kom út árið 2011 um langtímaáhrif víxl-hormóna meðferðar þar sem helsti endapunkturinn var dánartíðni og eftirfylgnitíminn var að meðaltali 18,5 ár. Niðurstöðurnar gáfu til kynna að dánartíðni meðal transkvenna væri 51% hærrí en hjá almenningi. Þessi munur var rakinn til hærrí sjálfsvígstíðni, AIDS, hjarta- og æðasjúkdóma, misnotkunar eiturlyfja auk óþekkra orsaka. Hærrí dánartíðni var því ekki rakinn beint til hormónameðferðarinnar nema ethinyl-estradiol sem var notað í meðferð transkvenna (MtF) gæti mögulega aukið áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum. Hinsvegar var ekki marktækur munur á dánartíðni transmanna (FtM) og almennings. Ekki fannst munur á tíðni krabbameinsgreiningar hjá hópunum. Fyrri rannsóknir höfðu ekki sýnt fram á mun á dánartíðni transfólks og almennings en þær höfðu minni tölfræðilegan styrkleika og eftirfylgnitíminn var styttri en í þessari rannsókn. Þrátt fyrir að þessi rannsókn væri stærri en fyrri rannsóknir voru margir þættir sem hefðu getað skekkt niðurstöðurnar. Þar mætti helst nefna að það voru fáir einstaklingar yfir 65 ára aldri og erfitt var að finna góðan samanburðarhóp við transfólkið. Þó hafði áður verið bent á aukna tíðni sjálfsvíga og AIDS hjá transfólki.⁵⁸

Kynleiðréttingaraðgerð

Síðasta skrefið í kynleiðréttingarferli transfólks er aðgerð á kynfærum. Það eru þó ekki allir sem kjósa að fara í slíka aðgerð. Aðrar aðgerðir eru einnig mögulegar eins og legnám, brjóstnám,

⁵⁵ Coleman. 2011

⁵⁶ Vin Tangpricha. 2013.

⁵⁷ M C Meriggiola. 2010

⁵⁸ Henk Asscheman. 2011.

brjóstastækkun og aðgerðir á andlitsbeinum. Aðgerð á kynfærum og brjóstnám eru greiddar að fullu af sjúkratryggingum hér á landi en annan kostnað þurfa einstaklingarnir að greiða sjálfir.⁵⁹ Áður en kynleiðréttingaraðgerðin er gerð þarf einstaklingurinn að hafa lífað í réttu kynhlutverki í að minnsta kosti ár og hafa verið á hormónameðferð í að minnsta kosti eitt ár.⁶⁰

Rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum á 232 transkonum sem höfðu farið í kynleiðréttingaraðgerð gaf til kynna að aðgerðin bætti lífsgæði kvennanna og engin þeirra sá eftir aðgerðinni. Óánægja var fyrst og fremst tengd því að útlitið á kynfærunum eða skynið var ófullnægjandi.⁶¹

Aðgerðin á kynfærum transkvenna felst yfirleitt í „penile inversion“ eða „colon vagina“ til þess að búa til leggöng. Þvagrásin er stytt og lögð þannig að hún liggi lóðrétt í sitjandi stöðu. Helstu fylgikvillar þess að hanna nýja þvagrás er að opið verði of þröngt. Lenging þvagrásar hjá transmönnum er flóknari. Yfirleitt er notast við húð frá innri skapabörnum eða framhandlegg. Þessi vefur er ekki sama eðlis og náttúrulega þvagrásin. Því geta skapast vandkvæði við flæði þvagsins og þvaglosun.^{62,63}

Aðgerðin á transkonum fer fram í tveimur stigum með átta til tíu vikna millibili. Í fyrstu aðgerðinni eru búin til ný leggöng (e. *neovagina*) og snípur en í seinni aðgerðinni er snípurinn lagaður (e. *neoclititoris plasty*), búinn til munaðarhóll (e. *mons pubis*) og innri skapabarmar. Snípurinn er gerður úr kóngi limsins og reynt er eftir fremsta megni að halda eðlilegu skyni. Eftir fyrstu aðgerðina er sáraeftirlit annan hvern dag. Á öðrum degi er þvagleggur fjarlægður og á fjórða degi er leggangarstafur (e. *vaginal stent*) fjarlægður. Átta til tíu dögum eftir fyrstu aðgerðina er sjúklingum leyft að fara heim. Einstaklingar sem hafa farið í gegnum þessa aðgerð þurfa að nota staf alla ævi til að halda leggöngunum löngum og víðum. Ef transkonurnar nota ekki stafinn rétt minnka leggöngin og áhrif aðgerðarinnar eyðileggjast.

Rannsókn var gerð á 322 transkonum sem fóru allar í gegnum kynleiðréttingaraðgerð á kynfærum með penile inversion í Þýskalandi. Eftirfylgnitíminn var 13 ár. Algengasti fylgikvillinn var þrenging á þvagrásaropi (40%) en með annarri aðgerð var hægt að gera við það í flestum tilvikum. Þrenging á leggangaropi átti sér stað í 15% tilvika og í 8% tilvika styttist lengd legganganna. Hjá 33% einstaklinga voru minniháttar vandamál með sáragræðslu. Í 3% tilvika urðu skemmdir á endaparmi. Þessar niðurstöður sýna talsverða fylgikvilla en í flestum tilvikum voru líffærin starfhæf.

Kjósi transmenn að fara í aðgerð á kynfærum eru tvenns konar aðgerðir í boði. Metoidioplasty er aðgerð þar sem þvagrásaropið er fært á enda snípsins. Þessi aðgerð krefst þess að einstaklingurinn hafi verið lengi á testósterónmeðferð til þess að snípurinn hafi náð nægjanlegri stærð. Ytri skapabörnum er breytt í pung og gervieistum komið þar fyrir. Hin aðgerðin sem býðst er phalloplasty en það er þegar húð er notuð til þess að byggja upp getnaðarlim.⁶⁴ Húð frá framhandlegg er oft notuð og virðist koma best út.⁶⁵ Það eru ekki til fastar verklagsreglur um hvernig þessi aðgerð er gerð en markmiðið er meðal annars að gera einstaklingnum kleift að losa þvag standandi og að limurinn líti sem

⁵⁹ Trans Ísland. 2014

⁶⁰ M.H.H. Sohn. 2008.

⁶¹ Lawrence AA. 2003.

