



Øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi



Faglig visitationsretningslinje

Øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi
Faglig visitationsretningslinje

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN:

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 23.10.2023
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Oktober 2023

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	4
1.1. Formål og afgrænsning	4
1.2. Retsgrundlag	6
2. Visitation til kønsmodificerende kirurgi	7
2.1. Visitationsforløb ved kønsmodificerende kirurgi	7
2.2. Indikation for behandling – kønsligt ubehag	9
2.3. Kontraindikationer	12
2.4. Samlet sundhedsfaglig vurdering.....	13
3. Kirurgiske behandlingsmuligheder	14
3.1. Øvre kønsmodificerende kirurgi	14
3.2. Nedre kønsmodificerende kirurgi	15
4. Opfølgning på visitationsretningslinjen	17
5. Arbejdsgruppens sammensætning	18
6. Bilag 1: Risiko for komplikationer ved kønsmodificerende kirurgi	19

1. Introduktion

1.1. Formål og afgrænsning

Visitationsretningslinjer er fagligt begrundede retningslinjer for henvisning af patienter til de eksisterende behandlingsmuligheder for en given tilstand.

Denne visitationsretningslinje er rettet mod sundhedsprofessionelle, der er involveret i henvisning, udredning og behandling af patienter med ønske om øvre og/eller nedre kønsmodificerende kirurgisk behandling, som del af den sundhedsfaglige hjælp ved kønsidentitetsforhold. Visitationsretningslinjen er ikke en klinisk retningslinje for kønsmodificerende kirurgi, men skal medvirke til at tydeliggøre beslutningsprocessen for tilbud om kønsmodificerende kirurgi samt være et værktøj til at understøtte ensartet visitation og valg af behandling, herunder beskrive samarbejdet mellem de involverede lægespecialer samt præcisere indikationer og kontraindikationer ved nogle af de væsentligste typer af kønsmodificerende kirurgiske indgreb.

Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og Sundhedsstyrelsens specialeplan sætter rammerne for behandling og henvisning af patienter til kønsmodificerende kirurgi. Denne visitationsretningslinje er en præcisering og uddybning af gældende vejledning, og præciserer regionernes ansvar i forbindelse med kirurgisk kønsmodificerende behandling¹.

Kønsmodificerende kirurgi kan være en behandlingsmulighed for personer, der oplever en uoverensstemmelse mellem kønsidentitet og fødselstildelt køn, hvor det medfører et kønsligt ubehag. Sigtet med den kønsmodificerende kirurgi er at afhjælpe kønsligt ubehag og at skabe positive, fysiske og psykiske forandringer hos patienten. Der er generelt tale om irreversible kirurgiske indgreb på raske organer. Mange af indgrebene forudsætter efterfølgende opfølgning og behandling, og indebærer desuden risiko for en række komplikationer.

Den sundhedsfaglige indsats kan overordnet bestå af samtaler, medicinsk kønsmodificerende behandling med hormoner og kønsmodificerende kirurgisk behandling. Der kan være stor variation i patienters ønsker til og behov for kønsmodificerende kirurgi. Nogle patienter er således tilstrækkeligt hjulpet med ingen eller begrænset kønsmodificerende behandling, mens både øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi for andre kan være et afgørende skridt med henblik på at afhjælpe kønsligt ubehag og sikre bedst mulig overensstemmelse mellem kønskaraktistika og kønsidentitet. Ved tilbud om kønsmodificerende behandling bør der, jf. vejledningen, sikres proportionalitet mellem patientens behandlingsbehov og den tilbudte behandling.

¹ Sundhedslovens §79, se også Bekendtgørelse nr 657 af 28/6/2019. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling mv.

Tabel 1 viser de indgreb, der er omfattet i denne visitationsretningslinje. Indgrebene er inddelt under kirurgi ved hhv. mandligt eller kvindeligt fødselstildelt køn. Derudover er indgrebene opdelt på øvre eller nedre kønsmodificerende kirurgi, samt hvorvidt der er tale om kirurgiske fjernelse (ablativ kirurgi) eller tildannelse af væv/organer. For yderligere beskrivelse af de oplyste indgreb henvises til kapitel 3.

Tabel 1: Oversigt over kønsmodificerende kirurgiske indgreb

Kirurgi ved mandligt fødselstildelt køn	
Øvre kønsmodificerende kirurgi	
Brystforstørrende operation (BFO)	
Nedre kønsmodificerende kirurgi	
<u>Kirurgisk fjernelse af organer/væv</u>	<u>Kirurgisk tildannelse af organer</u>
Fjernelse af testikler (Orkiektomi)	Tildannelse af vagina mv. (Vaginoplastik, Kliteroplastik og Labioplastik)
Fjernelse af penis (Penisamputation)	
Kirurgi ved kvindeligt fødselstildelt køn	
Øvre kønsmodificerende kirurgi	
Fjernelse af bryster (Mastektomi)	
Nedre kønsmodificerende kirurgi	
<u>Kirurgisk fjernelse af organer/væv</u>	<u>Kirurgisk tildannelse af organer</u>
Fjernelse af livmoder (Hysterektomi)	Frilægning af hormonelt forstørret klitoris (Metoidioplastik)
Fjernelse og tillukning af vagina (Vaginektomi)	Tildannelse af penis (Phalloplastik)
Fjernelse af æggeleder og æggestokke (Salpingo-ooforektomi)	Tildannelse af pung med implantat

Faglige visitationsretningslinjer bør så vidt muligt bygge på et evidensbaseret grundlag. Denne visitationsretningslinje er baseret på den nedsatte faglige arbejdsgruppes viden og praksiserfaring på området samt kendskab til områdets videnskabelige studier både nationalt og internationalt.

