

Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik:

Nej till tvångssterilisering vid fastställande av könstillhörighet

Svenska Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik säger nej till sterilisering som villkor för fastställande av könstillhörighet. Regeringen förbereder nu en proposition i frågan.

Den nu gällande lagen om fastställande av könstillhörighet trädde i kraft 1972. För att juridiskt få ändra sin könstillhörighet uppställer lagen fyra krav: den sökande ska vara 18 år, svensk medborgare, ogift och steril. Regeringen förbereder nu en proposition om ny lagstiftning där man avser att förändra dessa krav förutom vad avser sterilisering.

Regeringen överväger således att behålla kravet på att personen först måste vara steril för att den juridiska könstillhörigheten ska kunna ändras, vilket har väckt en bred och omfattande diskussion.

Frågan berör läkarkåren på ett särskilt sätt genom att det är läkare som förutsätts utföra steriliseringen. Delegationen för medicinsk etik har därför granskat frågan ur medicinsk och etisk synvinkel.

Transsexualism är en medicinsk diagnos och berör människor som på grund av sin könsidentitetsstörning riskerar betydande psykiska och sociala svårigheter. Det råder därför inget tvivel om att det finns medicinska indikationer för utredning och behandling i dessa fall. En sådan utredning och behandling måste uppfylla högt ställda medicinska och etiska krav, vilket förutsätter en centralisering till högspecialiserade mångprofessionella team med betydande erfarenhet på området.

Skälet till steriliseringskravet angavs i lagens förarbeten som en vilja att hålla ordning i släktskapsförhållanden och

undvika en förvirring som skulle kunna uppstå om en transsexuell person som fått sin könstillhörighet ändrad skulle få biologiska barn. I förarbetena angavs emellertid också att sterilisering är ett ingrepp som inte är helt riskfritt. Det var således sociala snarare än medicinska skäl som motiverade kravet på sterilisering i lagstiftningen från 1972.

All hälso- och sjukvård är som huvudregel frivillig. Detta framgår redan i regeringsformens förbud mot varje form av påtvingat kroppsligt ingrepp från det allmänna, vilket sedan följs upp i hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om kravet på samtycke från patienten till varje medicinsk åtgärd. Undantag gäller huvudsakligen vid psykisk sjukdom, då tvångsvård kan förekomma.

FN:s råd för mänskliga rättigheter fastställde 2007 de s k Yogakarta-principerna, av vilka framgår: »Ingen ska bli tvingad att undergå en medicinsk process, inkluderande könskorrigering operationer, sterilisering eller hormonell terapi som krav för lagligt erkännande för deras könsidentitet.« Motsvarande uttalanden har gjorts av Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter och av Europarådets parlamentariska församling.

Förtroendet för sjukvården bygger på att patienten ges möjlighet att samtycka till föreslagna medicinska åtgärder. Endast speciella situationer relaterade till allvarlig psykisk störning eller risk för smittspridning kan motivera undantag från denna grundregel.

Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik har inte



Illustration: David Gifford/SPL/IBL

Regeringen bör slopa kravet på sterilisering i samband med könsbyte, anser etikdelegationen.

funnit några medicinska eller etiska skäl som talar för att behålla kravet på sterilitet inför en juridisk fastställelse av könstillhörighet.

Läkarkåren ska inte påtvinga någon en behandling som denne inte önskar om det inte finns starka medicinska skäl för detta. När det gäller sterilisering inför fastställelse av ändrad könstillhörighet vid transsexualism finns inte sådana skäl.

Delegationen för medicinsk etik ser därför ingen anledning till att kravet på sterilisering kvarhålls i den kommande lagstiftningen och förväntar sig att regeringens kommande proposition innefattar ett borttagande av detta krav. Ämnet aktualiserar emellertid ett flertal närliggande medicinska och etiska frågor om reproduktion i samband med könsbyte som bör innefattas i den förutsättningslösa utredning om assisterad befruktning som delegationen för medicinsk etik har föreslagit regeringen.

