

SERPENS AENEUS 2019



INDHOLD

Formandens hilsen	3
Nyt fra bestyrelsen	5
Årsmøde 2019	6
<i>Etisk debat</i>	
Omskæring af drenge	10
- en åndsfriheds-case	
Kønsidentitet og kønsinkongruens	12
Behandling af transkønnede	20
Boganmeldelse: "Dying well"	22
<i>Internationalt</i>	
Ti år i Asiens bjerge	24
Volontørrejse til Tchad	26
ICMDA-verdenskongres i Indien	28
Hospitalsudstyr til Montenegro	30
Andagt	31

Kristelig
Lægeførening

Stiftet i 1897
www.dkklf.dk





Kristelig Lægeforening

ISSN: 0901-988X

Serpens Aeneus er årsskriftet for Kristelig Lægeforening i Danmark.

Serpens Aeneus betyder kobberslangen og henviser til fortællingen i 4. Mosebog kap. 21 om den kobberslange, Gud bad Moses lave og sætte på en stang. Den skulle bringe helbredelse for de slangebidte, der så på den. Jesus bruger århundreder senere kobberslangen som et billede på sig selv: Når han ophøjes på korset, er det for at bringe liv og helbredelse til mennesker.

Forsidebillede: Hibiscus rosa-sinensis (kinesisk hibiscus), foto: Wikimedia Commons/Quartl

Redaktion

Filip Graugaard Esmarch (ansv.)
Femøej 12, 8600 Silkeborg
T: 28 14 43 89
kristeligaeforening@gmail.com

Torben Andersen
rtugger@dadlnet.dk

Jørgen Nørrelykke Nissen
jnnissen@dadlnet.dk

Ida Helsø Guldborg
ihelsoe@gmail.com

Medlemskab

Åbent for enhver læge, der kan tilslutte sig foreningens formål. Kontingentet er 500 kr. for en læge og 750 kr. for lægeægtepar. Studenter betaler 100 kr. årligt.

Gaver

Gaver og gavebreve til Kristelig Lægeforening er fradragsberettigede efter ligningslovens § 8A og § 12 stk. 3.

Bank

Nordea
Reg.nr. 2101
Kontonr. 5909-763-365

Nyhedsmail

Ønsker du at modtage KLFs nyhedsmail?
Så send en mail til webmaster Filip Esmarch på
kristeligaeforening@gmail.com

Hjemmeside

På www.dkklf.dk kan man løbe følgende med i foreningens arbejde og læse nyheder

Bestyrelse

Formand

Anne Bodilsen
Bissensgade 18, 3 tv., 8000 Århus C
T: 61 30 81 14
E: klfformand@gmail.com

Næstformand

Jeff Sørensen
Rasmus Rasks Allé 67, 5250 Odense SV
T: 65 96 19 81
E: klfsekretaer@gmail.com

Missionssekretær

Grethe Lemvik
T: 20 22 52 30
E: klfmissionssekretær@gmail.com

Bestyrelsесmedlem

Tobias Nissen
T: 25 15 95 09
E: tphnissen@outlook.dk

Bestyrelsесmedlem og studentersekretær for København og Odense

Jakob Ørskov Sørensen
T. 30 20 83 13
E: orskov@gmail.com

Suppleant

Ida Høgsbro
T: 30 27 44 17
E: klfstudenteroest@gmail.com

Suppleant og studentersekretær for Aarhus og Aalborg

Eva Futtrup Maksten
T: 28 73 48 48
E: evafuttrup@hotmail.com

Kasserer og forretningsfører

Karen Nielsen
Næstvedgade 6 B 1.tv, 2100 København Ø
T: 51 36 86 51
E: klfkasserer@gmail.com

International sekretær og Area Representative for de nordiske lande i ICMDA

Christian Lyng Knudsen
E: christian.l.knudsen@gmail.com

Akademisk medarbejder og webmaster

Filip Graugaard Esmarch
T: 32 10 62 28 / 28 14 43 89
E: kristeligaeforening@gmail.com



Formandens hilsen

Af formand Anne Bodilsen



"Hvorfor er du fortvivlet, min sjæl? Hvorfor skælver du i mig? Vent på Gud! For jeg skal takke ham på ny, min frelses og min Gud." (Salme 42, 12)

Med salme 42 indledte Professor John Wyatt på årsmødet i 2018 et af sine foredrag. Et foredrag med overskriften "Lidelse – et mysterium der kræver tilstedeværelse". Det handlede ikke blot om, hvad lidelse er, men rakte ud og rørte ved helt essentielle spørgsmål i forhold til at være menneske, at være skabt – om at få lov at stå sorgende, klagende og uforstående overfor Gud og om vores kald til at være der sammen med den sorgende og lidende. Mon ikke, vi alle enten selv har været i smerte eller været den, der har stået der ved siden af familie, venner eller patienter? John Wyatt gjorde os med kloge og inspirerende ord ydmygt klogere og udfordrede os også til at turde være til stede i lidelsen – for ofte handler det om tilstedeværelse.

Det var en stor fornøjelse at være med til ICMDA-verdenskongres i Hyderabad i august måned. Vi var en dejlig stor flok danskere afsted, hvoraf mange havde rejst rundt i Indien inden og smagt på både mad og kultur og for en hel dels vedkommende også haft maveonde i større eller mindre grad. At kunne mødes med så mange kristne læger fra hele verden til bibeltimer, foredrag, lovsang og samtaler er et privilegie og en velsignelse, og for mig også en reminder om, hvor velstillede vi er materialistisk set herhjemme, og hvor meget vi har at lære af andre i forhold til afhængighed af Gud og i forhold til at lade ham være nummer et i vores liv, både på arbejde og privat. Jeg glæder mig allerede til at rejse til Tanzania, forhåbentlig sammen med rigtig mange af jer, i 2022.

Hvis rejselisten allerede trækker inden da, så vil der også i 2020 være mulighed for at mødes med udenlandske kollegaer, idet vores svenske søsterforening den sidste weekend i august inviterer til nordisk og baltisk konгрés i Göteborg. Hovedtaler bliver nobelprisvinder Denis Mukwege, og vi holder jer naturligvis opdateret, så snart vi har mere information.

Sidste år fik vi efter godt benarbejde fra medlemmer af foreningen oversat og udgivet hæftet "Barnløshed? Vejledning til kristne par, der overvejer IVF-behandling". Der har været utrolig stor efterspørgsel på hæftet – og mange positive tilbagmeldinger fra par; at det netop var, hvad de havde efterlyst. Virkelig dejligt, når de mange timer, der er lagt i udgivelsen, på den måde bærer frugt. Vi har på det seneste fået en del henvendelser om, hvorvidt vi kan udgive materiale om prævention, og vi undersøger, om det er en mulighed.

Tak for endnu et år, hvor vi fra bestyrelsens side har oplevet engagement, medleven, økonomisk støtte og forbøn. Det betyder alverden, og vi er meget taknemmelige. Som altid holder Karen styr på økonomien – og vi er i bestyrelsen meget taknemmelige for det store stykke arbejde hun gør. Tak om I alle vil hjælpe med at lette arbejdet ved at få betalt kontingent til tiden.

Der er forsøgt brug for læger, der tør bringe kristne værdier i spil, når det gælder livet start og livets afslutning, når debatten om køn og identitet raser, og når menneskes værdi og ukrænkelighed udfordres. Tak om I vil tage del med forbøn, samtale med kollegaer, læser breve og jeres daglige måde at omgås patienterne på.