Antallet af studier og dermed mængden af forskningsbaseret viden på området er imidlertid begrænset set i forhold til mange andre kirurgiske områder. Det skyldes blandt andet, at kun få personer får foretaget kønsmodificerende kirurgi, samt at behandlingsområdet både nationalt og internationalt er relativt nyt, sammenlignet med mange andre kirurgiske metoder. Der er derfor også kun få studier, der belyser de langsigtede effekter af kønsmodificerende kirurgi, herunder for patienternes livskvalitet. Dialog med patienterne, multidisciplinært og tværfagligt samarbejde er derfor af særlig stor vigtighed, ligesom kvalitetsarbejde og yderligere forskning vil kunne styrke den fremtidige varetagelse af området.

Såfremt de relevante faglige selskaber udarbejder evidensbaserede kliniske retningslinjer med systematisk søgning og gennemgang af litteratur, vil Sundhedsstyrelsen vurdere, om der er behov for revision af visitationsretningslinjen.

1.2. Retsgrundlag

Vejledningen om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold² præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed³, som læger og øvrige sundhedspersoner skal udvise i deres virke ved kønsidentitetsforhold. Den beskriver de skærpede krav, der er til varetagelsen af sundhedsfaglig hjælp til kønsidentitetsforhold, herunder også til informationspligt og informeret samtykke. Sundhedspersonalet er ligeledes forpligtet til at oplyse patienterne om deres patientrettigheder i forbindelse med behandling.

Denne visitationsretningslinje præciserer regionernes ansvar ved visitation til kønsmodificerende kirurgi i det offentlige sygehusvæsen⁴.

Alle offentlige sygehusopgaver vedrørende kirurgisk kønsmodificerende behandling skal følge Sundhedsstyrelsens specialeplan⁵. Gældende specialevejledninger kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Regioner, der har et hospital, der varetager en specialfunktion, er forpligtet til at have tilstrækkelig kapacitet for specialfunktionen svarende til antallet af patienter (forsyningsforpligtelse). Forsyningsforpligtelsen er særligt vigtigt, når en region varetager en funktion, der kun er godkendt ét sted i landet.

² [Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold](#)

³ [Autorisationslovens §17](#)

⁴ [Sundhedslovens §79](#), se også [Bekendtgørelse nr 657 af 28/6/2019. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling mv.](#)

⁵ [Sundhedslovens § 208](#)

Øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi er omfattet af det frie sygehusvalg⁶. Det betyder, at patienter, der er henvist til kønsmodificerende kirurgisk behandling, frit kan vælge, på hvilket af landets hospitaler, de vil behandles. Det frie sygehusvalg er dog begrænset til sygehuse, der er i Sundhedsstyrelsens specialeplan er godkendt til at varetage den givne behandling.

Kønsmodificerende kirurgi er undtaget fra reglerne om udvidet frit sygehusvalg⁷. Dermed har færdigudredte og henviste patienter ikke ret til at blive behandlet på et privat sygehus eller klinik, regionsrådet har indgået aftale med, hvis bopælsregionen ikke inden for 30 dage kan tilbyde operationen. Det er derfor særligt vigtigt at regionerne ikke har for lange ventetider.

2. Visitation til kønsmodificerende kirurgi

Krav til udredningsprogrammet ved kønsidentitetsforhold, herunder kønsmodificerende kirurgi er nærmere beskrevet i vejledningen om Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold⁸.

2.1. Visitationsforløb ved kønsmodificerende kirurgi

Efter initial udredning, skal patienten drøftes ved en multidisciplinær team-konference (MDT-konference) med deltagelse af relevante specialer, hvor der vurderes, om patienten kan tilbydes medicinsk kønsmodificerende behandling.

Den patientansvarlige læge kan efterfølgende henvise patienten til vurdering med henblik på øvre kirurgi i plastikkirurgisk regi, herunder orienterende samtale og undersøgelse, når det på baggrund af hormonbehandlingens effekt er muligt at foretage en vurdering af patientens behov for øvre kirurgi.

Hvis patienten overvejer nedre kønsmodificerende kirurgi, skal effekten af hormonterapi afventes i minimum 1 år, før der igen foretages en helhedsvurdering af det kønslige ubehag, sammenholdt med effekt af medicinsk kønsmodificerende behandling, eventuelle kontraindikationer, samt det forventede behandlingsresultat.

⁶ [Sundhedsloven § 86](#)

⁷ [Sundhedsloven § 87](#)

⁸ [Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold](#) - Afsnit 7.1 og 8.

Herefter kan patienten, hvis patienten ønsker kønsmodificerende kirurgi, henvises til en indledende og orienterende samtale i plastikkirurgisk regi, hvor patienten orienteres om kirurgiske behandlingsmuligheder, og hvor det med udgangspunkt i en fysisk undersøgelse og vurdering af anatomiske forhold og kontraindikationer mv. vurderes, hvilke indgreb der er mulige at tilbyde.

Ved ønske om nedre kønsmodificerende kirurgi, skal patienten efter den indledende og orienterende samtale igen drøftes ved en MDT-konference med deltagelse af relevante specialer inkl. plastikkirurgi. På baggrund af det samlede udredningsforløb, skal det ved MDT-konferencen vurderes, om patienten skal henvises til nedre kønsmodificerende kirurgi, evt. med anbefaling om, hvilke(t) indgreb der kan tilbydes. Herefter henviser den patientansvarlige læge patienten til kirurgisk behandling.