⁶² Trum, Hans W. 2015

⁶³ R. Rossi Neto. 2013

⁶⁴ R. Rossi Neto. 2013

⁶⁵ Monstrey S. 2001

eðlilegastur út. Helstu fylgikvillar í kynleiðréttingaraðgerðum transmanna eru fistlamyndanir eða þrængsli á þvagrásaropi.⁶⁶

Geðræn vandamál

Það hafa verið gerðar margar rannsóknir um samband kynáttunarvanda og geðrænna vandamála (e. *psychological functioning/psychiatric comorbidity*). Niðurstöður hafa verið mismunandi milli landa en helstu rannsóknir hafa komið frá Hollandi. Árið 2009 kom út rannsókn frá Hollandi þar sem geðrænir þættir voru skoðaði bæði hjá fullorðnum og unglíngum með kynáttunarvanda. Hópar transkvenna og transmanna voru þar bornir saman. Transkonur mældust hærrí en transmenn á kvörðum sem meta þunglyndi, móðursýki (e. *hysteria*) og sálardofa (e. *psychasthenia*). Þegar unglíngar og fullorðnir voru bornir saman þá kom í ljós að fullorðnu einstaklingarnir mældust með hærrí gildi á prófum geðraskanna, m.a. á prófum um móðursýki og ólmhug (e. *hypomania*).⁶⁷ Í rannsókn frá Serbíu var notaður samanburðarhópur (e. *control group*) til þess að athuga geðræn vandamál hjá transfólki. Þar kom í ljós að meðal transfólks voru persónuleikaraskanir algengari en hjá samanburðarhópnum.⁶⁸

Yfir heildina þá virðast geðræn vandamál vera algengari hjá transfólki en í almennu þýði. Þunglyndi og kvíðaraskanir eru algengastar.⁶⁹ Neikvætt viðhorf gagnvart transfólki í samfélaginu getur mögulega haft áhrif á geðheilsu transfólks. Mikilvægt er að nýta sér verkfæri líkt og verklagsreglur WPATH til þess að heilbrigisstarfsfólk geti lært um meðferð transfólks og komið til móts við þarfir þess.⁷⁰

Börn með kynáttunarvanda

Á undanförunum árum hefur fjöldi barna sem leita til transteyma í Evrópu⁷¹ og Norður Ameríku aukist.⁷² Rannsókn frá Hollandi hefur sýnt fram á að aðeins um það bil 15% barna með kynáttunarvanda upplifa sig enn með rangt kynferði 10 árum síðar. Sum börn upplifa sig þó svo sterkt í röngu kyni að þau segjast ekki vilja hafa sín ytri kynfæri, jafnvel stuttu eftir að þau byrja að tjá sig með orðum.⁷³

Þeir sem upplifa kynáttunarvanda sem börn en ekki lengur þegar þeir fullorðnast reynast flestir vera samkynhneigðir eða tvíkynhneigðir.⁷⁴ Þegar stelpur og strákar í Hollandi voru skoðuð með tilliti til aldurs kom í ljós að við 7 ára aldur höfðu 3-5% barna hagað sér eða óskað eftir því að lifa í gagnstæðu kyni en hlutfallið hafði lækkað í 2-3% við 10 ára aldur.⁷⁵

Meðferð barna og unglínga með kynáttunarvanda er einstaklingsmiðuð. Í sumum tilvikum eru þau hvött til þess að lifa í því kyni sem þau upplifðu sig. Stundum er mælt með því að bíða með meðferð og fylgjast með frekari þróun kynvitundar. Þau eru jafnvel hvött til að lifa í hlutlausu kynhlutverki til þess að athuga hvort kynáttunarvandinn gangi tilbaka. Þegar börn eða unglíngar eru ávítuð eða reynt er að beina þeim frá upplifun sinni hefur það slæm áhrif á andlega heilsu barnanna.⁷⁶

⁶⁶ R. Rossi Neto. 2013

⁶⁷ Annelou L.C. de Vries. 2010.

⁶⁸ Duisin, D. 2014

⁶⁹ Cecilia Dhejne. 2016

⁷⁰ Coleman. 2011

⁷¹ De Vries og Cohen Kettenis, 2012

⁷² Wood et al., 2013

⁷³ Thomas D. Steensma. 2013.

⁷⁴ Annelou L.C. de Vries. 2010.

⁷⁵ van Beijsterveldt. 2006.

⁷⁶ Johanna Olson-Kennedy. 2015.

Til þess að reyna að koma til móts við börn eða unglunga sem upplifa kynáttunarvanda þá hefur verið þróuð meðferð til þess að hægja á eða stöðva kynþroska.⁷⁷ Eftir að kynþroskaferlið er hafið og unglingar sem upplifa sig með kynáttunarvanda hefja kynþroskabælandi meðferð með GnRH hliðstæðu virðist vera sem þeir sjái ekki eftir því og kjósa að halda áfram með meðferðina þegar lögdri er náð.⁷⁸ Ákvarðanir um meðferð með breytingu á félagslegum aðstæðum eru teknar í samráði við einstaklinginn sjálfan, foreldra og geðlækni eða sálfræðing. Tekið er tillit til áhættu og kosti þess að losna við vanlíðan sem fylgir því að upplifa sig í röngum líkama. Kyngervi einstaklingsins er breytt, það er að segja hann breytir útliti sínu og hegðun til þess að samræmast því kyni sem hann óskar að tilheyra (e. *desired sex*).⁷⁹

Það er lykilatriði að átta sig á því á fyrstu unglingsárunum hvort kynáttunarvandi barnanna sé raunverulegur. Með því að bregðast fljótt við og gefa kynþroskabælandi meðferð þá verður kynleiðréttingarferlið auðveldara fyrir einstaklinginn í framhaldinu. Í Hollandi geta unglingar hafið kynþroskabælandi meðferð við 12 ára aldur, kynhormónameðferð við 16 ára aldur og undirgengist kynleiðréttingu aðgerð 18 ára.⁸⁰

Óttast hefur verið um langtímaáhrif kynþroskabælandi meðferðar. Sjúkratilfelli frá Hollandi hefur verið lýst þar sem transmanni var fylgt eftir í 22 ár frá þrettán ára aldri. Hann fékk meðferð sem hægði á kynþroska til 17 ára aldurs en þá fékk hann androgenmeðferð. Hann gekkst undir kynleiðréttingaraðgerðir 20 og 22 ára. Hann var lágvaxinn miðað við jafnaldra sína en beinþéttin var eðlileg, hann var heilsuhraustur og efnaskipta- og hormónamælingar voru eðlilegar. Við 21 ára aldur upplifði einstaklingurinn sig í réttu kyni og var ánægður með kynleiðréttingarferlið. Við lok eftirfylgdartíma var einstaklingurinn enn sáttur með ákvörðun sína um kynleiðréttingu og að hafa frestað kynþroskanum. Einn þáttur sem talinn er styðja meðferð sem hægir á kynþroska og einstaklingurinn lýsti því sjálfur var að hann þurfti ekki að verja sig eða útskýra mál sitt frá degi til dags. Meðferðin gæti einnig minnkað örvæntingu sem einstaklingarnir upplifa þegar þeir sjá líkamann þroskast í átt að röngu kyni. Þrátt fyrir að þetta tilfelli gefi til kynna að GnRH meðferðin sé ekki hættuleg til langtíma litið og hefur ef til vill jákvæð áhrif á andlega líðan hefur það ekki mikið tölfræðilegt vægi. Því þyrfti að gera ferilrannsóknir til að kanna þetta betur.⁸¹

Börn og unglingar með kynáttunarvanda sem fá ekki stuðning eða meðferð eiga á meiri hættu að verða þunglynd, eiga í erfiðleikum í skóla, verða einangruð, missa samband við ættingja, stunda sjálfsmeiðingar og íhuga eða fremja sjálfsvíg.⁸² Í rannsókn frá Norður Ameríku þar sem 97 einstaklingar með kynáttunarvanda undir 21 ára aldri voru skoðaðir kom í ljós að 25 voru þunglyndir, 20 með sögu um sjálfsskaða og 9 höfðu gert sjálfsvígstilraunir.⁸³

Markmið

Ísland er ekki fjölmennt land og í ljósi þess fjölda sem undanfarið hefur leitað til transteymis Landspítalans þarf að vanda mjög til verka við greiningu kynáttunarvanda. Til þess að auka enn frekar

⁷⁷ Cohen-Kettenis. 1998. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent.