Udveksling på tværs af landegrænser

Lederne af de kristelige lægeforeninger i Norge, Sverige, Finland og Danmark holdt i maj et fælles møde i København til gensidig inspiration.

Af Anne Bodilsen



I maj samledes for fjerde gang repræsentanter fra de nordiske lande til lederforum, denne gang med KLF som værter. Jeff og jeg deltog i en spændende og inspirerende weekend med plads til samtale, erfaringsudveksling, havnerundfart i København samt bøn og lovsang.

Det var fantastisk at kunne dele udfordringer og høre, hvordan de løses eller bliver arbejdet med i vores søsterorganisationer, diskutere emner der vedkommer os alle, og samtale om projekter på tværs af landegrænser.

Fra Norge fortalte de blandt andet om studenterarbejdet med særligt fokus på ledertræning, hvor interesserede studerende følger et forløb over to år, og det blev drøftet, hvordan vi kan inspirere de studerende og yngre læger til at være en del af de kristne lægeforeninger.



Godt selskab i Nyhavn – fra venstre: Jeff Sørensen, Danmark, Kalle Mäki, Finland, Sveinung Djupedal, Norge, Signe Nome Thorvaldsen, Norge, Anne Bodilsen, Danmark, og Lars Ljungström, Sverige.

Det blev også drøftet, hvordan foreningerne kan være nærværende og relevante for det enkelte medlem – i Finland arbejder de blandt andet med online-oplæg til samtale og diskussion i mindre lokale grupper.

I Norge har de ansat en missionskoordinator, Sveinung Djupedal, som levende og inspirerende fortalte om de mange kontakter, de har til læger der rejser ud i kortere eller længere tid. Selvom der er færre læger, der rejser ud for et helt liv, er der fortsat brug for mentorer, undervisningsmateriale, forbøn og ikke mindst arbejde blandt de mange flygtninge og asylansøgere, der kommer til vores hjemlande.

I Finland var der sidste år afstemning i parlamentet om, hvorvidt der skulle indføres eutanasi. Den finske kristelige lægeforening har været og er fortsat særlig aktiv i modstanden mod dette, og det var så inspirerende at høre om processen, og om hvordan debatten i parlamentet var skiftet fra at handle om eutanasi til at have fokus på at give den bedst mulige behandling i den sidste del af livet. Forslaget endte med at blive stemt ned med klart flertal.

Kort berørt blev også emnet kønsidentitet med et opplæg fra svensk side. Det var et emne, som alle var enige om, vil komme til at fylde også i fremtiden, og det vil derfor være på programmet også til næste år.

I Sverige kæmper de med kun at have en ganske lille aktiv medlemsflok, og de ønsker, at vi beder med for dem og foreningen. På trods af udfordringerne tror de på en fremtid for foreningen og inviterer derfor til fælles nordisk konference i august 2020. Vi håber naturligvis, at en god flok fra Danmark har lyst at deltage (se invitation på siden overfor).



Ny i bestyrelsen: Lad os søge tilflugt hos Gud

Ved generalforsamlingen i 2018 blev Jakob Ørskov Sørensen valgt ind i bestyrelsen. Han kommer her med en kort refleksion over, hvad det indebærer for ham at være læge og kristen.

Af Jakob Ørskov Sørensen

Jeg hedder Jakob og uddanner mig til at blive øjenlæge. Jeg har en KBU og en introduktionsstilling bag mig. Jeg bor i København. Fritiden går blandt andet med en del forskellig træning/sport, lige for tiden mest løb. Jeg kommer i Kingos Kirke på Nørrebro. Nu glæder jeg mig over at være med i KLF's bestyrelsesarbejde.

Som læge og kristen er jeg en del optaget af, hvad lidelse gør ved mennesker. De fleste af os er ikke et lidelsesfrit liv forundt. Så vi kender også selv til lidelse, smerte eller sorg i større eller mindre grad. Der er formentlig mange tilgange til lidelse – alt afhængig af personlighed og livssyn. Vores kultur fokuserer meget på det perfekte, og her kan lidelse blive vanskeligt at se i øjnene og håndtere. For mig personligt får jeg en del ud af forskel-



lige vers fra Salmernes bog. Versene er meget ærlige og direkte. Et af disse steder er Sl. 57, 1-2.

Vær mig n dig, Gud, vær mig n dig, for hos dig søger jeg tilflugt; i dine vingers skygge søger jeg tilflugt, til ulykken er drevet over.

At søge Gud i lidelse kan virke naturligt, i hvert fald for mange af os. Som kristen tror jeg, at mennesker kan søge ly hos Gud. Det kan i særdeleshed lade sig gøre på grund af forsoningen i Jesus Kristus – i hans liv, død og sejr. Gud kommer mennesket i møde. Men hvad så – kan lidelse også virke noget godt i menneskers liv? Ja, på trods af ulykke er det muligt for Gud at forme mennesker, give os dybde og gøre os i stand til at møde og hjælpe andre i deres livssituation.

Nordisk/baltisk kongres for kristne læger

Arrangør: Kristna Läkare och Medicinstudenter

Sted: Göteborg

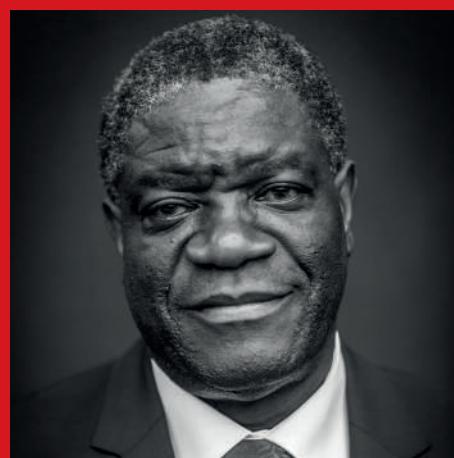
Tema: **Hope for the hopeless. The role of faith, calling and care in medicine.**

Talere: Hovedtaler er Denis Mukwege (DR Congo).

Desuden kommer ICMDA's generalsekretær

Peter Saunders (England).

Program og tilmelding: Hold øje med
www.kristnalakare.se under "Nordic Meeting 2020"



Denis Mukwege er gynækolog, menneskerettighedsaktivist og sammen med Nadia Murad modtager af Nobels fredspris i 2018.
(Foto: Wikimedia Commons/Claude Truong-Ngoc)



Indkaldelse til generalforsamling i Kristelig Lægeforening

Lørdag d. 28. september 2019 kl. 16.00
På Brandbjerg Højskole, Brandbjergvej 12, 7300 Jelling

Dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Fremlæggelse af bestyrelsес- og udvalgsberetninger til godkendelse
3. Fremlæggelse af revideret årsregnskab for 2018 til godkendelse og fremlæggelse af budget for 2020
4. Forslag fra bestyrelse eller medlemmer
5. Valg af formand
6. Valg af medlemmer til bestyrelsen: Anne Bodilsen, Jeff Sørensen og Grethe Lemvik Mikkelsen er på valg. Anne Bodilsen og Jeff Sørensen er villig til genvalg. Grethe Lemvik Mikkelsen modtager ikke genvalg.
7. Valg af bestyrelsessuppleant: Eva Futtrup Maksten er på valg og modtager genvalg.
8. Valg af revisor
9. Fastsættelse af kontingent for 2020
10. Eventuelt

Vel mødt!

Bestyrelsen for Kristelig Lægeforening



Fra venstre: Karen Nielsen (kasserer, ikke i bestyrelsen), Jeff Sørensen (næstformand), Jakob Ørskov Sørensen (bestyrelsen), Eva Futtrup Maksten (suppleant), Grethe Lemvik Mikkelsen (best./missionssekretær), Tobias Nissen (best.), Anne Bodilsen (formand) og Ida Høgsbro (suppleant).