Der skal foreligge en aktuell vurdering af patienten, inden kønsmodificerende behandling iværksættes. Derfor skal kirurgen inden for ca. 2 måneder før operationstidspunktet vurdere patienten for eventuelle nyopståede kontraindikationer. Hvis der, pga. ventetid til operation el.lign., er gået længere end 12 måneder fra henvisningstidspunktet, til operation kan udføres, skal kirurgen være særlig opmærksom på, om der er behov for en fornyet vurdering af patienten fra henvisende afdeling, inddragelse af øvrige relevante specialer eller behov for at patienten igen skal drøftes ved MDT-konference. Dette er vigtigt, da der pga. ventetid fra dato for henvisning til operation til den endelige operationsdato potentielt kan være opstået kontraindikationer hos patienten, som betyder, at operationen ikke kan gennemføres eller må udskydes. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at kirurgen, der udfører den kønsmodificerende kirurgi, uafhængigt af MDT-drøftelse og -beslutning har et selvstændigt ansvar for den udførte behandling.

For at understøtte et sammenhængende patientforløb skal der løbende være kommunikation mellem den plastikkirurgiske afdeling og den henvisende afdeling. Kommunikation bør omfatte blandt andet planlagte og ændrede operationstidspunkter, ændringer i patientens status, behandlingstilbud mv.

Information til patienten

Det er vigtigt, at patienten bliver grundigt informeret gennem hele forløbet, og at der sikres en forventningsafstemning mellem patient og behandlerteamet. Informationen kan med fordel være standardiseret, og indeholde materiale, herunder billeder, der kan hjælpe patienten med at få en realistisk forventning til behandlingsforløb, resultat, forventede positive effekter, mulige komplikationer og information om relevant pleje. Materialet skal desuden underbygge en forståelse for, at forløbet kan variere alt efter patientens situation. Ligeledes skal der informeres om risikoen for, at operation ikke kan foretages, hvis der opstår absolutte eller relative kontraindikationer herunder eksempelvis vægtøgning, rygning eller sygdom af betydning for operationen i perioden mellem indstilling fra MDT-konferencen og tidspunkt for operation.

Det kan være relevant at udarbejde en skriftlig aftale med patienten, der indeholder standard information, herunder forventet behandlingsresultat samt eventuelle komplikationer,

samt forventninger til patienten såsom rygeophør mv., så der er klarhed for patienten om krav og forudsætninger for den kønsmodificerende kirurgi.

MDT-konferencer

Ansvarsfordeling og specialkompetencer i teamet skal tilpasses efter indhold og kompleksitet. MDT skal indeholde relevante kompetencer, herunder psykologer og speciallæger i gynækologi og obstetrik, plastikkirurgi, psykiatri og evt. endokrinologi. Derudover kan der ved tilfald af penis inddrages relevante urologiske kompetencer.

Hver af faggrupperne bidrager med deres faglighed i vurderingen af, om patienten skal tilbydes kønsmodificerende kirurgisk behandling.

De kirurgiske speciallæger bidrager med en kirurgisk helhedsvurdering, der bl.a. omfatter fordele og ulemper ved mulige kirurgiske indgreb, effekt af hormonbehandling, potentielle komplikationer, herunder irreversible skader, eventuelle andre tilstande, der kan påvirke operationsresultatet (kontraindikationer), forventede behandlingsresultat og patientens præferencer.

Den patientansvarlige læge (ofte en gynækolog eller endokrinolog) og psykologen bidrager med en mere omfattende viden om patienten, herunder karakteren af det kønslige ubehag, patientens livskvalitet og funktionsniveau mv., mens psykiateren bidrager med viden og indsigt, hvad angår eventuelle psykiatriske problemstillinger.

MDT skal med baggrund i alle faglige bidrag sammenholdt med karakteren af det kønslige ubehag træffe beslutning om eventuelt kirurgisk tilbud. Efter MDT-konference skal vurdering, deltagere og anbefalingen fra konferencen dokumenteres i patientjournalen.

2.2. Indikation for behandling – kønsligt ubehag

Indikationen for kønsmodificerende kirurgisk behandling er kønsligt ubehag som beskrevet i *Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold*. Da kønsmodificerende kirurgisk behandling er forbundet med risiko for alvorlige og varige skadevirkninger, er kravet om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved vurdering af lægefaglige indikationer og kontraindikationer, generelt skærpet.

Udredningen bør afdække karakteren og varigheden af det kønslige ubehag, herunder de fysiske, psykiske og sociale gener patienten oplever som følge af uoverensstemmelsen mellem kønsidentitet og køns karakteristika. Karakteren og varigheden af det kønslige ubehag skal indgå i vurderingen af, hvorvidt der kan tilbydes kirurgi samt i valg af konkret kirurgisk behandling. Ved valg af kirurgisk tilbud sikres proportionalitet mellem behandlingsbehov og kønsmodificerende kirurgisk indgreb. Med proportionalitet menes, at der skal tilstræbes overensstemmelse mellem indgreb og karakteren af det kønslige ubehag, så de mest invasive og irreversible indgreb med størst risiko for alvorlige og va-

rige komplikationer tilbydes til personer, med den mest afklarede kønsidentitet og den sværeste grad af kønsligt ubehag.