⁷⁸ Johanna Olson-Kennedy, Michelle Forcier. *Up to Date*. 2015.

⁷⁹ Olson J. 2011.

⁸⁰ Cohen-Kettenis. 2011.

⁸¹ Cohen-Kettenis. 2011.

⁸² Johanna Olson-Kennedy. 2015.

⁸³ Spack NP. 2012.

Þjónustu við þessa einstaklinga teljum við nauðsynlegt að gera rannsókn á þessum sjúklingahóp. Markmið rannsóknarinnar var að gera betur grein fyrir staðreyndum um transfólk hér á landi. Aldursdreifing hópsins var skoðuð ásamt fjölda þeirra sem leita til transteymisins ár hvert. Auk þess voru skoðaðir lýðfræðilegir þættir og meðferð einstaklinganna. Niðurstöðurnar voru bornar saman við erlendar rannsóknir til þess að athuga hvort meðferð og lýðfræðilegir þættir samræmdust öðrum löndum.

Efniviður og aðferðir

Gagnaöflun

Rannsóknin var afturskyggð og tók til allra þeirra einstaklinga sem komu til meðferðar hjá transteyminu á Landspítalanum frá 1997 til 31. desember 2015.

Klínískar upplýsingar um sjúklinga voru fengnar úr rafrænu sjúkraskrárkerfi Landspítala. Skráð var ártal þegar einstaklingar leituðu fyrst til transteymis og aldur þeirra á þeim tímapunkti.

Skoðuð var kynhneigð (gagnkynhneigð, samkynhneigð eða annað) og þá var miðað við það kyn sem einstaklingurinn kenndi sig til. Einnig var skoðuð hjúskaparstaða við fyrstu komu (einhleypur, fráskilinn, í sambúð/giftur, í sambandi, ekill/ekkjja), búseta (eigið húsnæði, leiguhúsnæði, foreldrahús eða sambyli), barneignir, framfærsla (nám/vinna eða framfærsla hins opinbera) og hvort að viðkomandi hafi lokið háskólagráðu. Framfærsla hins opinbera teljast atvinnuleysisbætur, örorkubætur eða endurhæfingarlífeyrir. Þau tilvik þar sem ekkert var skráð í sjúkraskrá voru skráð undir óvíst.

Skoðað var hvort einstaklingarnir höfðu sögu um geðsjúkdóma en þá var miðað við innlögn vegna geðræns vanda áður en leitað var til transteymis eða eftir að leitað var til transteymis. Þá var einnig skoðað hvort einstaklingar höfðu fengið meðferð við geðrænum vanda til dæmis þunglyndislyf eða sálfræðimeðferð.

Athugað var hvort einstaklingar hafi reykt eða strítt við áfengis-og vímuefnavanda í ferlinu.

Aðgerðir sem tengjast meðferðinni voru skoðaðir: kynleiðréttingaraðgerð (aðgerð á kynfærum), fylgikvillar kynleiðréttingaraðgerðar, brjóstnám og legnám hjá transmönnum, aðgerð á andlitsbeinum og brjóstaígræðsla hjá transkonum. Hormónameðferð einstaklinganna var skoðuð með tilliti til á hvaða formi hún er: sprautu, gel, töflur eða plástrar hjá transkonum og gel eða sprautur hjá transmönnum. Antiandrogena meðferð hjá transkonum var skoðuð (Spirix, CPA, Diane mite). Athugað var hvort einstaklingarnir voru á kynþroskastöðvandi meðferð (GnRH analógar) eða höfðu verið á slíkri meðferð. Önnur meðferð eins og háreyðingarmeðferð hjá transkonum eða meðferð hjá talmeinafræðingi á Landspítalanum var einnig skoðuð. Sú meðferð sem var skráð var nýjasta meðferðin sem einstaklingurinn fékk eða núverandi meðferð. Ekki var skráð fyrsta meðferð ef einstaklingurinn skipti um meðferð eftir að ferlið var hafið.

Tölfræðiúrvinnsla

Upplýsingar voru skráðar í Microsoft Excel. Excel var notað fyrir lýsandi tölfræði.

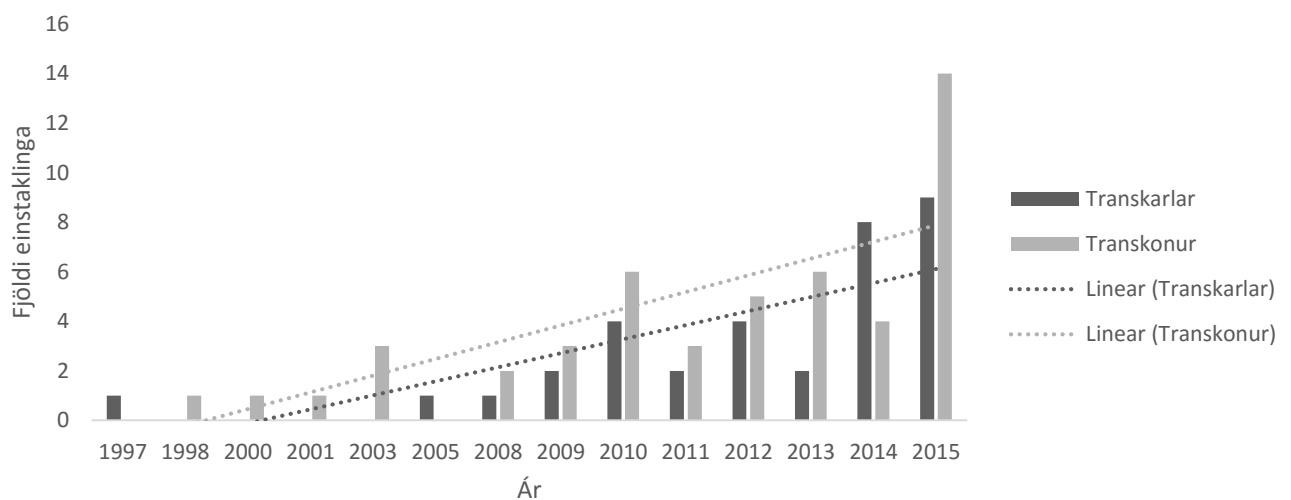
Leyfi

Öll tilskilin leyfi lágu fyrir áður en framkvæmd rannsóknarinnar hófst, frá Siðanefnd Landspítala (mál nr. 37/2015) og framkvæmdastjóra lækninga.