Årsmøde i Kristelig Lægeforening

Den 27.-29. september 2019

På Brandbjerg Højskole, Brandbjergvej 12, 7300 Jelling

Kristelig Lægeforenings årsmøde foregår i år på højskolen øverst i den naturskønne Grejsdal nord for Vejle. Årets hovedtaler er Carsten Hjorth Pedersen fra Kristent Pædagogisk Institut, og emnerne for hans to foredrag er henholdsvis kønsidentitet og åndsfrihed. Et tredje og mindst lige så vigtigt emne på årsmødet er lægemission. Både fredag aften og lørdag aften kan vi fra første hånd høre spændende nyt fra nogle de missionærer, som Kristelig Lægeforening gennem årene har bakket op om.

Praktisk

Brandbjerg Højskole har siden 1964 fungeret som almen grundtvigsk folkehøjskole og er indrettet i og omkring en 1500-tals-herregrd med egen park samt nyere bygninger tegnet af Friis og Moltke. Højskolen ligger 5 km. nordøst for Jelling, øverst i den naturskønne Grejsdal, som strækker sig nordp fra Vejle. Denne weekend r der vi over højskolens rummelige foredragssal og vil blive godt beværtet af et "nytænkende køkken med sørvmærke i økologi, fokus p bæredygtighed og lækker, hjemmelavet mad". Der er desuden kaffe, te og frugt ad libitum.

Overnatning sker p enten enkelt- eller dobbeltværelse med eget bad og toilet. Der er gratis parkering og WiFi. Egne drikkevarer m ifølge højskolens husregler ikke medbringes. Der er dyner og puder p værelserne, og



man kan tilkøbe sengelinned og h ndklæde til 75,- kr. pr. person. Som gæst p Brandbjerg m man "meget gerne l ne bolde, bats og spil til sine pauser, og man kan ogs nyde en tur i den smukke park og skov".

Det er muligt at n frem til højskolen med offentlig transport: Fra Vejle Trafikcenter kører bus 212 (mod Give) lige til døren.

PROGRAM

Fredag

- 17.18 Ankomst, Brandbjergvej 12, 7300 Jelling
18.00 Middag
19.30 Velkomst v. Jeff Sørensen og Anne Bodilsen
19.45 Oplæg: Beretninger fra arbejdet som læge i Asiens bjerge ved Thomas
20.45 Kaffepause
21.30 Lovsang

Lørdag

- 07.45 Morgenbuffet
08.50 Andagt i foredragssalen
09.00 Foredrag 1: Kønsidentitet i en kønsneutral tid, v. Carsten Hjorth Pedersen
10.00 Kaffepause
10.15 Foredrag 1 fortsat
11.00 Oplæg: Mit lægeliv – klinik, forskning og mission, v. Christian Backer Mogensen
12.00 Frokost
13.00 Pause med mulighed for gåtur
14.00 Foredrag 2: Om åndsfrihed, v. Carsten Hjorth Pedersen
15.15 Kaffepause
16.00 Generalforsamling
18.00 Middag
19.30 Oplæg: Fra Chad til Liberia – udfordringer er der stadig! v. Gry Andersen og James Appel
Herefter hygge

Søndag

- 07.45 Morgenbuffet
09.00 Bønne-vandring
10.00 Nyt fra udsendte læger og forbøn, v. missionssekretær Grethe Lemvik
10.30 Bibeltime v. Peter Greek Kofod
11.30 Afskedsrunde udenfor
12.00 Frokost og afrejse



Foredrag 1

Kønsidentitet i en kønsneutral tid,
v. Carsten Hjorth Pedersen

Er vores køn en konstruktion eller en given identitet? Hvad betyder det for samfundet og vores forståelse af mennesket? Hvad gør den kønsneutrale ideologi ved børn og unge? Hvad betyder det for lægers møde med patienter? Sådan lyder nogle af arbejdsspørgsmålene, når Carsten Hjorth Pedersen lørdag formiddag vil holde foredrag om kønsidentitet.



Carsten Hjorth Pedersen

Foredrag 2

Åndsfrihed i 2019, v. Carsten Hjorth Pedersen

Lørdag eftermiddag vil Carsten tale om åndsfrihed – i almindelighed og i særdeleshed for sundhedssektoren. Den klassiske åndsfrihed er under pres i disse år. Nationalt såvel som internationalt. Den udfordres af sandhedsrelativisme, sekularisme, religiøse ekstremisme og nationalism. Hvilket også viser sig i sundhedssektoren fx vedr. provokeret abort, eutanasi og könsskifte. Hvilken betydning har åndsfriheden i et demokrati? Hvor når har mindretal krav på ”beskyttelse” i åndsfrihedens navn? (Se også casen på side 10)

Carsten Hjorth Pedersen er førstelektor i pædagogik og siden 2005 daglig leder af Kristent Pædagogisk Institut. Han er en flittig foredragsholder og desuden forfatter til en lang række bøger, blandt andet ”Respekt! Om åndsfrihed i dag” (LogosMedia og Credo 2013) og senest ”P virk med respekt” (LogosMedia 2019).

Oplæg – fredag aften

Beretninger fra arbejdet som læge i Asiens bjerge,
ved Thomas

Thomas, hvis fulde navn vi ikke kan bringe her, vil fortælle om sit mangeårige arbejde i et asiatiske land med primitive sundhedsforhold for en del af befolkningen samt forfølgelse



Thomas

af kristne og udfordrende arbejdsvilkår.

Oplæg – lørdag formiddag

Mit lægeliv – klinik, forskning og mission, v.
Christian Backer Mogensen



Christian Backer Mogensen

Christian Backer Mogensen har haft kroget vej som læge: kliniker, missionær, leder og forsker. I sine yngre år var han blandt andet seks år i Tanzania. I dag er han overlæge på den Fælles Akutmodtagelse på Sygehus Sønderjylland, og i efteråret blev han samme sted desuden udnævnt til professor i akutmedicin med forskning i resistente bakterier. I sin fritid er han engageret i kirkeligt arbejde. Følg med på en underholdende og spændende rejse, når Christian Backer Mogensen vil fortælle om sit liv.



Gry Andersen

Oplæg – lørdag aften

Fra Chad til Liberia – udfordringer er der stadig! v. Gry Andersen og James Appel

Deltagerne på årsmødet kan glæde sig til at være sammen med ægteparret Gry og James, som er henholdsvis dansk sygeplejerske og amerikansk læge. De mødte hinanden i Chad i 2004, hvor de begge arbejdede på frivillig basis. Helt frem til foråret 2019 har de med tilknytning til Adventist Health International arbejdet med lægemission i det ludfattige land, først på adventisthospitalet i den større by Bere og siden blandt andet med etablering af et kirurgisk center i en mindre by. Familien består også af Miriam (8), Noah (6) og Isak (4). Næste skridt er efter planen af flytte til Liberia, hvor Gry og James, ligesom hidtil i Chad, forventer at arbejde på frivillig basis med jævnlige arbejdsophold i USA og/



James Appel



eller Danmark, hvor de tjenet penge til leveomkostningerne.

Bibeltine – søndag formiddag

Peter Greek Kofod vil holde søndagens bibeltine. Han er teolog og arbejder til daglig som studievejleder og -koordinator på Dansk Bibel Institut. Peter er gift med læge og KU-forsker Frida Greek Kofod.