Indgrebene er forbundet med forskellig risiko for og alvorlighed af komplikationer, ligesom de afledte negative effekter varierer i forhold til, hvor permanente forandringerne er. Dette kan eksempelvis illustreres ved, at der ved fjernelse af testikler er mulighed for at foretage sæddeponering forud for indgrebet med henblik på at muliggøre evt. senere reproduktion. Derimod er fjernelse af livmoder et indgreb, der er uforeneligt med senere graviditet. Ligeledes vil nogle indgreb være relativt ukomplicerede at udføre, mens andre kræver helt særlige kirurgiske kompetencer og udføres i flere trinvis operationer. Samtidig varierer komplikationsrisikoen og alvorligheden af komplikationerne, fra lille risiko fx let behandlelige infektioner, til stor risiko for alvorlige komplikationer såsom nyrepåvirkning og fistler⁹, der er svære at behandle og som kan være alvorlige og livsvarige. Variationen i indgrebenes kompleksitetsgrad, potentielle skadevirkninger, komplikationsrisiko samt alvorligheden af de potentielle komplikationer skal derfor ligeledes indgå i den samlede vurdering af tilbud om kirurgi.

Grundet indgrebenes generelt invasive og irreversible karakter skal der derfor udvises tilbageholdenhed med at tilbyde kirurgi ved nyopstået kønsligt ubehag, ligesom der anbefales medicinsk kønsmodificerende behandling, forud for tilbud om kønsmodificerende kirurgi. Anbefalingen om forudgående hormonbehandling skyldes, at der i mange tilfælde vil opnås tilstrækkelig effekt ved den mindre indgribende medicinske kønsmodificerende behandling alene.

Ved ønske om fjernelse af bryster (mastektomi) bør man afvente effekten af mindst 6 måneders testosteronbehandling, da testosteronbehandling giver øget muskelmasse, påvirker brystvævet, og i få tilfælde vil give tilstrækkelig effekt. Dertil kommer, at hormonbehandling øger sandsynligheden for et godt operationsresultat. Personer, som ikke ønsker hormonbehandling, kan undtagelsesvis tilbydes mastektomi. Dette kan eksempelvis være personer, som ikke ønsker yderligere maskuline køns karakteristika såsom skægvækst, dybere stemme, mm. Personer, som ikke ønsker hormonbehandling, eller hvor hormonbehandling er kontraindiceret bør have mindst 6 måneders refleksionsperiode før MDT-drøftelsen mhp. henvisning til operation. Refleksionsperioden er begrundet i, at der ved kønsmodificerende kirurgi bør være tale om vedvarende kønsligt ubehag. Endvidere er den begrundet i indgrebets invasive og irreversible karakter samt konsekvenserne af operationen som eksempelvis muligheden for at amme et evt. fremtidigt spædbarn og risikoen for komplikationer bl.a. nervesmerter.

Brystforstørrende operation bør sædvanligvis ikke tilbydes, før der er gennemført minimum 12-24 sammenhængende måneders medicinsk kønsmodificerende behandling med østrogener, da behandlingen vil medføre, at man udvikler bryster og får en mere feminin fedtfordeling på kroppen. Hvis man ikke får østrogenbehandling, kan det kirurgiske resultat desuden blive mindre tilfredsstillende. Ændringerne ved hormonbehandling

⁹ En fistel er en rørformet forbindelse mellem et organ og huden eller mellem to organer.

sker langsomt, og det kan tage op til flere år, før den fulde effekt er opnået. Plastikkirurgen skal vurdere effekten af den medicinske behandling, herunder om der skal afventes yderligere effekt af hormonbehandlingen, før patienten der tilbydes brystforstørrende operation. Operation kan tilbydes, såfremt det vurderes, at hormonbehandlingen ikke vil føre til yderligere vækst af brystvæv, og der ikke er opnået et resultat, der i tilstrækkeligt omfang afhjælper patientens kønslige ubehag. Der kan som udgangspunkt ikke tilbydes operation til patienter, der som følge af hormonbehandlingen har opnået et resultat, som ved vurdering af speciallæge i plastikkirurgi ud fra etableret faglig praksis skønnes anatomisk proportionelt til patientens kropsbygning. Det er vigtigt, at patientens ønsker og præferencer inddrages i dialogen om behandlingen så der opnås en fælles forståelse for og forventningsafstemning af, hvordan det endelige resultat vil være. Ønske om brystforstørrelse ud over, hvad der skønnes at ligge inden for normalområdet, kan ikke varetages som offentlig finansieret behandling, da dette vil være at karakterisere som kosmetisk behandling.

Ved nedre kønsmodificerende kirurgi, herunder fjernelse af livmoder, æggeleder, æggestokke eller testikler, bør der være tale om et betydeligt og vedvarende kønsligt ubehag med afklaret kønsidentitet i minimum 12 sammenhængende måneder efter opstart af hormonbehandling. Begrundelsen herfor er, at nedre kønsmodificerende kirurgiske indgreb generelt er mere invasive end øvre kønsmodificerende indgreb, bl.a. fordi de er forbundet med større konsekvenser og risici. Det er derfor yderst vigtigt, at patientens kønslige ubehag er yderligere grundigt udredt og vurderet. For mange vil effekten af medicinsk kønsmodificerende behandling og evt. øvre kirurgi være tilstrækkelig til at afhjælpe det kønslige ubehag og opnå et for patienten tilfredsstillende resultat.