Niðurstöður

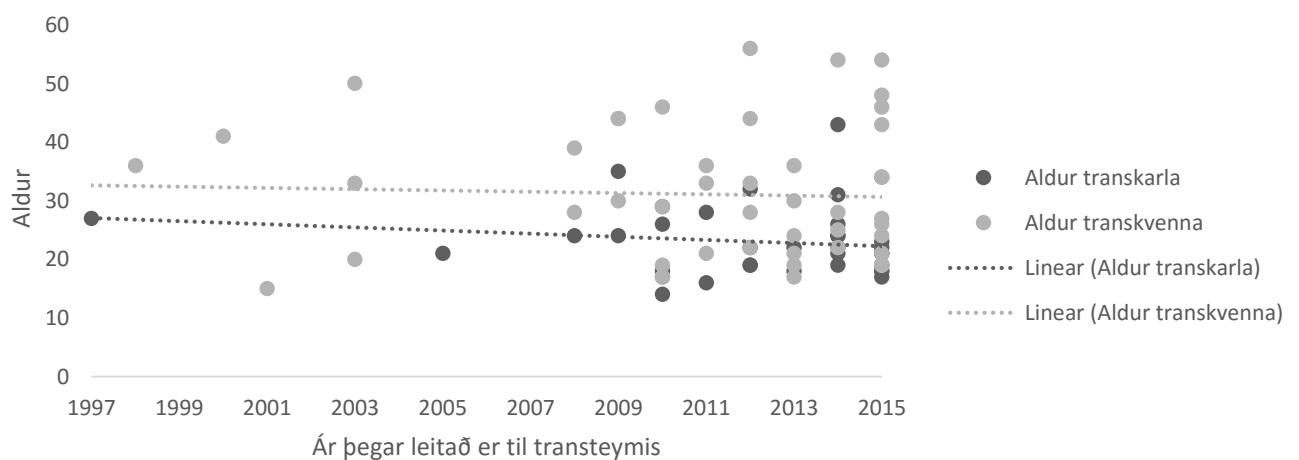
Faraldsfræði

Transkonur voru 49 (58,3%) og transmenn 35 (41,7%). Fyrsta transkonan í úrtakinu kom til starfsmanns transteymis árið 1998 en fyrsti transmaðurinn árið 1997. Mynd 1 sýnir fjölda einstaklinga sem leitaði til transteymisins á tímabilinu



Mynd 1: Fjöldi transfólks sem leitar til transteymis á ári

Meðalaldur transkvenna var 31 ± 11 ár en meðalaldur transmanna var 23 ± 6 ár. Aldur transfólks þegar það leitar sér fyrst aðstoðar má á sjá mynd 2. Hver punktur á mynd 2 táknar aldur eins einstaklings.



Mynd 2. Aldur transkvenna og transmanna þegar það leitar til transteymisins á ári

Þeir þættir sem voru skoðaðir eins hjá transkonum og transmönnum eins og meðalaldur, kynhneigð, hjúskaparstaða o.fl. voru settir upp í töflu 4.

Tafla 4. Faraldsfræði transkvenna og transmanna

	Transkonur (MtF)	Transmenn (FtM)
n (%)	49 (58,3)	35 (41,7)
Meðalaldur við fyrsta viðtal \pmsf (ár)	31,1 \pm 11,4	23,0 \pm 5,9
Spönn (ár)	15-56	14-43
Kynhneigð (n (%))		
Gagnkynhneigð	7 (14,3)	8 (22,9)
Samkynhneigð	12 (24,5)	3 (8,6)
Annað	7 (14,3)	4 (11,4)
Óvíst	23 (46,9)	20 (57,1)
Hjúskaparstaða við fyrstu komu (n (%))		
Einhleypur	16 (32,7)	13 (37,1)
Fráskilinn	2 (4,1)	-
Í sambúð/giftur	10 (20,4)	5 (14,3)
Í sambandi	2 (4,1)	10 (28,6)
Óvíst	19 (38,8)	7 (20,0)
Búseta (n (%))		
Eigið húsnæði	12 (24,5)	1 (2,9)
Leiguhúsnæði	2 (4,1)	6 (17,1)
Foreldrahús	17 (34,7)	18 (51,4)
Sambýli	2 (4,1)	0
Óvíst	16 (32,7)	10 (28,6)
Barneignir (n (%))		
Já	12 (24,5)	7 (20,0)
Nei	33 (67,3)	22 (62,9)
Óvíst	4 (8,2)	6 (17,1)
Framfærsla (n (%))		
Nám og/eða vinna	22 (44,9)	24 (68,6)
Framfærsla ríkisins	22 (44,9)	5 (14,3)
Óvíst	5 (10,2)	6 (17,1)
Lokið háskólamenntun (n (%))		
Já	2 (4,1)	1 (2,9)
Nei	41 (83,7)	30 (85,7)
Óvíst	6 (12,2)	6 (11,4)
Einhverfa (n (%))		
Já	8 (16,3)	3 (8,6)
Nei	1 (2,0)	-
Óvíst	40 (81,6)	32 (91,4)
Reykingar (n (%))		
Já	14 (28,6)	9 (25,7)
Nei	26 (53,1)	20 (57,1)
Óvíst	9 (18,4)	6 (17,1)
Áfengis- og vímuefnavandi (n (%))		
Já	8 (16,3)	3 (8,6)
Nei	36 (73,5)	24 (68,2)
Óvíst	5 (10,2)	8 (22,9)
Innlögn vegna geðræns vanda fyrir fyrsta fund (n (%))		
Já	12 (24,5)	7 (20,0)
Nei	37 (75,5)	23 (65,7)
Óvíst	-	5 (14,3)
Innlögn vegna geðræns vanda eftir fyrsta fund (n (%))		
Já	8 (16,3)	5 (14,3)
Nei	41 (83,7)	25 (71,4)
Óvíst	-	5 (14,3)
Meðferð við geðrænum vanda fyrir fyrsta fund (n (%))		
Já	25 (51,0)	16 (45,7)
Nei	8 (16,3)	10 (28,6)
Óvíst	16 (32,7)	9 (25,7)
Meðferð við geðrænum vanda eftir fyrsta fund (n (%))		
Já	22 (44,9)	16 (45,7)
Nei	11 (22,4)	12 (34,3)
Óvíst	16 (32,7)	7 (20,0)

Meðferð

Meðferð transkvenna var skráð í töflu 5 og meðferð transmanna var skráð í töflu 6 hér að neðan.

Tafla 5. Meðferð transkvenna

	Transkonur (MtF)
Kynleiðréttingaraðgerð (n (%))	
Já	20 (40,8)
Nei	29 (59,2)
Brjóstaígræðsla (n (%))	
Já	5 (10,2)
Nei	13 (26,5)
Óvíst	31 (63,3)
Aðgerð á andliti (n (%))	
Já	1 (2,0)
Nei	13 (26,5)
Óvíst	30 (71,4)
Háreyðingarmeðferð (laser) (n (%))	
Já	7 (14,3)
Nei	11 (22,4)
Óvíst	31 (63,3)
Hormónameðferð	
Plástur	-
Gel	3 (6,1)
Sprautur	12 (24,5)
Töflur	18 (36,7)
Meðferð ekki hafin	15 (30,6)
Óvíst	1 (2,0)
Antiandrogen	
Cyproacetone acetate (CPA)	14 (28,6)
Spirix	16 (32,7)
Diane mite	1 (2,0)
Nei	15 (30,6)
Óvíst	3 (6,1)
Kynþroskabælandi lyf	
Já	-
Nei	49 (100,0)
Óvíst	-
Kynþroskabælandi lyf áður	
Já	-
Nei	49 (100,0)
Talmeinaþjónusta	
Já	29 (59,2)
Nei	20 (40,8)
Óvíst	-