Peter Greek Kofod

Priser

(Studerende bor på tomandsværelser).

Pris pr. person i enkeltværelse hele årsmødet	kr. 2.100
Pris pr. person i dobbeltværelse hele årsmødet	kr. 1.725
Pris pr. studerende hele årsmødet (på tomands-værelse)	kr. 600
Pris pr. barn hele årsmødet	kr. 600

Hvis du kun har mulighed for at deltage noget af week-

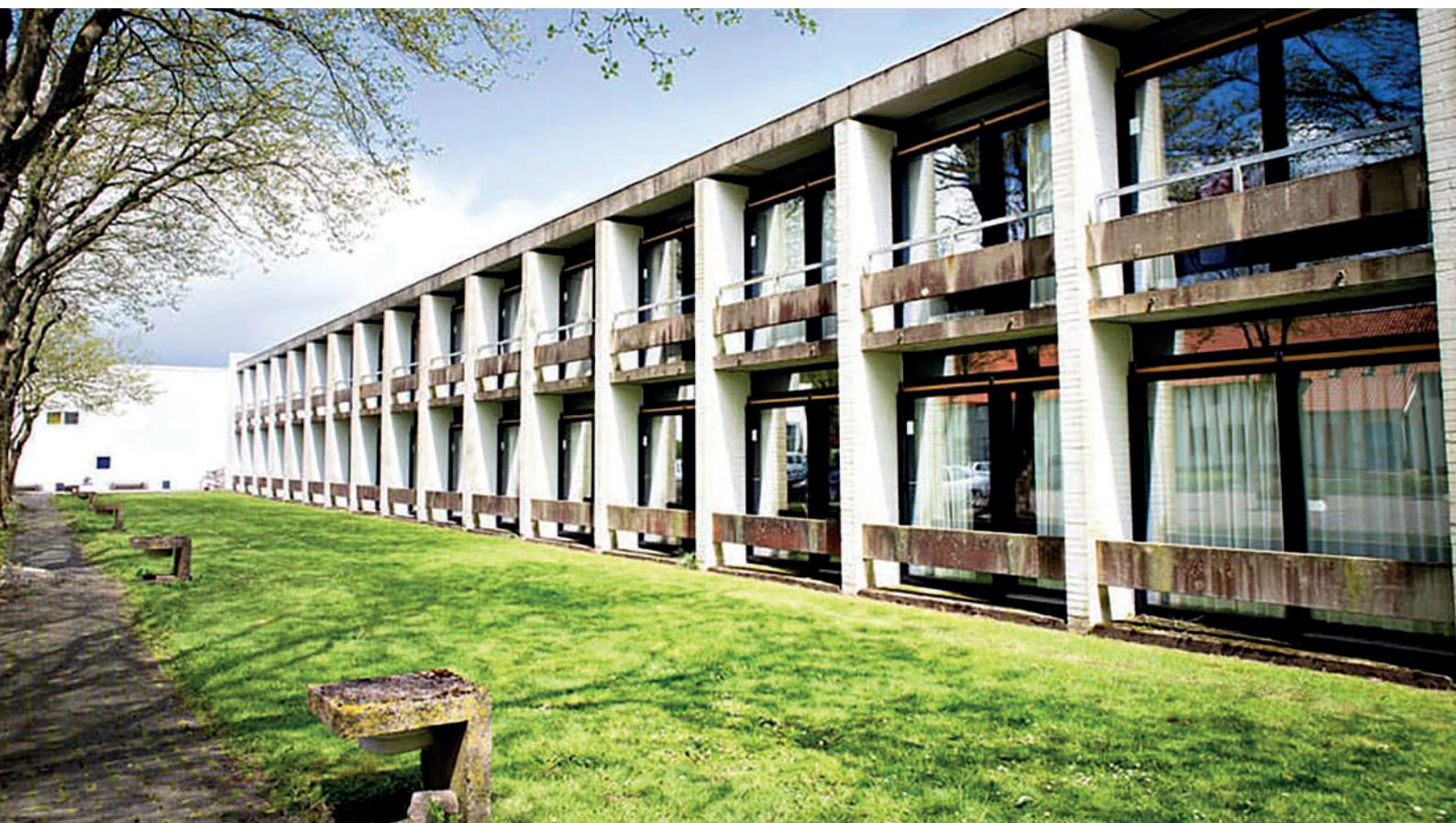
enden, er du også hjertelig velkommen. Find priser for delvis deltagelse under programmet på dkklf.dk under "Om os" > "Årsmøder" > "Årsmøde 2019". Ved tvivls-spørgsmål rettes henvendelse til klfkasserer@gmail.com

Tilmelding

Tilmeld dig årsmødet senest søndag den 1. september 2019 ved at skrive til kasserer Karen Nielsen på klfkasserer@gmail.com med oplysninger om følgende:

- Navn(e), by og status (studerende, læge, ægtefælle, børn). For læger: oplys venligst speciale
- Ønske om enkelt- eller dobbeltværelse samt eventuel værelseskammerat og/eller tidsrum ved delvis deltagelse
- Eventuelle ønsker til forplejning (vegetar, veganer, allergi?) samt eventuelt ønske om tilkøb af senge-linned og håndklæde til 75,- kr.
- Samkørsel: Kommer du i bil, og hvor mange ekstra pladser har du så? Eller ønsker du kørelejlighed?

HUSK derefter at indbetale beløbet på konto 2102 - 5909 763 365 eller via MobilePay-overførsel til 88028 (fem cifre). OBS: Angiv navn! Tilmelding gælder først efter indbetaling.





Omskæring af drenge – en åndsfriheds-case

Åndsfriheden er under pres. Her følger et eksempel på, hvad åndsfrihedsforkæmper Carsten Hjorth Pedersen gerne vil diskutere med årsmødedeltagerne, når han skal holde foredrag om emnet den 28. september 2019.

Af Carsten Hjorth Pedersen,
daglig leder af Kristent Pædagogisk Institut



Jeg er kristen – ikke jøde – så jeg har ikke et personligt behov for at kæmpe for forældres ret til af religiøse grunde at omskære drengespædbørn. Men jeg føler en forpligtelse til at kæmpe for det af hensyn til åndsfriheden i Danmark.

Forbud mod drengeomskæring

Flere rundspørger viser, at mindst 80 procent af danskerne går ind for et forbud mod drengeomskæring. Stærke interesseorganisationer, for eksempel Intact Denmark og mange politikere, kæmper også for et forbud.

Lykkeligvis kunne borgerforslaget om et forbud ikke samle flertal i Folketinget i slutningen af 2018. Men det er garanteret ikke sidste gang, den sag har været til debat. Derfor må vi se på de tre argumenter, der hovedsagelig fremføres for at forbyde drengeomskæring:

- 1) At der er tale om et smerteligt indgreb, som mis-tænkes for at være sundhedsskadeligt.
- 2) At det krænker barnets ret til egen krop.
- 3) At den otte dage gamle dreng påføres et religiøst mærke, som han ikke selv har valgt.

Under bagatelgrænsen

Hvad det første argument angår, må der skelnes mellem omskæring af drenge og piger. Det sidste påfører piger varige fysiske men, der blandt andet ødelægger deres senere seksualliv, og er en del af et mandschau-vinistisk samfunds undertrykkelse af kvinder.

Men indtil det modsatte er bevist, tyder intet på, at drenges sundhed varigt skades ved omskæring, især fordi omskæring i Danmark foregår under lægeligt til-

syn. Nuvel, der er smerte forbundet med det; men det er der også ved en vaccination, og jødiske forældre giver deres dreng noget værdifuldt, skønt det er smerteligt i situationen. Sagen ligger for mig at se under bagatелgrænsen.