Ingemar Engström
ordförande,
delegationen för
medicinsk etik,
Svenska
Läkarsällskapet



ingemar.engstrom@orebroll.se

Mer debatt på Lakartidningen.se

SPUR-inspektör
manar sina kollegor:
**Abdikera inte – den
ideella tiden är förbi**

IPULS: Bjud in oss SPUR-samordnare att vara med och påverka. Förankra utvecklingen hos oss. — SPUR-inspektörer från alla specialiteter: Abdikera inte – det är ändå vi rutinerade inspektörer som med vår erfarenhet bäst kan kan driva ST-läkarnas intressen även i det nya!

Anne Garland

Socialstyrelsen som handläggare av patientklagomål:
Kejsaren är kanske felklädd?

Några reflektioner från en kirurgchef efter ett drygt år med Socialstyrelsen som handläggare av patienters klagomål. Jag tycker kanske inte att kejsaren är naken – men han kanske är felklädd?

Ewa Lundgren

Fel
kostym?



Foto: Colourbox

»Den som har det största behovet ska ges företräde«
Förbud mot respiratorbehandling i strid mot hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf?

Socialstyrelsens beslut år 2007 att förbjuda start av respiratorbehandling då patienten inte bedöms ha möjlighet att överleva är enligt vår uppfattning svårastående. Det tycks inte heller vara i överensstämmelse med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf.

Göran Settergren, Calixto
Machado, Anselmo Abdo

Kommentar till artiklar om läkarutbildning i Rumänien:
Universitetsledningen förvånad över »generaliserande och skadlig kritik«

Hundratals rumänska läkare arbetar redan i Sverige och har fått både erkännande och uppskattning. Detta återspeglar den professionella, seriösa och värdefulla utbildning som läkarna fått vid universitetet i Cluj-Napoca.

Alexandru Irimie

Kvalitetsregistren utvecklar vården

Det har aldrig varit meningen att kvalitetsregistren ska vara en kommersiell guldgruva. Deras värde ligger i att de används för att utveckla vården till nytta för patienterna, framhåller Mona Boström.

Thomas Flodin, ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd, skriver i Läkartidningen 6/2012 under Signerat (sidan 263) att Läkarförbundet är positivt till den femåriga satsning som staten och landstingen gör på de nationella kvalitetsregistren. Det är glädjande att förbundet förstått att läkarnas insatser för utvecklingen av registren värderas högt och att deras fortsatta medverkan i utvecklingen och användandet av registren välkomnas.

Flera av de frågor som Thomas Flodin tar upp är relevanta. Etikfrågan behöver diskuteras. Läkarnas synpunkter kring detta blir ett viktigt inspel till utredningen av den aktuella lagstiftningen. Direktiven lämnades 15 december 2011 och utredaren Lena Lundgren, hälso- och sjukvårdsdirektör i Östergötland, ska se till så att etikediskussionen finns med som grund för eventuella lagförslag.

Frågorna kring vem som äger data i registren är inte oklara, vilket många tycks tro. Den myndighet där registret finns ansvarar för data och vem som får tillgång till dem. I normalfallet är myndigheten ett landsting. Jag kan förstå

Thomas Flodins oro för att det går för långsamt att utveckla teknik som underlättar överföring av data från vårddokumentation till kvalitetsregister. Men det finns idéer och försök som ser mycket lovande ut. Många läkare bidrar även i den utvecklingen, vilket jag tacksamnt noterar. Med inställningen att det ska gå och att alla intressenter hjälps åt, är jag säker på att lösningen kan komma snabbare än Thomas Flodin anar.

Kvalitetsregistren har en stor potential för verksamhetsutveckling och lärande. Vi är helt överens med Thomas Flodin om det, och jag är glad över Läkarförbundets positiva inställning till fortsatt ut-



Foto: Colourbox

»Det är glädjande att Läkarförbundet förstått att läkarnas insatser för utvecklingen av kvalitetsregistren värderas högt.«

veckling av registren. Det vore därför bra om Läkarförbundet inte gräver ner sig i guldgruvan och i frågan om vem som ska få del av guldet – det är patienterna som är vinnarna.