Ved alder under 25 år skal der i forbindelse med vurdering af mulighed for nedre kønsmodificerende kirurgi udvises ekstra grundighed, ligesom de generelt skærpede krav til information af patienten gælder. Der skal desuden være ekstra fokus på at overveje mindre indgribende behandlingsmuligheder. Dette skyldes ligeledes indgrebenes invasive og irreversible karakter samt væsentlige konsekvenser som eksempelvis den medfølgende infertilitet og de begrænsede muligheder for reproduktion i en alder, hvor dette ikke nødvendigvis er overvejnet. De skærpede krav om information af patienten indebærer derfor, at patienten er grundigt informeret om og har forstået de langsigtede konsekvenser og risici, der er ved den givne behandling.

Særligt hos ældre skal man ved vurdering af mulighed for tilbud om nedre kønsmodificerende kirurgi, tage højde for patientens biologiske aldring, funktionsevne og forventede restlevetid. Dette skyldes, at nedre kirurgi er en invasiv og omfattende behandling, og at der ofte vil være tale om multiple indgreb¹⁰, hvor behandlingsresultatet blandt andet afhænger af patientens evne til at varetage efterbehandlingen. Vurderingen af restlevetid, skal foretages med baggrund i biologiske alder, komorbiditet og performance status¹¹.

¹⁰ Dette gør sig særligt gældende ved nedre kønsmodificerende kirurgi ved kvindeligt fødselstildelt køn

¹¹ Afsnit 2.2 i [Visitation til radikal prostatektomi](#)

I helt særlige tilfælde kan personer på 17 år henvises til forundersøgelse mhp. øvre kirurgi efter de er fyldt 18 år. Dette kan dog kun ske, på baggrund af grundig udredning og vurdering i MDT. Kønsmodificerende kirurgi kan ikke tilbydes til unge under 18 år.

For patienter, hvor det er vanskeligt at udrede det kønslige ubehag og stille indikation, bør der udvises tilbageholdenhed med at tilbyde kønsmodificerende kirurgi.

2.3. Kontraindikationer

Kontraindikationer er faktorer, der giver øget risiko for komplikationer eller reducerer sandsynligheden for et tilfredsstillende kirurgisk resultat. Nogle kontraindikationer gælder for alle typer af operationer, mens andre alene knytter sig til specifikke indgreb (noteret i parentes nedenfor).

Absolutte kontraindikationer umuliggør tilbud om kønsmodificerende kirurgi, mens konsekvensen af eventuelle relative kontraindikationer beror på en konkret lægefaglig vurdering.

Rygning øger i betydelig grad risikoen for komplikationer ved kirurgi. Da konstruktiv kønsmodificerende kirurgi omfatter underminering af væv, som derved får nedsat blodforsyning, er det almindeligt anerkendt, at rygning udgør en særlig stor risiko ved sådanne indgreb.

Nedenfor er en række væsentlige kontraindikationer i forbindelse med øvre og nedre kønsmodificerende kirurgi oplistet. Listen er *ikke* udtømmende.

Absolutte kontraindikationer:

- Aktuel og relevant rusmiddelsafhængighed eller skadeligt brug af rusmidler
- Rygning eller anvendelse af andre nikotinholdige produkter (snus, nikotintyggegummi mm)
- Svært nedsat kognitiv funktionsevne
- Livstruende sygdom, med kort forventet levetid
- Anden samtidig behandling, fx livsnødvendig eller funktionsfremmende behandling, der ikke kan gennemføres samtidig med kønsmodificerende kirurgi, fx kræft tilstande
- Vægttab på over 15 BMI-enheder ved BFO
- Pacemaker/ICD-implantater ved øvre kirurgi (mastektomi og BFO)

Relative kontraindikationer:

- Højt BMI. Følgende BMI-grænser ved operationstype:
 - Hysterektomi og bilateral salpingo-ooforektomi (BSO) BMI>35 kg/m²

- Ved øvrig kønsmodificerende kirurgi som udgangspunkt BMI >27 kg/m², dog efter konkret vurdering af kropsbygning/-sammensætning
- Svær nedsat gang funktion, fx kørestolsbrug, der vurderes at give nedsat blodcirkulation, og deraf øget risiko for komplikationer ved nedre konstruktiv kirurgi
- Betydende somatisk sygdom, bl.a. dysreguleret diabetes med komplikationer, antikoagulationsbehandling, hjertekarsygdomme, kronisk inflammatorisk tarmlidelse, kronisk urinvejssygdom, sygdomme der kan give påvirket sensibilitet, fx dissemineret sklerose, visse hudlidelser, fx Lichen og anden organsygdom (lunge, nyre, lever)
- Tidligere kirurgi eller strålebehandling i samme område, som tiltænkte procedurer, herunder abdominal kirurgi, rectum kirurgi m.fl.
- Anatomiske forhold, fx væsentligt hudoverskud sv.t. mons/abdomen pendens
- Svær psykotisk lidelse og nedsat realitetssans (f.eks. psykotiske episoder, bipolar lidelse, dissociative lidelser). Tilstandene skal forsøges behandlet, og inden evt. kirurgi skal det vurderes af psykiater, om patienten er stabil og kan gennemgå et operationsforløb.
- Betydende psykisk lidelse med symptomer, som vurderes at have betydning for forståelsen af indgrebets karakter, det kirurgiske behandlingsresultat fx som følge af lav compliance mm., eller hvor det kønsmodificerende indgreb vurderes at udgøre en risiko for at forværre den psykiske lidelse. Det kan eksempelvis være ved personlighedsforstyrrelse med forekomst af selvdestruktive symptomer. I sådanne tilfælde forudsætter vurdering og eventuelt tilbud om kønsmodificerende særligt tæt samarbejde med behandlende psykiater/psykolog.
- Ehler-Danlos Syndrom ved BFO
- Kroniske nakke skuldersmerter ved BFO

2.4. Samlet sundhedsfaglig vurdering

Beslutning om kønsmodificerende kirurgi sker ud fra en samlet vurdering af patientens kønslige ubehag, behandlingsbehov og eventuelle kontraindikationer. Kirurgisk behandling skal tilbydes, så der i videst muligt omfang sikres proportionalitet mellem indgrebets karakter, herunder hvor invasivt indgrebet er, indgrebets potentiale til at afhjælpe det kønslige ubehag, patientens behandlingsbehov samt evne til at gennemføre operationen og det postoperative forløb.