For øvrigt omskæres halvdelen af samtlige nyfødte drenge i USA, fortrinsvis af hygiejniske grunde.

En langt større krænkelse

Hvad det andet argument – som er tæt forbundet med det første og tredje – angår, er det interessant at sammenligne med en langt større sag vedrørende barnets ret til egen krop, nemlig den frie abort.

Vi er ovre i en helt anden kategori, når læger har ret til at tage livet af en lille dreng fire-seks måneder før, han kunne blive omskåret. Hvis drengeomskæring er en krænkelse af drengens ret til egen krop, er provokeret abort det i langt højere grad.

Værdifri opdragelse er et fatamorgana

Det tredje argument sætter barnets ret til at vælge tro og livssyn op imod forældrenes ret til at påvirke barnet. Man hævder, at man ikke må udsætte barnet for et indgreb, det ikke selv har valgt.

Barnet har naturligvis rettigheder, som internationale konvention fastslår. Men et mindreårigt barns ret er netop, at det ikke efterlades i et værdifrit tomrum. Det har ret til at blive mødt med de bedste værdier, som forældrene kender, og så har det naturligvis ret til at forholde sig frit dertil, når barnet i stigende grad frem til



myndighedsalderen skal tage fuldt ansvar for sit eget liv.

For jødiske forældre er omskæring af drenge fundamental i den religiøse, kulturelle og fællesskabsmæssige dannelses. Og derfor deres ret. Knægtes den, knægtes åndsfriheden. Og hvis vi generelt får et samfund, der skal tjekke, at børn ikke udsættes for tydelig religiøs prægning, bliver det i sidste ende børnene, der kommer til at betale prisen for at blive udsat for det fatamorgana, som værdifri opdragelse er.

Tankevækkende er det, at argumentationen også kan anvendes til at forbyde barnedåb. Der er ganske vist ikke tale om et fysisk indgreb, men dog om, at forældre-

ne påfører børnet et markant religiøst mærke, som det ikke selv har valgt.

Skal vi have jøder i Danmark om 25 år?

Jeg giver min fulde støtte til tidligere overrabbiner Bent Lexners udtalelse: "Omskæring er så meget et kardinalpunkt i jødedommen og for religionsfriheden, at et forbud mod omskæring svarer til at sige: Tak, fordi der har været jøder i Danmark i 400 år, nu kan I godt tage af sted."

Sagen er efter min mening et klart eksempel på det aktuelle pres på religionsfriheden, som jeg også kommer ind på i mit foredrag på Kristeligt Lægeforenings årsmøde den 28. september.

Mere om åndsfrihed

Der er rig lejlighed til at forberede sig yderligere til Carsten Hjorth Pedersens foredrag under årsmødet. I 2012 stod han som leder af Kristent Pædagogisk Institut i spidsen for et stort projekt om åndsfrihed. Man kan finde en hel del materiale om dette på [kpi.dk](#) under "Projekter" > "Åndsfrihedsprojekt", blandt andet i form af 21 teser om åndsfrihed samt en række oplæg fra en konference om åndsfrihed i Fællessalen på Christiansborg den 7. maj 2012.

I åndsfrihedsprojektet blev følgende definition på åndsfrihed udviklet:

Åndsfrihed i et samfund betyder, at enkeltpersoner og grupper har frihed til at have deres overbevisning i religiøse, ideologiske og etiske spørgsmål, udtrykke denne overbevisning, formidle den og handle i overensstemmelse med den. Åndsfriheden afgrænses af medmenneskets ret til samme frihed og indebærer en forpligtelse til at kæmpe for den andens ret.

Carsten Hjorth Pedersen har desuden skrevet bogen "**Respekt! Om åndsfrihed i dag**" (LogosMedia og Credo 2013). Heri skriver han i det første kapitel blandt andet sådan:

Åndsfriheds-dagsordenen er kommet for at blive. Den er bestemt ikke ny, men den nedtones eller forsvinder let i den aktuelle samfundsdebatt med dens enorme fokus på økonomi og terror. Så meget desto vigtigere er det at diskutere de mange sager og de principper, der ligger bag. Åndsfrihed handler om, hvordan vi skal føre ideologisk kamp i vores samfund. Når vi nu er så rygende uenige og ser så forskelligt på afgørende forhold i vores eksistens som mennesker og i vores samfund, hvordan omgås vi os hinanden på en fair, anstændig og respektfuld måde? (...)

Åndsfriheden er rummelig. Alligevel står den i skarp kontrast til en nabo, som ligner den, men i virkeligheden er noget helt andet. Denne nabo kalder jeg altså Isomhed, som er udtryk for, at et samfund lige akkurat stører eller accepterer sine mindretal, hvorimod åndsfriheden værdsætter eller respekterer dem, selv om de kan være besværlige. (...)

Skellen mellem åndsfrihed og Isomhed er ikke en spidsfindighed. Den er af stor principiel vigtighed. Men den er også af stor praktisk vigtighed. Den kan for eksempel vise sig at være af betydning for at kunne løse den største af alle de aktuelle opgaver på dette felt, nemlig arbejdet på at få overbevist muslimske minoriteter og lande om, at åndsfrihed er vejen frem.





Etisk debat: Kønsidentitet

Kønsidentitet til debat

På de følgende sider dykker vi ned i en række spørsmål omkring køn, herunder blandt andet kønsidentitet, kønsinkongruens og transkønethed. I takt med, at samfundets opfattelser flytter sig længere og længere væk fra det traditionelle syn på køn, er dette begreber, som lægger i stigende grad et nødt til at forholde sig til i deres daglige virke. Hvordan når man frem til en stillingtagen og en praksis baseret på kristen etik? Dette spørsmål kan vise sig ganske vanskeligt at besvare.

Vi er meget glade for at have fået lov at bringe tre artikler, som på forskellig vis kan bidrage til at kaste lys over sagen. Artiklerne er hentet fra to udenlandske sørstertilskrifter, henholdsvis det norske og det britiske:

- 1) "Hva er kjønn?" (bragt i Inter Medicos nr. 4, 2018)
- 2) "Ubesvarte spørsmål om kjønnsinkongruens" (bragt i Inter Medicos nr. 4, 2018)
- 3) "Serving transgender patients" (bragt i CMF's triple helix – Winter 2018)



Foto: Shutterstock.com

Hva er kjønn?

Hva er kjønn? Dette spørsmålet som tidligere var lett å besvare, har blitt omstridt og betent, og det finnes nå flere konkurrerende svar.

Af se Bjorvatn Sævik, Morten Magelssen, Bjarte Onsrud og Nikolai Fuglseth

Et tradisjonelt syn på kjønn

Alle mennesker er født med et *biologisk kjønn*, og i et tradisjonelt syn er det det biologiske kjønnet alene som definerer om du er mann eller kvinne. I biologien generelt defineres *hankjønn* og *hunkjønn* ut fra kjønnenes respektive roller i reproduksjonen.

Kjønnsforskerne Suzanne J. Kessler og Wendy McKenna har oppsummert det tradisjonelle synet på kjønn i åtte punkt:(1)

1. Det eksisterer to, og bare to, kjønn (mann og kvinne)
2. Kjønn er uforanderlig i løpet av livet
3. Kjønnsorganene er de essensielle

kjennetegn på kjønn

4. Unntak fra den første regelen er patologiske
5. Det er ingen overgang fra det ene kjønnet til det annet i løpet av livet
6. Alle har ett kjønn
7. Kjønn er et objektivt fenomen
8. Kjønn er et naturlig attributt, ikke en personlig avgjørelse.