Mona Boström

tidigare nationell samordnare för utvecklingen av nationella kvalitetsregister
mona.boström@social.ministry.se

IPULS vd bemöter kritiken från spur-inspektörer:

Nödändigt förändra för att möta kraven

»Vi kommer för första gången att ha ett granskningssystem som möjliggör ett nationellt index med tydlig jämförbarhet mellan inspekterade enheter.« Det skriver Björn-Ove Ljungh, IPULS vd, i en uppmärksamhet till bojkott som förts fram i Läkartidningen.

Sedan IPULS tre ägarorganisationer, Läkarförbundet, Läkaresällskapet och Sveriges Kommuner och Landsting, för drygt ett år sedan gav IPULS uppdraget att utföra extern granskning av ST-utbildningar har vi arbetat intensivt med att utveckla en effektiv granskningsmodell där det bästa från SPUR bibehålls, men kompletteras med moderna vetenskapliga metoder kring kvalitetsgranskningar. Ambitionen har under arbetets gång varit att vara så transparent och lyhörd som möjligt.

IPULS har varit i kontakt med samtliga inspektörer som va-

rit verksamma under 2011, vi har genomfört ett stormöte med SPUR-samordnarna, medverkat vid studierektorskonferenser och möten med ett stort antal specialitetsföreningar. Allt i syfte att dela information och inhämta synpunkter på förändrings- och utvecklingsarbetet. Att vi ändå, som i debattartikeln i LT 7/2012 (sidan 355) av två SPUR-inspektörer i reumatologi, upplevs ha brustit i vår ambition att informera är något vi beklagar.

Debattörerna uttrycker dock ett antal missuppfattningar i sitt inlägg.

Ingen får »sparken«. Artikel-författarna talar själva om inspektörsrollen som ett frivilligt hedersuppdrag, och vår ambition är att så många som möjligt av nu aktiva inspektörer fortsätter sitt viktiga arbete. Men när IPULS nu har ansvaret för den externa granskningen är det också naturligt att de arvoderade

inspektörerna sluter avtal med uppdragsgivaren IPULS.

»Byråkrater« kommer inte att ersätta specialitetsläkare. Det kommer alltid att vara en utbildad specialist som inspekterar sin respektive specialitet. Att inspektionerna blir mer omfattande och sker på fler nivåer än tidigare betyder snarare att specialiteternas inflytande och möjlighet att påverka ökas.

Socialstyrelsens föreskrifter om extern granskning innebär att antalet inspektioner kommer att öka dramatiskt. I kombination med den nya granskningsmetoden kommer detta att ställa krav på viss professionalisering och kontinuitet i granskningsuppdraget. Därför utvecklar vi modellen med team, där inspektörer kontrakteras för ett större antal granskningar än vad som tidigare oftast varit fallet.

Erfarna specialister ska i vissa fall kontrakteras på del-

tid av IPULS för att på så sätt ges möjlighet att fördjupa sig i granskningsverksamheten, men samtidigt vara fast förankrade i sin specialitet. Med den nya utvecklade modellen kommer vi också för första gången att ha ett granskningsystem som möjliggör ett nationellt index med tydlig jämförbarhet mellan inspekterade enheter. Detta har tidigare inte varit möjligt.

Sammanfattningsvis tror vi att det förändringsarbete vi nu genomför är nödvändigt för att möta de juridiska, vetenskapliga och praktiska krav som ställs på en effektiv, trovärdig och enhetlig granskning av blivande specialisters utbildning.

Björn-Ove Ljung
vd, IPULS
bjorn-ove.ljung@ipuls.se



Mer om ipuls finns på
Lakartidningen.se



Läkartidningen
51–52/2011.

replik till jan halldin angående den farliga tystnaden:

Etiken ett gemensamt ansvar

Jan Halldin tar i i LT 51–52 /2011 (sidan 2730) upp flera viktiga etiska perspektiv på den förändring som hälso- och sjukvården genomgår med allt fler utförare.