Tafla 6. Meðferð transmanna

	Transmenn (FtM)
Kynleiðréttingaraðgerð (n (%))	
Já	5 (14,3)
Nei	28 (80,0)
Óvíst	2 (5,7)
Legnám (n (%))	
Já	4 (11,4)
Nei	25 (71,4)
Óvíst	6 (17,1)
Brjóstnám (n (%))	
Já	13 (37,1)
Nei	17 (48,6)
Óvíst	5 (14,3)
Hormónameðferð	
Sprautur	27 (77,1)
Gel	1 (2,9)
Meðferð ekki hafin	3 (8,6)
Óvíst	4 (11,4)
Kynþroskabælandi lyf	
Já	-
Nei	30 (85,7)
Óvíst	5 (14,3)
Kynþroskabælandi lyf áður	
Já	2 (5,7)
Nei	28 (80,0)
Óvíst	5 (14,3)
Talmeinaþjónusta	
Já	10 (28,6)
Nei	20 (57,1)
Óvíst	5 (14,3)

Fylgikvillar í kjölfar kynleiðréttingaraðgerðar hjá transkonum má sjá í töflu 7 hér að neðan. Alls 20 transkonur höfðu gengið undir kynleiðréttingaraðgerð en þrjár höfðu farið í aðgerðina erlendis. Vegna þess voru aðeins 17 transkonur skoðaðar með tilliti til fylgikvilla að lokinni aðgerð. Hjá 6 transkonum voru vandamál tengd þvagrás, til dæmis þröngt þvagrásarop eða vandamál við að losa blöðruna til fulls. Hjá 4 transkonum var risvefurinn til vandræða, ýmist stóð hann út við örvun þannig að hann truflaði transkonurnar eða að hann þrengdi að þvagrásaropi (þær konur voru tvítaldar, bæði undir vandamál tengd þvagrás og risvef). Tvær transkonur urðu fyrir alvarlegum fylgikvillum. Hjá annarri transkonunni myndaðist fistill milli endaparms og legganga. Hjá hinni myndaðist fullþykktar drep á framvegg

legganga, í kringum þvagrásarop og 5 sm af fremsta hluta þvagrásar eyddist. Þvagrásin lá út í leggöngin og þvagið losað um þá leið. Ekki var gert við þvagrásina vegna hættu á að skaða leggöngin.

Alls fimm transmenn fóru í kynleiðréttingaraðgerð. Einn þeirra fór í aðgerðina erlendis. Fylgikvillar eftir aðgerðina urðu hjá að minnsta kosti einum manni en hann fór í phalloplasty. Ekki voru frekari upplýsingar um hina einstaklingana í sjúkraskrá. Sjúklingurinn fékk blóðþurrð og drep í fjarhluta getnaðarlíms en það var lagað í aðgerð. Settur var inn gervilímur (*e.penis prothesis*) en hann þurfti að lagfæra vegna þess að hann hafði nærri rofið húðina fremst á limnum. Óvíst var hvort einn transmaður hafði farið í aðgerð en sótt hafði verið um leyfi fyrir aðgerðinni 2009 en ekkert frekar kom fram um það í sjúkraskrá.

Tafla 7. Fylgikvillar í kjölfar kynleiðréttingaraðgerðar hjá transkonum

	Fjöldi transkvenna (n(%))
Engir fylgikvillar	8 (47,1%)
Vandamál tengd þvagrás	6 (35,3%)
Risvefur veldur óþægindum	4 (23,5%)
Alvarlegar aukaverkanir	2 (11,8%)

Umræða

Faraldsfræði

Fjöldgun einstaklinga sem leita til transteymisins hefur aukist milli ára líkt og sjá má á mynd 1. Þetta er í samræmi við það sem hefur átt sér stað erlendis.^{84, 85}

Þessi rannsókn sem tekur til allra þeirra sem hafa verið í meðferð hjá transteymi Landspítalans frá 1997 til ársloka 2015 sýnir að fleiri transkonur en transmenn eru í ferli. Hlutfallið hér á landi er um það bil 3:2 transkonur og transmenn (49:35) miðað við hlutfallið 3:1 í Hollandi.⁸⁶ Hlutfallið á Írlandi er um það bil 3:1 og er því mjög svipað í Hollandi og Írlandi.⁸⁷ Hér á landi virðast því hlutfallið vera örlítið jafnara en í nágrannalöndum okkar. Í Hollandi virðist vera að 0.3% líffræðilegra karla og 0.05% líffræðilegra kvenna upplifðu kynáttunavanda og hefðu áhuga á meðferð.⁸⁸ Miðað við þann fjölda sem var í þessari rannsókn og mannfjöldatölur frá Hagstofu Íslands þá er hlutfall transkvenna á Íslandi árið 2015 0,03% og hlutfall transmanna 0,021%.⁸⁹ Þó ber að taka þessum samanburði með fyrirvara þar

⁸⁴ Chen M. 2016

⁸⁵ Chen M. 2016

⁸⁶ Van Kesteren P.J. 1996.

⁸⁷ Judge, Ciaran. 2014

⁸⁸ cL, Wijzen C. 2014.

⁸⁹ Hagstofa. Mannfjöldi eftir kyni og aldri

sem íslensku tölurnar telja aðeins transgender einstaklinga sem hafa leitað til transteymis til þess að fá meðferð. Hollensku niðurstöðurnar byggja á einstaklingum sem höfðu áhuga á meðferð en þær tölur eru ekki þekktar á Íslandi.

Meðalaldur transkvenna var 31 ± 11 ár en meðalaldur transkarla var 23 ± 6 ár. Á Írlandi var meðalaldurinn milli kynjanna mun jafnari, 32,6 ár hjá transkonum og 32,2 ára hjá transmönnum.⁹⁰ Í Osló var meðalaldurinn aftur á móti 29 meðal transmanna en 23 meðal transkvenna.⁹¹ Aldur þeirra sem leita sér aðstoðar hjá transteyminu virðist vera að lækka líkt og sjá má á mynd 2. Mikil aukning hefur orðið á tilvísunum til BUGL á undanförunum árum og viðbúið að það muni koma fram í tölum hjá fullorðinsteymi innan fárra ára.

24,5% transkvenna voru samkynhneigðar en 8,6% transkarla. Í Hollenskri rannsókn á kynhneigð kom fram að meðal transkvenna voru 33% sem flokkuðust samkynhneigðir en 66% sem flokkuðust „ekki samkynhneigðar“. Meðal transmanna flokkuðust 77% samkynhneigðir og 33% „ekki samkynhneigðir“.⁹²

37,1% transmanna ($n=13$) voru einhleypir við fyrstu komu en 32,7% ($n=16$) transkvenna. Tíu transkonur (20,4%) voru í giftar eða í sambúð við fyrstu komu en fimm transmenn (14,3%). Ef borið er saman við tölur frá Japan þá höfðu 28,3% transkvenna verið giftar sem karlmenn en mjög fáir transmenn höfðu verið giftir sem konur.⁹³ Hærri meðalaldur transkvenna gæti útskýrt af hverju fleiri transkonur voru giftar eða í sambúð við fyrstu komu. Aftur á móti voru tíu (28,6%) transmenn í sambandi (samband án sambúðar) en aðeins tvær (4,1%) transkonur. Ef við skoðum þá einstaklinga sem voru í sambúð, hjónabandi og sambandi þá kemur í ljós að 42,9% ($n=15$) transmanna voru í sambúð, hjónabandi eða sambandi en 24,5% transkvenna ($n=12$).