Ut fra denne forståelsen kan det hevdes at en mann som gjennomgår hormonell og kirurgisk behandling for å bli kvinne, ikke *egentlig* er blitt en kvinne. Vedkommende har endret kroppen i kvinnelig retning – men for eksempel vil fortsatt hver eneste kroppscelle ha en

mannlig konstellasjon av kjønnskromosomer.

Forståelsen av kjønn utfordres

I vår tid har kritikken mot en slik biologisk og derfor statisk og binær forståelse av kjønn økt på. I boka "Kjønn i bevegelse" skriver lege og sexolog Esben Esther Pirelli Benestad: "Det vi trodde var de naturgitte lovmessigheter for kjønn, viser seg å være foranderlige variabler. Når det gis rom for kultur, synes det som om nye naturgitte disposisjoner finner sine uttrykk."(2)

I stedet for å la biologi definere, foreslås kjønn som et komplekst uttrykk



for identitet der biologisk kjønn bare er én av mange bidragende faktorer. Hvilket kjønn en person tilhører – et av de to tradisjonelle, begge eller ingen – vil da også avhenge av personens subjektive opplevelse av kjønsidentitet, kroppsbilde og kjønnsrolle. Slik gis hver enkelt myndighet til selv å definere eget kjønn. "Gratulerer, det ble en jente"? Det blir ikke lenger mulig å vite sikkert ved fødsel hvilket kjønn barnet *egentlig* har; det vil først vise seg gjennom oppveksten.

Tre ulike tilnærminger

Kjønn kan videre defineres ut fra tre nivåer: genetisk, fenotypisk og sosialt kjønn.(3) De to første er forholdsvis enkle å forklare: Det *genetiske* kjønnet bestemmes av kjønnskromosomene, *fenotypisk* kjønn ut fra kjønnsspesifikke kroppslige trekk og egenskaper. Genetisk og fenotypisk kjønn kategoriseres som hunkjønn, hankjønn eller, alternativt, som forstyrret kjønnsutvikling. Dette siste kan skyldes genetiske avvik eller miljømessig påvirkning. Hvert år fødes om lag 10-12 barn hvor det er vanskelig å fastsette kjønnet basert på ytre kjønnsorgan. Mildere grader av kjønnsorganavvik forekommer hos rundt 300 årlig.(4)

Til sist kommer det *sosiale* kjønnet, som på engelsk kalles "gender", på svensk "genus".(5) Det sosiale kjønnet inkluderer den individuelle, subjektive opplevelsen av kjønn, men også sosiale, kulturelle, historiske og psykologiske

forhold spiller inn ved at kjønsidentitet i stor grad handler om *følelse av tilhørighet og gjenkjennelse*.(6) Sosialt kjønn eller kjønsidentitet (som vi bruker synonymt) er "det eller de kjønn den enkelte opplever og identifiserer seg med", ifølge Helsedirektoratets rapport "Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn".(7) Det sosiale kjønnet kan, men må ikke, samsvarer med genetiske og fenotypiske trekk. Der det biologiske kjønnet representerer noe naturliggitt og konstant, kan det sosiale kjønnet bli brukt som uttrykk for kjønnsoppførsel, -identitet, -tilhørighet, interesser og andre følelser.

Ingen helhetlig definisjon

Det finnes ingen god definisjon av kjønn som integrerer alle de tre nivåene (genetisk, fenotypisk, sosial) av kjønnsforståelse. Ved å vektlegge genetiske forhold blir kjønn en objektiv og målbar størrelse som er uavhengig av den subjektive opplevelsen. Dersom det sosiale kjønnet får definisjonsmakten, blir det vanskelig å oppnå objektiv kunnskap om emnet. Kjønn blir da et spørsmål om egen opplevelse og identitetsfølelse som verken kan eller bør overprøves. Forsøk på vitenskapelig tilnærming til kjønn blir dermed både unødvendig og uhensiktmessig. Den nye betegnelsen på kjønnskirurgi som "kjønnsbekrefte behandling" er slående i så måte, fordi den impliserer at personens opplevde kjønn (og ikke det biologiske kjønnet) er det *egentlige* kjønnet, som

altså "bekreftes" gjennom en serie kirurgiske inngrep.

Referencer

1. Kessler, S. J., & McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnometodological approach*. New York: Wiley, s. 113-114.
2. Benestad EEP, Alm s E (2001). *Kjønn i bevegelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
3. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, et al., editors. (2001). *Neuroscience*. (2. utg.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10943/>
4. Diseth TH. (2008). Barn født med uklare kjønnssakarakteristika. *Tidsskr Nor Legforen* 2008;128: 576-80
5. Spr kr det. Genus, sosialt kjønn? Hentet fra <https://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/genus-sosialt-kjonn/>
6. Hansen SA. (2014). leve mellom kjønn. (Masteroppgave, UiT). Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6462/thesis.pdf?sequence=2>
7. Helsedirektoratet. (2015) *Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn. Utredning av vilk r for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever -kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
8. Barne-, ungdoms- og familielidirektoratet. (2018, 26.01). *LGBTI-ordlista*. Hentet fra https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/

Definitioner (7, 8)

Kjønsidentitet/sosialt kjønn

(Eng.: Gender) Det (eller de) kjønn den enkelte opplever seg som og identifiserer seg med. Kan samsvarer eller bryte med det biologiske kjønnet.

Kjønsidentitetsforstyrrelse

(Eng.: Gender identity disorder) Utgjorde en egen diagnosegruppe i ICD-10 under F-kapitlet (mentale og atfedsmessige forstyrrelser). I den nylig reviderte ICD-11 er begrepet tatt bort. I stedet introduseres en ny kategori, kjønnsinkongruens, plassert i det nye kapitlet "Tilstander relatert til seksuell helse".

Kjønnsinkongruens

(Eng.: Gender incongruence) Beskriver en subjektiv kjønnstilhørighet hvor det biologiske kjønnet og sosiale kjønnsuttrykket ikke samsvarer.

Transkjønn

(Eng.: Trans gender; synonym: transperson) Samlebegrep for alle mennesker med kjønnsinkongruens. Eksempler på undergrupper: personer som opplever seg som motsatt biologisk kjønn, begge biologiske kjønn, et tredje kjønn eller ingen av delene.



Ubesvarte spørsmål om kjønnsinkongruens: medisin, ideologi og teologi

Antallet barn og unge som søker kjønnsmodifiserende behandling har eksplodert de siste årene. "Behandlingsivrig sexologer spanderer hårvekst og mørk stemme på nasjonens døtre", advarer leger ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS).⁽¹⁾ "Transpersoner flokker ikke til private helsetilbud fordi det er festlig å se tusenlappene renne ut. Markedet er en konsekvens av et inkompetent offentlig system." svarer pasienter.⁽²⁾

Af se Bjorvatn Sævik, Morten Magelssen, Bjarte Onsrud og Nikolai Fuglseth

Det har vært høy temperatur i Aftenpostens debattspalter det siste året. Vårt eget utgangspunkt er at pasienter med kjønnsinkongruens må tas på alvor i helsetjenesten og tilbys vitenskapelig dokumentert behandling når det er til gavn. I dette feltet er det mange ubesvarte spørsmål, og den nye åpenheten om problemstillingene i feltet er derfor et gode. Det å ta stilling til hva som er best når politikk og helsetjenester skal utformes, forutsetter – som på alle andre felt – et tvisyn der ulike goder og konsekvenser veies mot hverandre.