I tillæg til ovenstående bør det kønslige ubehag som udgangspunkt være søgt afhjulpet ved ikke-kirurgisk behandling, ligesom patienten skal være stoppet med at ryge mindst 6 uger før operation.

Patienten skal desuden vurderes at besidde den nødvendige egenomsorgsevne (compliance) til at gennemføre det kirurgiske behandlingsforløb, herunder opfølgninger, efterbehandling, pleje og mulige komplikationer.

3. Kirurgiske behandlingsmuligheder

Dette kapitel beskriver de overordnede operationstyper, der tilbydes i forbindelse med kønsmodificerende øvre og nedre kirurgi. Ved de forskellige indgreb angives desuden de væsentligste komplikationer (se endvidere bilag 1).

Kønsmodificerende kirurgi skal altid være fagligt velbegrundet og følge *Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold* samt de ovenfor nævnte kriterier.

Hvilke konkrete kirurgiske behandlingsmetoder, der tilbydes, beror på etableret og anerkendt praksis i Danmark og internationalt. Ved indførelse af nye behandlingstyper henvises til Sundhedsstyrelsens *Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet*¹².

Nogle transpersoner ønsker alene at få foretaget enkelte kønsmodificerende kirurgiske indgreb, fx fjernelse af bryster, brystforstørrende operation, fjernelse af æggestokke og livmoder eller testikler. Det er ikke en forudsætning for fjernelse af testikler eller æggestokke (gonadektomi), at personen ønsker yderligere kønsmodificerende kirurgisk behandling på kønsorganer. Eventuelt ønske om yderligere kirurgi bør dog altid indgå i vurderingen, da flere indgreb i nogle tilfælde vil kunne foretages på engang, og fordi isolerede indgreb kan medføre øget risiko for komplikationer ved efterfølgende indgreb og i visse tilfælde kontraindicere sådanne.

Vedr. den konstruktive kirurgi med tildannelse af vagina eller penis bemærkes, at den accepterede faglige praksis på området er binær, idet sigtet med kirurgi er at skabe enten mandlige eller kvindelige køns karakteristika.

Rækkefølge og kombination af indgreb skal i øvrigt foretages under hensyn til både den enkeltes præferencer samt god faglig praksis og internationale standarder.

3.1. Øvre kønsmodificerende kirurgi

I det offentlige sygehusvæsen kan der af øvre kønsmodificerende kirurgi tilbydes mastektomi og brystforstørrende operation. Behandlingen varetages af speciallæge i plastikkirurgi efter drøftelse og indstilling fra MDT-konference ved et af de højt specialiserede centre for kønsidentitet.

¹² <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/1999/11052>

3.1.1. Øvre kønsmodificerende kirurgi ved kvindeligt fødselstildelt køn

Ved kvindeligt fødselstildelt køn omfatter kønsmodificerende kirurgi på bryst eller brystkasse indgreb med fjernelse af bryster (bilateral mastektomi) og tildannelse af nyt brystparti mhp. et mindre feminint/mere maskulint udseende brystparti. Overordnet er komplikationsraten lav ved mastektomi. De hyppigste komplikationer omfatter behov for arkorrektion, neuropatiske smerter, hæmatom og blødning samt infektion.

3.1.2. Øvre kønsmodificerende kirurgi ved mandligt fødselstildelt køn

Ved mandligt fødselstildelt køn omfatter kønsmodificerende kirurgi på bryst eller brystkasse indgreb med brystforstørrelse mhp. et mindre maskulint/mere feminint brystparti, herunder indlægning af implantater. Overordnet er komplikationsraten lav ved brystforstørrende operationer (BFO). De hyppigste komplikationer omfatter kapselkontraktur og lækage og revner i protesen.

Postoperativt må det desuden forventes, at implantater indlagt ved BFO skal udskiftes efter en årrække. Der kan være behov for kontrol, mhp. at identificere kapseldannelse og ruptur.

3.2. Nedre kønsmodificerende kirurgi

I de følgende afsnit beskrives de overordnede operationstyper, der tilbydes i det offentlige sygehusvæsen i forbindelse med kønsmodificerende nedre kirurgi, samt de hyppigste komplikationer operationerne kan afstedkomme. Indgrebene kan i varierende omfang foretages i ét trin eller i serie. Ofte suppleres indgrebene af hårfjerning på ydre kønsorganer.

3.2.1. Nedre kønsmodificerende kirurgi ved kvindeligt fødselstildelt køn

Ved kvindeligt fødselstildelt køn omfatter tilbuddet ablativ kirurgi på kønsorganer, herunder fjernelse af livmoder, æggeleder og æggestokke (hysterektomi og salpingo-ooforektomi), fjernelse af skeden (vaginektomi) og konstruktiv kirurgi, herunder konstruktion af penis (phalloplastik eller metoidioplastik) og pung.