Läkarförbundet har med både patienternas och läkarnas intresse för ögonen under en längre tid varit tillskyndare av en mångfald bland vårdgivare. Vi tror att mångfald på rätt sätt och med rätt förutsättningar kan både öka vårdens kvalitet och skapa bättre arbetsvillkor för vårdens olika yrkesgrupper. Detta innebär inte att vi bagatelliserar de etiska risker med förändrade vårdstrukturer som Jan Halldin pekar på.

Vi erkänner gärna att Läkarförbundet i sitt arbete för ökad mångfald inom sjukvården inte alltid tydligt nog betonat dessa risker. Det finns dock exempel där Läkarförbundet påpekat både etiska brister och svagheter i organisatoriska förändringar un-

der senare tid. Bland dessa kan nämnas undanträngningseffekter till följd av olika vårdgarantier eller regler om maximala väntetider på akutmottagningar.

Som ledamöter i förbundets etik- och ansvarsråd ser vi som vår särskilda uppgift att formulera stöd för den enskilde läkaren att luta sig mot. Som legitimerad yrkesutövare är läkaren ålagd ett ansvar inte bara gentemot sin patient, utan även mot sin arbetsgivare och mot samhället. Läkaretiken kan här, rätt formulerad, vara ett välbehövligt stöd.

Hur förhåller man sig som läkare till rekommendationer från sin arbetsgivare att sätta upp patienter för onödiga återbesök om det i den aktuella vårdvalsmodellen ger högre ersättning? Alternativt att avskriiva patienter från mottagningen trots att ytterligare återbesök är medicinskt motiverat men ligger utanför det vårdavtal som

slutits på överordnad nivå? Eller till att prioritera väntande friska personer framför sjuka på akutmottagningen för att verksamheten har som uttalat mål att uppfylla en väntetidsgaranti?

De etiska riskerna är kopplade inte bara till driftsform, utan exemplen ovan är hämtade ur offentliganställda läkares vardag. Snarare är det, som Jan Halldin skriver, fråga om en förändring av vårdens incitamentsstrukturer där det i såväl offentligt som privat driven vård finns en risk för att ekonomiskt och logistiskt tänkande får dominera utan att hänsyn tas till sjukvårdens särskilda roll och ansvar när det gäller att värna de icke lönsamma och osedda patienterna. Risken är stor att ett strikt ekonomiskt tänkande leder till en sjukvård utformad för de starka, friska, lönsamma och aktiva patienterna.

Som läkare måste vi se som vår uppgift att tala även för

de patienter som inte själva gör sig hörda, exempelvis de kroniskt sjuka och gamla. Vi uppfattar Jan Halldins inlägg som en viktig signal att medlemmarna önskar mer av sitt Läkarförbund när det gäller att belysa de etiska riskerna med vårdens nya incitamentsstrukturer.

Till stöd för sitt dagliga agerande har läkaren sin yrkesetik, oberoende av organisationsmodeller eller finansieringsformer. Det är vår gemensamma skyldighet att inte kompromissa bort läkaretiken till förmån för kortsiktiga ekonomiska vinster eller andra fördelar.

Läkarförbundets etik- och ansvarsråd kommer att återkomma med mer konkret stöd till medlemmarna i dessa frågor.

Thomas Flodin
Johan Zelano

ordförande respektive ledamot
i Läkarförbundets
etik- och ansvarsråd

vården av tortyr- och krigsskadade:

WeMind skulle ha skött uppdraget på bästa sätt

■ Gösta och Malin Alfvén kritiserade i en insändare i LT 1–2/2012 (sidan 43) Stockholms läns landstings beslut att ge WeMind AB uppdraget att sköta en del av vården av krigs- och tortyrskadade. Beslutet överklagades till förvaltningsrätten och nu har dom fallit.

En kommentar: WeMind kommer inte att behandla krigs- och tortyrskadade i Stockholm under de kommande åren eftersom rätten ansåg att WeMind inte tekniskt uppfyllt alla ska-krav.