Utviklingen inspirerer oss til seks spørsmål og bekymringer.

1. Er det god vitenskapelig evidens for helsetjenestens tilbud til personer med kjønnsinkongruens?

Vår første bekymring er om den vitenskapelige evidensen for kjønnsmodifiserende behandling til personer med kjønnsinkongruens er god nok. Hensikten med helsetilbuddet bør være å bedre livskvaliteten og den generelle helsen hos denne pasientgruppen. Selv om gruppen har betydelige helsebehov, har ikke dagens behandlingstilbud med hormoner og/eller kirurgi overbevisende dokumentert effekt.

Hormonbehandling

En rekke studier viser at pasienter får bedre livskvalitet etter hormonbehandling. Ifølge to systematiske oversiktartikler er kvaliteten på studiene imidlertid *lav* eller *svært lav*.^(3,4) Det er altså svak evidens for å konkludere med gunstig effekt på livskvaliteten. En systematisk gjennomgang av studier på andre endepunkt, som død, slag, hjerteinfarkt og tromboembolisk sykdom, avslørte tilsvarende svakheter i metode.⁽⁵⁾ Kvaliteten ble igjen vurdert som svært lav.

Per i dag kjenner vi altså ikke utfallet av hormonterapi på lang sikt; verken mulig gunstig effekt eller alvorlige konsekvenser. Mangelen på solid kunnskap holdes frem i Endocrine Society sine internasjonale retningslinjer for behandling av kjønnsinkongruens. De anbefaler derfor høy terskel for oppstart og understrekker viktigheten av informert samtykke ved hormonterapi.⁽⁶⁾

Kirurgisk intervension

Teknikkene i kjønnsmodifiserende kirurgi er blitt bedre de siste årene, og tilbakemeldingene fra pasientene er jevnt over gode.⁽⁷⁾ Flere studier melder likevel om betydelig fysisk og psykisk morbiditet, også på lang sikt etter kirurgisk behandling.^(8,9) Som ved hormonterapi har vi begrenset med kunnskap om konsekvensene av kirurgi på grunn av metodologiske svakheter. Internasjonale retningslinjer understrekker behovet

for flere prospektive studier og bruk av kontrollgrupper.⁽⁶⁾

En svensk studie fra 2011 fikk stor oppmerksamhet i konservative miljø da den viste signifikant høyere forekomst i sykelighet, dødelighet og kriminalitet hos personer som gjennomgikk kirurgi sammenlignet med to kontrollgrupper.⁽⁹⁾ Mest alarmerende var likevel funnet at opererte hadde 5 ganger så høy risiko for selvmordsforsøk og 19 ganger forhøyet sjanse for å dø av selvmord. Resultatene gir imidlertid ikke grunnlag for å hevde at det er *operasjonene* som har ført til dårlig mental helse. Videre skal en være forsiktig med å legge stor vekt på slike enkeltstudier, tross metodiske styrker. Imidlertid har forskning heller ikke kunne vise at kjønnsmodifiserende kirurgi fører til bedre helse og livskvalitet.⁽⁶⁾ Og som ved all kirurgi er det risiko for både milde og alvorlige komplikasjoner på kort og langt sikt.⁽¹⁰⁾

Bør terskelen senkes?

Vi blir derfor stående igjen med *personens egen preferanse* som det sterke argumentet for kjønnsmodifiserende behandling. Når forfatterne av Helsedirektoratet-rapporten "Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn"⁽¹¹⁾ anbefaler å lette tilgangen på kjønnsmodifiserende behandling, er hensikten nettopp å kunne tilby helsetjenester basert på pasientens egne ønsker. Som gjennomgått over, finnes imidlertid lite vitenskapelig



støtte for at kirurgisk intervasjon eller hormontilførsel vil løse transkjønnedes underliggende problem og gi bedre mental og fysisk helse.

Noen kritikere drar paralleller til andre tilstander der personens opplevelse ikke er i tråd med biologien. Ved anorexia nervosa er et viktig behandlingsmål å korrigere pasientens opplevelse av egen kropp som for tykk – denne oppfatningen blir sett på som syklig. Som Bjørn Hofmann skriver:

Jeg kan ha mange ønsker og behov knyttet til min selvoppfatning og identitet. Jeg kunne for eksempel plages av at min fysiske høyde ikke tilsvarte min identitet ("høydeinkongruens"). Eller jeg kan oppfatte meg som asiat eller som h rete, selv om mitt ytre ikke bekrefter dette. Begge er sterke identitetsbekreftende trekk. Hva er det ved kjønnsidentiteten som gjør at den trumper andre identitetstrekk, som jeg måtte ønske endre? (12)

Hvorfor er det rett å spille på lag med pasientens opplevelse av at kroppen "ikke stemmer" i tilfellet kjønnsinkongruens, mens det er galt i disse andre tilfellene? Et av tilsvarene til denne innvendingen er gjerne at kjønnsinkongruens stikker dypere enn de nevnte kroppsidentitetsforstyrrelse, noe som blant annet viser seg ved at psykologisk behandling for å forsøke å bringe opplevd kjønnsidentitet på linje med biologisk kjønn, ikke er bevist effektiv.

Norsk behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) rapporterer om en årlig økning i henvendelser på 100 % siden 2012.(1) Årsakene til denne plutselige økningen av personer som ønsker kjønnsmodifiserende behandling, særlig barn og unge, er ukjent. Sammenholdt med svak evidens for eksisterende behandling, mener vi det er gode grunner til å beholde en høy terskel for medikamentell og kirurgisk intervasjon.

2. Er helsetjenestens innsats for å hjelpe transkjønnede tilstrekkelig og til hjelp?

Dårligere helse

Den andre bekymringen vår tar utgangspunkt i at transkjønnede som gruppe har betydelig dårligere fysisk og mental helse. De psykiske helseplagene inkluderer depresjon, angst, rusmisbruk og

vold i nære relasjoner. Det mest alvorlige er likevel den høye forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk, noe en amerikansk undersøkelse fra 2014 viser: Hele 41 % av de transkjønnede hadde forsøkt å ta sitt eget liv minst én gang i løpet av livet.(13) I den generelle befolkningen var tallet 5 %. Forekomsten var høyest blant personer som var åpne om sitt transkjønn, ikke hadde kontakt med familien sin og personer utsatt for diskriminering eller vold i det offentlige rom. (13)

Transkjønnede er også mer utsatt for fordommer, stigma og diskriminering. Psykologisk forskning har bekref tet at friheten til å uttrykke følelsene sine og få anerkjennelse for disse er viktig for å utvikle og bevare god psykisk helse. Det er nærliggende å tenke at jo mer tilstanden normaliseres, dess lavere blir forekomsten av psykiske helseplager og selvmord/selvmordsforsøk. Slik tankegang følger den sosiale stressmodellen. Hypotesen er altså at sosialt betinget psykisk stress – en form for "minoritetsstress" – fører til dårligere mental helse blant transkjønnede.(14) Motsatt vil reduksjon i sosialt stress føre til sunnere psyke. Teorien virker plausibel, men per i dag finnes ingen studier utformet til å kunne påvise kausalitet. Oppsummert har transkjønnede betydelig økt risiko for psykiske helseplager – også høyere enn LHBT-personer. Likevel mangler fremdeles svar på *hvorfor, og hvordan helsetjenesten best kan hjelpe*.