Hyppigste komplikationer ved fjernelse af æggestok, æggeleder og livmoder omfatter infektion og blødning samt risiko for læsion af omkringliggende organer. Ved fjernelse og tillukning af skeden er der desuden risiko for alvorlige postoperative komplikationer som blødning, blodansamlinger, skade på blære og endetarm samt fisteldannelse. Postoperativt vil der grundet fjernelse af æggestokke (ooforektomi) være behov for livslang hormonterapi på grund af risiko for osteoporose og kardiovaskulær sygdom.

Ved metoidioplastikken foretages en kirurgisk frilæggelse af klitoris og forlængelse af urinrør, så klitoris fremstår som en penis. Denne operation kræver, at klitoris har opnået en væsentlig hypertrofi på hormonbehandlingen. Primært tildannes en uretral forlængelse vha. de små kønslæber, så urethra når til spidsen af klitoris. Pung (scrotum) dannes af de ydre kønslæber og implanteres med silikonetestikelproteser. Patienterne

bibeholder som oftest den erogene sensibilitet fra klitoris og kan i flere tilfælde opnå stående miktion.

Tildannelse af penis (phalloplastik) er en avanceret kirurgisk procedure, der kræver mestring af særlige mikrokirurgiske teknikker. Der er ofte behov for flere indgreb, og da personens eget væv benyttes, efterlades donorstedet med et større ar. Der anvendes oftest operation med fri lap¹³, hvor væv fra underarmen, låret, ryggen eller en lokal lap fra nedre abdomen benyttes. Hvis patienten opnår sensibilitet i den tildannede penis, kan der senere indopereres en protese. Pung (scrotum) kan i et sekundært indgreb dannes af de ydre kønslæber og implanteres med silikonetestikelproteser.

Indgrebene er forbundet med en høj komplikationsrate, og komplikationerne er alvorlige, idet de kan medføre permanente gener for patienten. De hyppigste komplikationer ved metoidioplastikken er urologiske komplikationer, der optræder med en hyppighed på ca. en fjerdedel af tilfældene. Ved phalloplastik uden urinrørsforlængelse er den urologiske komplikationsrate den samme som ved metoidioplastik. Dertil er der risiko for partiel lap-tab, og op mod en tredjedel oplever utilfredshed med det kosmetiske resultat. Ved indsættelse af protese er der stor risiko for implantattab. Vurdering af kontraindikationer er af yderste vigtighed, da risikoen for komplikationer er markant øget, såfremt disse er til stede. Blandt væsentlige og hyppige kontraindikationer er eksempelvis rygning, der særligt kontraindicerer kirurgi med flytning af væv.

Phalloplastik med urinrørsforlængelse tilbydes ikke som offentligt finansieret kønsmodificerende behandling i Danmark, da det er den lægefaglige vurdering, at indgrebet har en uacceptabelt høj komplikationsrate med risiko for bl.a. permanent nyrepåvirkning samt fisteldannelse.

Der vil efter metoido- eller phalloplastikoperation være behov for opfølgning og i visse tilfælde re-operationer relateret til komplikationer.

3.2.2. Nedre kønsmodificerende kirurgi ved mandligt fødselstildelt køn

Ved mandligt fødselstildelt køn omfatter tilbuddet ablativ kirurgi på kønsorganer, herunder fjernelse af testikler (orkiektomi), penisamputation (penektomi), og konstruktiv kirurgi, herunder konstruktion af skede, klitoris og kønslæber (vaginoplastik, kliteroplastik og labiaplastik).

Der benyttes ofte den inverterede penoskrotale teknik, hvor hud fra penis og scrotum inverteres og bruges som overflade i den tildannede neovaginale kavitet. Kliteroplastik udføres som oftest i forbindelse med indgrebet, hvor en del af penis' glans med intakt kar- og nervebundet kirurgisk tilpasses, så den af størrelse og placering svarer til cis-kvindes klitoris. Herved forsøges følesansen i den tildannede klitoris bevaret. Indgrebene kan i varierende omfang foretages i ét trin eller i serie.

¹³ Ved operation med frie lapper skæres hudvævet helt frit og placeres, og blodforsyningen etableres ved hjælp af mikrokirurgi.

De hyppigste komplikationer ved fjernelse af testikler og penis er infektion og blødning. Ved konstruktion af skede, klitoris og kønslæber er de væsentligste komplikationer ændret vandladningsfunktion, inkontinens og urinvejsinfektioner, vaginal striktur/stenose og recto-vaginal fistel.

Efterforløbet efter vaginoplastik indebærer vaginal dilatation for at forhindre neovagina-stenose eller -striktur. Dilatationen medfører ofte smerter og blødning, som kan forekomme i flere måneder efter operationen. Hvor hyppigt, der er behov for dilatation, er individuelt, men der tilrådes generelt dilatation 3 gange dagligt af 15 minutters varighed i 1 år, hvorefter patienten kan forsøge at reducere dilatationsbehandlingen med opmærksomhed på, hvorvidt neovagina stenoserer. Dertil er det nødvendig med daglig vask af vaginaltoppen samt alle hudfolder omkring urinrørsåbningen. Endelig er bækkenbundstræning nødvendig for at mindske inkontinens eller risiko herfor.

4. Opfølgning på visitationsretningslinjen

Sundhedsstyrelsen vil ved de årlige statusmøder med regionerne vedrørende varetagelsen af sundhedsfaglige tilbud med kønsidentitetsforhold følge op på implementering af visitationsretningslinjen.