Från WeMinds sida kommer vi inte att överklaga domen då vi inte vill bidra till att öka patienternas osäkerhet.

Vi är dock övertygade om att WeMind skulle ha skött uppdraget på bästa sätt inte minst genom att arbeta med de metoder som har starkast evidens, på det sätt WeMind gör i dag för de patienter vi behandlar på uppdrag av Stockholms läns landsting.

Anders Milton
ledamot av WeMinds styrelse,
tidigare nationell
psykiatrisamordnare

replik:

Landstingets undermåliga upphandling oroar

■ Det var väntat att förvaltningsdomstolen skulle ändra Landstingets upphandling av vård för tortyrskadade. WeMind erbjöd en mottagning med sex och en halv personal, varav endast två med viss erfarenhet av tortyrskadade. På Röda korsets centrum för tortyrskadade (RKC) har samtliga 11 anställda långvarig, evidensbaserad erfarenhet av behandling av tortyroffer.

Landstinget skulle ha tjänat 265 000 kronor om WeMind, med sämre kompetens och ingen juridiskt säkerställd specifik erfarenhet,

fått uppdraget. Det innebär att om de anställda på WeMind skulle fått lika lön som de på RKC skulle företaget ha kunnat hämta hem mångmiljonbelopp i vinst.

Vi undrar oroad vilken policy som legat bakom Landstingets undermåliga upphandling? Något svar på denna fråga har vi ännu inget fått.

Gösta Alfvén
docent, Stockholm
gosta.alfven@slmk.org
Malin Alfvén
leg psykolog, barn- och
föräldrapsykolog, Stockholm

slutreplik angående faryngotonsillit:

Anmärkningsvärt att SMI och Stramarådet inte tar tydlig ställning i sakfrågan



Foto: Colourbox

■ Smittskyddsinstitutet (SMI) och Stramarådet har i LT 3/2012 (sidorna 108-9) kommenterat vår artikel i LT 34/2011 (sidan 1572) angående behandling av streptokockorsakad faryngotonsillit. Författarna skriver att det är »oklart« varifrån vi fått uppfattningen att en ändrad behandlingspolicy breder ut sig och att allt fler anser att patienter med lindriga besvär inte behöver behandlas.

Vi hör detta budskap från allt fler kollegor. Det finns också att läsa i det informationsblad angående råd och fakta om antibiotika och infektio-

ner som SMI gav ut i september 2011. Med rubriken »Till dig som har ont i halsen« skriver SMI: »Om du bara har halsont ... d.v.s. halsfluss, orsakas infektioner ibland av bakterier, framförallt streptokocker. Vid lindrig halsfluss har man inte någon nytta av antibiotika (vår kursivering). Vid måttlig eller svår halsfluss med streptokocker rekommenderas antibiotika«. Detta informationsblad är utgivet av SMI och granskat av Stramarådet.

I samband med publiceringen av vår artikel hade LT en webbfråga på Lakartidning-

en.se där man frågade läsarna om de behandlade lindrig streptokockbetingad halsinfektion. Endast 70 procent angav att de behandlade.

Man ska givetvis ta denna typ av webbenkät med en nypa salt eftersom urvalet inte är statistiskt säkerställt. Men uppfattningen att inte behandla förefaller ändå vara relativt spridd, vilket just var orsaken till vår artikel!

Vi finner det glädjande att SMI/Stramarådet förefaller ha samma uppfattning som vi, det vill säga att de nationella rekommendationerna avseende behandling från 2001 gäller. I dessa anges

inte, anser vi, att man kan avstå från att behandla vissa grupper med streptokockorsakad faryngotonsillit.

Det är anmärkningsvärt att SMI och Stramarådet i sin replik inte tydligt tar ställning i sakfrågan: Ska vissa patienter med streptokockorsakad faryngotonsillit inte behandlas?

Kristian Roos

docent i öron-, näsa- och halssjukdomar, överläkare, Capio Lundby Sjukhus, Göteborg
Kristian.Roos@capio.se

Anders Strömberg

docent i infektionssjukdomar, Primärvården, Göteborg