12 (24,5%) transkonur bjuggu í eigin húsnæði en einn transmaður (2,9%). Ef borið er saman við niðurstöður úr rannsókn ENIGI hópsins var hæst hlutfall þeirra sem bjuggu í eigin húsnæði meðal transmanna í Osló (44%) en lægst meðal transkvenna í Ghent (8,3%).⁹⁴ 51,4% transmanna ($n=18$) bjuggu í foreldrahúsum en 34,7% transkvenna ($n=17$). Meðalaldur transmanna var lægri og því mætti ef til vill útskýra hátt hlutfall transmanna sem búa í foreldrahúsum og lágt hlutfall þeirra sem búa í eigin húsnæði. Þrátt fyrir að meðalaldur transkvenna sé um 31 ár þá er hlutfall þeirra sem býr í foreldrahúsum hátt. Tvær transkonur (4,1%) bjuggu á sambýli en enginn transmaður.

12 transkonur (24,5%) og sjö transmenn (20,0%) áttu börn áður en þeir byrjuðu í ferlinu. Einn transmaður varð þungaður eftir að ferlið var hafið. 18,7% transkvenna í Japan höfðu eignast börn en mjög fáir transmenn.⁹⁵ Hér á landi virðist hlutfall barneigna milli kynja vera nokkuð jafnt en svo er ekki í Japan.

Fimm transmenn (14,3%) en 22 (44,9%) transkonur voru á framfærslu ríkisins í ferlinu, það er að segja á atvinnuleysisbótum eða endurhæfingarlífeyri. Atvinnuleysisstölur frá Hagstofu Íslands frá

⁹⁰ Chen M. 2016

⁹¹ B.P.C. Kreukels. 2010

⁹² Annelou L.C. de Vries. 2010. bls 416

⁹³ Vujovic S. 2009

⁹⁴ B.C.P Kreukels. 2012

⁹⁵ Vujovic S. 2009

1992-2015 voru skoðaðar. Samkvæmt þeim gögnum var atvinnuleysi mest meðal karla árið 2009, 8,6%. Árið 2015 hafði atvinnuleysi karla minnkað í 3,9%. Atvinnuleysi meðal kvenna var mest árið 2010, 6,7% og hafði minnkað í 4,1% árið 2015.⁹⁶ Atvinnuleysi meðal transfólks virðist því vera mun hærra en í samfélaginu í heild sinni.

24 transmenn (68,6%) stunduðu nám og/eða unnu í ferlinu og 22 transkonur (44,9%). Samkvæmt tölum frá ENIGI hópnum voru að meðaltali 66% transfólks sem voru með atvinnu eða í námi.⁹⁷ Það virðist því vera nokkuð sambærilegt við íslenskt transfólk. Aðeins tvær transkonur (4,1%) og einn transmaður (2,9%) höfðu lokið háskólamenntun. Í sumum tilvikum kom ekki fram hvort einstaklingarnir höfðu lokið menntuninni eða þeir enn að stunda námið og því ekki lokið. Þau tilvik flokkuðust undir óvíst auk þeirra tilvika þar sem ekkert kom fram í sjúkraskrá. Samkvæmt gögnum frá hagstofu voru 26,7% íslenskra kvenna á aldrinum 15-64 ára starfandi eftir að hafa lokið háskólagráðu árið 2011 en 19,3% íslenskra karla.⁹⁸ Í rannsókn ENIGI á menntunarstigi transfólks kom í ljós að hlutfall þeirra sem höfðu lokið háskólaprófi var hæst hjá einstaklingum í Amsterdam (33,3%) en lægst í Osló (9,4%) og Ghent (8,2%).⁹⁹ Ljóst er að hlutfall íslensks transfólks sem hefur lokið háskólastigi er mun lægra en í nágrannaríkjum okkar. Þá mætti velja fyrir sér hvort þetta lága hlutfall hjá transmönnum sé vegna lágs meðalaldurs (23±6 ár) en sömu ályktun væri ekki hægt að draga hjá transkonum þar sem meðalaldurinn er töluvert hærri (31±11 ár).

Rannsóknir hafa leitt í ljós að einhverfa er algengari meðal einstaklinga með kynáttunarfanda eða óljósa kynvitund. Í Hollenskri rannsókn meðal transbarna (meðalaldur 11 ±3ára) frá 2010 kom í ljós að tíðni einhverfu hjá þeim var 7,8%.¹⁰⁰ Samkvæmt íslenskri rannsókn frá 2013 er tíðni einhverfu hjá stúlkum á Íslandi 1,2% en 1,7% hjá drengjum.¹⁰¹ Í okkar rannsókn voru átta transkonur (16,3%) en þrír transmenn (8,6%) með staðfesta einhverfugreiningu. Við höfum ekki upplýsingar um tíðni einhverfu í íslensku þýði meðal fullorðinna. Þessar niðurstöður benda þó til þess að einhverfa sé algeng meðal transfólks. Sennilega eru þessi tilvik vantalin vegna þess að ekki fer fram skipulögð leit að einhverfu í þessum hópi. Ein kenning sem gæti skýrt hærri tíðni einhverfu er að þessir einstaklingar eru þekktir fyrir að þróa með sér annars konar félagslega hegðun en jafnaldrar þeirra. Þeir gætu verið lengur að þróa með sér kynvitund og það gæti flækt greiningarferlið.¹⁰²

14 transkonur (28,6%) og níu transmenn (25,7%) reyktu á tímabilinu. Samkvæmt Hagstofu Íslands var hlutfall þeirra sem reyktu daglega árið 2013 12,3% meðal kvenna en 10,9% meðal karla. Þó verður að taka fram að tóbaksreykingar hafa minnkað á tímabilinu en 25,4% kvenna reyktu árið 1998 og 24,5% karla.¹⁰³ Þrátt fyrir að miðað væri við tölur frá 1998 er hlutfall þeirra sem reykja hærra meðal transfólks. Átta transkonur (16,3%) og þrír transkarlar (8,6%) áttu við áfengis- og vímuefnavanda að stríða. Rannsókn sem gerð var á transkonum í Bandaríkjunum (2010) gaf til kynna að 11,2% ættu við áfengisvandamál að stríða og 15,2% væru háðar vímuefnum (fyrir utan áfengi).¹⁰⁴

⁹⁶ Hagstofan. Vinnumarkaður. Atvinnuleysi eftir kyni.

⁹⁷ B.C.P Kreukels. 2012

⁹⁸ Hagstofa. Íbúar. Manntal <https://hagstofa.is/talnaefni/ibuar/manntal/manntal-2011/>

⁹⁹ B.P.C. Kreukels. 2012

¹⁰⁰ De Vries. 2010.

¹⁰¹ Saemundsen, E. 2013.

¹⁰² Annelou L.C. de Vries. 2011.

¹⁰³ Hagstofan. Lífsvenjur og heilsa

¹⁰⁴ Reisner SL. 2016.

Þegar innlagnir á geðdeild voru skoðaðar kom í ljós að 24,5% transkvenna ($n=12$) og 20,0% transmanna ($n=7$) höfðu lagst inn fyrir fyrstu komu en 16,3% transkvenna ($n=8$) og 14,3% transmanna ($n=5$) lagðir inn eftir fyrstu komu til transteymisins. Ein transkona lagðist inn í fyrsta sinn að lokinni meðferð hjá transteymi. Hlutfallið lækkar en ekki er hægt að draga þá ályktun að það sé fyrir tilstuðlan meðferðarinnar þar sem um fá tilfelli er að ræða og það vantar samanburðarhóp.