På baggrund af begrænset viden om de langsigtede konsekvenser ved kirurgisk behandling af patientgruppen, bør der systematisk indsamles viden omkring behandlingsresultater, herunder patientoplevede effekter og eventuelle komplikationer. Sundhedsstyrelsen opfordrer i den forbindelse regionerne til, at følge aktivitet og resultater i relation til de kønsmodificerende kirurgiske indgreb. Dette kan med fordel gøres via etablering af en klinisk kvalitetsdatabase via Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP.

5. Arbejdsgruppens sammensætning

Astrid Højgaard, Ledende overlæge, Region Nordjylland

Marie Louise Skærlund Christensen, Overlæge, Region Nordjylland

Katharina Main, Overlæge og professor, Region Hovedstaden

Malene Hilden, Overlæge, Region Hovedstaden

Rikke Holmgaard, Overlæge, Region Hovedstaden

Michael Vestergaard Thomsen, Ledende overlæge, Region Hovedstaden

Marianne Skovsager Andersen, Overlæge, professor, Region Syddanmark

Camilla Bille, Overlæge, Region Syddanmark

Mohammad Farooq Nasser, Overlæge, Region Sjælland

Birgitte Jul Kiil, Ledende overlæge, Region Midtjylland

Thomas Larsen, Lægelig Direktør, Danske Regioner

Dorte Glintborg, Overlæge, Dansk Endokrinologisk Selskab

Dorthe Hartwell, Overlæge, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Birte Smidt, Overlæge, Klinikchef, Dansk Psykiatrisk Selskab

Sundhedsstyrelsen varetog formandskab samt sekretariatsbetjeningen af arbejdsgruppen.

6. Bilag 1: Risiko for komplikationer ved kønsmodificerende kirurgi

Komplikationer ved kønsmodificerende kirurgi med angivelse af arbejdsgruppens estimerede komplikationsrater		
Øvre kønsmodificerende kirurgi	Fjernelse af bryster (Mastektomi)	<ul style="list-style-type: none"> • Seromer (1-5 %) • Fistler (Meget sjældent) • Neuropatiske smerter (4.8%) • Hæmatom (8%) / Blødning (5-7%) • Areola necrosis (4%) • Infektion: (1-8%) • Arkorrektion (1-10 %) • Papilnekroser (2-3%) • Vedvarende sensibilitetsforstyrrelser (<2%) • Asymetri
Endelig	Tildannelse af bryster (Brystforstørrende operation)	<ul style="list-style-type: none"> • Blødning (<1%) • Overfladiske infektioner (1%) og dybe infektioner (0,1%) • Vedvarende sensibilitetsforstyrrelser • Rotation af anatomisk protese (1-2%) • Vedvarende smerter og ubehag • Kapselkontraktur (4-5%) • Lækage og revner i protesen (5%) • BIA-ALCL (Breast Implantat Associated-Anaplastic Large Cell Lymphoma) (0,007%)
Nedre kønsmodificerende kirurgi kvinde til mand	Fjernelse af æggeleder og æggestokke (Salpingo-ooforektomi)	<ul style="list-style-type: none"> • Blødning • Infektion • Alvorlige perioperative komplikationer som fx læsion af nerver, tarm, blære og ureteres • Dyb venetrombose • Incisionsbrok
	Fjernelse af livmoderen (Hysterektomi)	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre komplikationer ca. 6 % (Blødning, infektion)

		<ul style="list-style-type: none"> • Større komplikationer ca. 5% (Organlæsion) • Reoperation (ca: 2%) • Postoperative blødningskomplikationer: ca. 4 %
	Fjernelse og tillukning af vagina (Vaginektomi)	<ul style="list-style-type: none"> • Alvorlige perioperative komplikationer som fx læsion af tarm, blære, ureteres eller blødning ca. 10% • Alvorlige postoperativekomplikationer i form af blødning, hæmatom eller fisteldannelse ca. 12% • Lettere komplikationer i form af forbigående urinvejsinfektion og blæreretention ca.30%
	Metoidioplastik	<ul style="list-style-type: none"> • Total komplikationsrate: 10-46,8% • Urologiske: 25-27,9%
	Tildannelse af penis (Falloplastik uden urinrørsforlængelse)	<ul style="list-style-type: none"> • Lap tab <1% • Partiel lap-tab 7,3% • Lunge emboli 1% • Helingskomplikationer 11% • Utilfredshed med det kosmetiske resultat 32% • Mulig påvirkning af blærefunktion på langsiget • Urologiske komplikationer som anført ved metoidioplastik
Nedre kønsmodificerende kirurgi mand til kvinde	Fjernelse af testikler (Orkiektomi)	<ul style="list-style-type: none"> • Blødning • Infektion
	Fjernelse af penis (Penisamputation)	<ul style="list-style-type: none"> • Blødning • Infektion

	Tildannelse af skede, klitoris og kønslæber (Vagino-plastik, Kliteroplastik og Labiaplastik)	<ul style="list-style-type: none">• Total post-op. Komplikationer: <15-28,7%• Sår dehiscence: 5-33%• Rectumlæsion: 2-4,2%• Recto-vaginal fistel: 0,9-17%• Neovaginal prolaps: 1-10%• Vaginal striktur/stenose: 4-18%• Delvis laptab i vagina: 2,7-4,2%• Klitoris nekrose: 1-3%• Urethral meatus stenose: 1-14%• Ændringer i urinerings-funktion: 32%• Inkontinens: 19%• Hæmatom: 3-12%• Helingskomplikationer: 5-33%• Bækkensmerter: 20%• Hår i skeden: 29%• Urinvejsinfektioner: 32%• Fortryder operationen: 1%
--	--	---

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●