25 transkonur (51,0%) og 16 transmenn (45,7%) fengu meðferð við geðrænum vanda fyrir fyrstu komu en 22 transkonur (44,9%) og 16 transmenn (45,7%) þurftu á meðferð að halda eftir fyrstu komu. Enginn munur er á transmönnum en hlutfallið lækkar lítilsháttar meðal transkvenna. Meðferð við geðrænum vanda var sálfræðimeðferð eða geðlyfjanotkun til dæmis þunglyndislyf. Skimun var gerð á 2000 manna slembiúrtaki árið 2002 á fólki á aldrinum 20-75 ára. Þar kom í ljós að 13% þeirra sem svöruðu könnuninni sögðust hafa notað tauga- eða geðlyf samfelt á undanfögnu ári en 7,2% höfðu tekið tauga- eða geðlyf hluta af árinu. Ef þetta er notað sem viðmið þá er ljóst að notkun transfólks á þjónustu eða lyfjum til að vinna á geðrænum vanda er hærrí en hjá almenningi.¹⁰⁵106

Meðferð

Tæplega 60% transkvenna og 30% transmanna nýttu sér talmeinaþjónustu á Landspítalanum. Stór hluti sem fer á mis við þessa þjónustu og það mætti ef til vill bæta með skýrari verklagsferlum.

18 transkonur á hormónameðferð (36,7%) voru á töflumeðferð, 12 (24,5%) á sprautum og þrjár (6,1%) á geli. 12 transkonur (30,6%) sem voru byrjaðar í ferli fyrir árslok 2015 voru ekki byrjaðar á hormónameðferð. Flestar konur voru á Spirix (32,7%) eða CPA (28,6%) antiandrogenum. Engin transkona var á kynproskastöðvandi meðferð né hafði áður verið á slíkri meðferð.

20 transkonur (40,8%) höfðu farið í kynleiðréttingaraðgerð á kynfærum. Fimm transkonur (10,2%) höfðu farið í brjóstágræðslu og ein kona (2,0%) hafði farið í aðgerð á andliti. Sjö konur (14,3%) höfðu farið í háreyðandi laser meðferð. Þessar aðgerðir eru oft framkvæmdar á einkareknum stofum og því gætu verið tilfelli sem ekki voru skráð í Sögukerfi Landspítalans. Í töflu 5 má sjá frekari upplýsingar um meðferð transkvenna.

27 transmenn (77,1%) voru á sprautumeðferð en einn var á geli. Þrír (8,6%) höfðu ekki hafið hormónameðferð. Enginn transkarl hjá transteyminu er á kynproskastöðvandi meðferð en tveir (5,7%) höfðu áður verið á slíkri meðferð. Fjórir (13%) fóru í legnám og 12 transmenn (40%) fóru í brjóstnám á Landspítalanum. Í töflu sex má sjá frekari upplýsingar um meðferð transkarla.

Fimm transmenn fóru í kynleiðréttingaraðgerð hér á landi en 20 transkonur. Algengasti fylgikvillinn í kjölfar aðgerða á kynfærum transkvenna hér á landi voru vandamál tengd þvagrás (35,3%). Í flestum tilvikum var þar um að ræða þrengingu á þvagrásaropi en einnig vandamál með þvaglát. Þessar niðurstöður eru sambærilegar niðurstöðum frá Þýskalandi þar sem 40% transkvenna voru með

¹⁰⁵ Tómas Helgason. 2004

¹⁰⁶ Cecilia Dhejne. 2016

þrengingu á þvagrásaropi. Hér á landi voru skemmdir á endaparmi í 5,9% tilvika en í 3% tilvika í Þýskalandi.¹⁰⁷ Þó verður að taka tillit til þess að þýska rannsóknin byggir á niðurstöðum 322 transkvenna en okkar rannsókn á aðeins 17 transkonum.

Ályktanir

Einstaklingum sem leita til transteymis hefur fjölgað verulega milli ára. Breytingar í samfélaginu og aukin umræða um transfólk og réttindabarátta þeirra er talin skýra þessa fjölgun.

Kynjadreifingin virðist vera áþekkt því sem sést til dæmis í Hollandi en rannsóknir þaðan hafa verið leiðandi á þessu sviði. Á Íslandi eru um það bil þrjár transkonur á móti tveimur transmönnum (3:2) en hlutfallið er 3:1 í Hollandi. Aldursdreifingin virðist vera ólík héraðs ef miðað er við rannsókn ENIGI hópsins. Transkonur hér á landi eru eldri en transmennirnir við upphaf meðferðar en í rannsókn ENIGI hópsins eru transkarlarnir eldri. Aldur þeirra sem leita til transteymisins á Íslandi virðist vera að lækka.

Hugsanlega hafa of fáir leitað til talmeinafræðings og gæti þar þurft að bæta verkferla transteymisins. Greining og meðferð hjá talmeinafræðingi er hluti af ferli einstaklinga hjá transteyminu og því er mikilvægt að sú þjónusta sé fullnýtt.

Áhugavert væri að bera saman geðheilbrigði transfólks og almenns þýðis. Í þessari rannsókn var skoðaður fjöldi innlagna á geðdeild fyrir og eftir meðferð til þess að kanna það lítillega. Þar sem samanburðarhóp vantaði gaf það í raun takmarkaðar upplýsingar og erfitt að álykta um geðheilbrigði hópsins í samanburði við almennt þýði. Hins vegar kemur í ljós að notkun geðlyfja meðal transfólks er mjög há, mun hærra en meðal almennings. Það kann að gefa vísbendingar um að hópurinn sé viðkvæmari fyrir geðrænum vanda og að taka þurfi tillit til þess í meðferðarferlinu. Þessar niðurstöður gefa tilefni til frekari rannsókna.

Menntunarstig transfólks hér á landi er lægra en það sem má sjá í rannsókn ENIGI hópsins og það er einnig lægra en meðaltalið í íslensku samfélagi. Hlutfall þeirra sem lifa á framfærslu ríkisins er mun hærra hjá transfólki en það sem gengur og gerist í samfélaginu og var mun hærra hjá transkonum en transmönnum. Transkonur eru eldri þegar þær leita sér aðstoðar hjá transteyminu og virðast vera verr staddar félagslega, sérstaklega ef skoðað er hlutfall þeirra sem eru á framfærslu ríkisins. Tíðni reykinga er hærra meðal transfólks en almennings. Transfólk á Íslandi er félagslega jaðarsettur hópur með lélega menntun og stöðu.

Þessi rannsókn var sú fyrsta sem gerð hefur verið á transfólki á Íslandi. Þar sem aðeins var stuðst við sjúkaskrár við gerð þessarar rannsóknar er ýmsu ábótavant og mætti skoða betur í framtíðinni. Ætlunin er að búa til skráningarblað í Sögukerfi Landspítala til þess að hafa betri yfirsýn yfir þá sem koma til meðferðar hjá transteyminu. Þar væri hægt að útbúa ítarlegri upplýsingasöfn fyrir framtíðarrannsóknir. Rannsóknin mun nýtast vel í framtíðarvinnu transteymisins meðal annars til að færa rök fyrir því að um viðkvæman hóp er að ræða og þarf mikinn stuðning frá heilbrigðiskerfinu í gegnum leiðréttingarferlið.

¹⁰⁷ R. Rossi Neto. 2013.

Heimildir:

1. Annelou L.C. de Vries, Theo A.H. Doreleijers. "Comparing adult and adolescent transsexuals: An MMPI-2 and MMPI-A study" *Psychiatry Research* 2011;186:414–418
2. B.P.C. Kreukels, P.T. Cohen-Kettenis. "A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative". *European psychiatry* 2012;27:445-450
3. Cecilia Dhejne, Roy Van Vlerken, Gunter Heylens & Jon Arcelus (2016) Mental health and gender dysphoria: A review of the literature, *International Review of Psychiatry*, 28:1, 44-57
4. Chen M, Fuqua J, Eugster EA. Characteristics of Referrals for Gender Dysphoria Over a 13-Year Period. *J Adolesc Health*. 2016;58(3):369-71.
5. Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries AL. Treatment of adolescents with Gender Dysphoria in the Netherlands. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011 Oct;20(4):689-700
6. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(4):246-8
7. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis o.fl. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2011
8. Corrine K. Welt. 2015. Physiology of gonadotropin-releasing hormone. *UpToDate*
9. De Vries, A.L., Cohen-Kettenis, P.T.,. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J. Homosex*. 2012;59, 301–320.
10. De Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(8):930-6.
11. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 2012;24(6), 568–577.
12. Duisin, D., Batinic, B., Barisic, J., Djordjevic, M.L., Vujovic, S., & Bizic, M. Personality disorders in persons with gender identity disorder. *The Scientific World Journal*. (2014).
13. Gerrit I. van Schalkwyk, Katherine Klingensmith. "Gender Identity and Autism Spectrum Disorders". *Yale Journal of Biology and medicine*. 2015;88; pp.81-83.
14. Hagstofan. Íbúar > Mannfjöldi
http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__mannfjoldi__1_yfirlit__Yfirlit/MAN00101.px/table/tableViewLayout1/?rxid=7f6d9679-26ea-42c0-8720-056510b51a3d
15. Hagstofan. Íbúar > Manntal <https://hagstofa.is/talnaefni/ibuar/manntal/manntal-2011/>

16. Hagstofan. Samfélag > Heilbrigðismál > Lífsvenjur og heilsa
<https://hagstofa.is/talnaefni/samfelag/heilbrigdismal/lifsvenjur-og-heilsa/>
17. Hagstofan. Samfélag > Vinnumarkaður > Atvinnuleysi eftir kyni. <https://hagstofa.is/talnaefni/samfelag/vinnumarkadur/vinnumarkadur/>
18. Henk Asscheman, Louis J G Gooren. "A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones." *European Journal of Endocrinology* 2011;164;635–642
19. Rang, H.P. et al. *Pharmacology*. 7th ed. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2012. (Rang et al. 417-435)
20. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016
21. Johanna Olson-Kennedy, Michelle Forcier. 2015. Overview of gender development and clinical presentation of gender nonconformity in children and adolescents. *Up to Date*.
22. Judge, Ciaran et al. "Gender Dysphoria - Prevalence And Co-Morbidities In An Irish Adult Population". *Frontiers in Endocrinology* 5 (2014): n. pag.
23. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav*. 2014;43(2):377-85.
24. Lawrence AA. 2003. "Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery." *Arch Sex Behav*. 2003;32(4):299.
25. Krsmanovic LZ, Hu L, Leung P-K, Feng H, Catt KJ. The Hypothalamic GnRH Pulse Generator: Multiple Regulatory Mechanisms. *Trends in endocrinology and metabolism: TEM*. 2009;20(8):402-408.
26. M C Meriggiola, E A Jannini, A Lenzi, M Maggi and C Manieri. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline: commentary from a European perspective. *European Journal of Endocrinology* 2010;162 831–833
27. M.H.H. Sohn (MD), K. Exner (MD). Genital reassignment surgery for transsexual people. *Sexologies* 2008;17, 283—290
28. Monstrey S, Hoebeke P, Dhont M, De Duypere G, Rubens R, Moerman M, et al. Surgical therapy in transsexual patients: A multidisciplinary approach. *Acta Chir Belg* 2001;101:200—9.
29. Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(2):171-6.
30. Reisner, Sari L. et al. "Psychiatric Diagnoses And Comorbidities In A Diverse, Multicity Cohort Of Young Transgender Women". *JAMA Pediatrics* 2016: n. pag.
31. Richards, C., Arcelus, J., Barrett, J., Bouman, WP., Lenihan, P., Lorimer, S., Murjan, S., & Seal, L. Trans is not a disorder – but should still receive funding. *Sexual and Relationship Therapy*, 2015;30, 309–313.
32. Robert L Barbieri. 2013. "Treatment of hirsutism". *UptoDate*.
33. R. Rossi Neto, F. Hintz, S. Krege, H. Rübber, F. vom Dorp. Gender reassignment surgery - a 13 year review of surgical outcomes. *European Urology*. 2013.

34. Saemundsen, E. et al. "Prevalence Of Autism Spectrum Disorders In An Icelandic Birth Cohort". *BMJ Open* 3.6 (2013): 2748-2748.
35. Sérlyfjaskrá. 2014. Estofem.
36. Sérlyfjaskrá. 2016. Nebido.
37. Sérlyfjaskrá. 2007. Testogel
38. Sigríður Birna Valsdóttir. Kynáttunarbúi barna og unglunga. <http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Klinisk-svid-og-deildir/Kvenna-og-barnasvid/BUGL/2013---Rettastvaeri-ad-flengja-raefillinn-/kynattunarbui%20Sigridur%20Birna.pdf>
39. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, Vance SR. "Children And Adolescents With Gender Identity Disorder Referred To A Pediatric Medical Center". *Pediatrics*. 2012; n pag.
40. Tómas Helgason, Kristinn Tómasson, Eggert Sigfússon og Tómas Zoëga. „Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ávísanir geðlyfja 1984 og 2001“. *Læknablaðið* 2004; 90: 553-9
41. Trans Ísland. 2014. Heilbrigðisþjónusta. <http://trans.samtokin78.is/upplýsingar/ferlid-sjalft/>
42. Trum, Hans W., Piet Hoebeke, and Louis J. Gooren. "Sex Reassignment Of Transsexual People From A Gynecologist's And Urologist's Perspective". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 94.6 2015; 563-567. Web.
43. Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch Sex Behav*. 1996;25(6):589
44. Van Beijsterveldt CE, Hudziak JJ, Boomsma DI. Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: a study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. *Arch Sex Behav*. 2006;35(6):647-58.
45. Vin Tangpricha. 2013. Treatment of Transexualism. *UpToDate*.
46. Vin Tangpricha. 2015. Transsexualism: Epidemiology, pathophysiology and diagnosis. *UptoDate*.
47. Vujovic S, Popvic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *J Sex Med*. 2009;6(4):1018
48. Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S.J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., Di Giacomo, A., Bain, J., Zucker, K.J.,. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976–2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *J. Sex Marital Ther*. 2013;39, 1–6.
49. WPATH (World Professional Association for Transgender Health). Ethics and Standards. http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1347&pk_association_webpage=4233
50. WPATH (World Professional Association for Transgender Health). International symposia. http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1347&pk_association_webpage=4229