Det er gjort svært lite for å kartlegge helsestatus og livskvalitet blant transkjønnede i Norge. Det finnes likevel én rapport basert på dybdeintervju av 19 personer med kjønnsidentitetstematikk. (14) Informantene meldte gjennomgående om *mangel på kunnskap og lite forstelse i de fleste arenaer, private som offentlige*. Et annet hovedfunn var opplevelsen av utilstrekkelig "transkompetanse" blant helsepersonell. Flere ønsket et mer differensiert helsetilbud som kunne tilpasses den enkeltes behov.

Forslag til bedring

Rapporten "Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn" slår fast at det eksisterende helsetilbuddet for transpersoner er mangelfullt og utilfredsstillende.(11) Det gjelder særlig gruppen som ikke får tilbud om behandling ved NBTS som risikerer å stå uten tilbud om offentlig helsehjelp. Flertallet av forfatterne tok derfor til orde for en betydelig desen-

tralising av behandlingstilbuddet ved kjønnsinkongruens, for å øke tilgjengeligheten av hormonbehandling og annen helsehjelp til personer som i dag har lite eller ikke noe tilbud om slik behandling.(11)

Det er gode grunner til at helsepersonell i første- og andrelinjen bør lære mer om transkjønnedens behov og utvikle ferdigheter i hvordan møte denne pasientgruppen på en bedre måte.(15) Vi mener lavere terskel for kjønnsmodifiserende behandling ikke er en av dem. På grunn av svak evidens, irreversible inngrep og mulig alvorlige komplikasjoner, bør hovedansvaret for medikamentell og kirurgisk intervasjon forbli sentralisert.

Helsehjelp er imidlertid ikke begrenset til medikament eller kirurgi. Primærhelsetjenesten er blitt foreslått som det laveste effektive omsorgsnivået for personer med behov for enklere bistand.(16) Vi støtter at fastlegen for eksempel kan ha rolle som samtalepartner, og eventuelt henvise til psykolog ved behov.

3. Er barn og ungdom tjent med et mer liberalt syn på kjønnsinkongruens?

Når det gjelder barn, rapporteres det at noen får det bedre med seg selv der som de blir oppfordret og støttet i sin opplevelse av å være et annet kjønn. (17) Det gjelder særlig dersom kjønnsidentiteten er svært sterkt varer ved over tid. Imidlertid tyder forskning på at størsteparten av barna ender opp med en kjønnsidentitet som svarer til sitt biologiske kjønn.(18, 19) Denne forskningen har riktignok blitt kritisert for metodesvakheter, og i USA har det pågått en debatt om hva man kan konkludere med om "prognosene" for kjønnsinkongruente barn.(20) Hvis forskningen er til å stole på, vil det være svært viktig at behandling som rettes mot barn tar høyde for den overveiende sannsynligheten for at barnet vokser fra ønsket om være et annet kjønn.

Det finnes lite dokumentasjon på effekt av pubertetsforsinkende behandling. National Institute of Health i USA sponserer for tiden en stor klinisk studie på problemstillingen.(21) I fraværet av vitenskapelig evidens er det problema-



Etisk debat: Kønsidentitet *fortsat*

tisk at flere og flere barn og ungdom undergår hormonbehandling som kan stanse naturlig pubertetsutvikling og medføre sterilitet.(22)

På barnets vei mot ungdom og et trygt selvbilde og modne relasjoner, inn-går også det å bli komfortabel med egen kropp og kjønn, og å lære å forholde seg til omgivelsenes forventninger til atferd. Det er nok riktig og nødvendig å utfordre stereotypier og for trange roller, også når det gjelder sosialt kjønn, men det kan være en balansegang her: Barnet kan også trenge tydelige forventninger for å bli trygg i sine ulike roller.

En "bekymret mor" spør i Aftenposten: "Lever vi nå etter "Barnet-vet-best-prinsippet" fordi vi vil bort fra tiden hvor transseksuelle ble stemplet som syke?... Er det riktig å fremstille personer med kjønnsmodifiserte kropper som glamorøse og lykkelige, slik TV2 har gjort den siste tiden? Hva med oss andre, som er dypt bekymret for våre identitetsforstyrrede barn?"(22)

4. Får samfunnets tilpasninger utilsiktede konsekvenser?

Fremgangsmåten for å endre juridisk kjønn er blitt kraftig forenklet og sterilisering er ikke lenger påkrevd. Den

obligatoriske ventetiden er også fjernet, noe som er et gode, hevder tilhengere av det nye regelverket, fordi ingen uansett tar lett på slike beslutninger. Personer som går til det skritt å endre juridisk kjønn har grunnet på beslutningen i lang tid forut.

Mot dette har det vært fremmet at lovendringen gjør det mulig for biologiske menn – med loven i hånd – å få tilgang til damegardeboer og -toaletter. Garderober og toaletter blir dermed ikke lenger områder der kvinner kan være sikre på å slippe å bli eksponert for biologisk mannlige kropper. I USA valgte en voldtektsmann å bli juridisk kvinne for å kunne bli overført til et kvindefengsel. (23)

Feminister har ytret bekymring for at når kjønnsgrensene viskes ut, forsvinner grunnlaget for kampen mot forskjellsbehandling basert på kjønn (slik som lønnsforskjeller). Vil biologiske menn som skifter kjønn ha anledning til å delta i kvinneklassene i idretter? Hvis nei, hvordan skal det begrunnes uten at det utgjør ulovlig diskriminering?(23)

Det er også en fare for at tilpassingene i realiteten bidrar til snevre kjønnsstereotyper. Det er en kjensjering at enkelte opplever større grad av maskulinitet eller feminitet enn majoriteten av sitt biologiske kjønn. Ved å løsrive kjønnsbegrepet fra det biologis-

ke utgangspunktet står vi i fare for å opprettholde og forsterke stereotype kjønnsroller. I stedet for å oppmuntre mennesker til å bidra til mangfoldet blant sitt kjønn, oppmuntres de til å "bytte" til det kjønnet som kulturen definerer som mer "passende" for deres personlighetstrekk.

Videre, dersom sosiale forhold får definere kjønn, vil kjønnstilhørigheten kunne få uforholdsmessig mye å si for menneskers identitet. Ved å åpne opp for full individuell frihet til å definere kjønn, risikerer vi å avgrense mennesker til bare å være kjønn. Vil interesser, egenskaper, ferdigheter og tanker da kunne forklares ut fra *det sosiale kjønnet* i stedet for som uttrykk for det unike mennesket sin personlighet?

5. Følger en problematisk, radikal kjønnsideologi "med på lasset"?

Bekymringen er at tiltak for å hjelpe transpersoner, tiltak som i seg selv er gode, bringer med seg en ny måte å tenke om kjønn, identitet og seksualitet på – og at denne tenkemåten har problematiske sider. Et synlig uttrykk for dette er regnbueflagget, som vaier fra mange flaggstenger i det offisielle



Foto: Shutterstock.com



Norge i velment støtte til mangfold, men som også er knyttet til en tung filosofisk "bagasje", slik som *skeiv teori*. Skeiv teori ("queer theory") handler om "de skeive", personer som bryter med normer for kjønn og identitet. "Skeiv" brukes også som en positiv beskrivelse av noe som overskridet, utfordrer eller utvisker tradisjonelle samfunnsnormer og kategorier, spesielt når det gjelder seksualitet eller kjønnsidentitet. (24)

Kjønnsidentitet: medfødt eller sosial konstruksjon?

Queer-teoretikeren Riki Wilchins beskriver hvordan det historisk sett er ganske nytt at den primære sosiale identiteten din er basert på dine seksuelle preferanser.(25) Begrepene homo- og heteroseksuell ble oppfunnet på 1800-tallet, og frem til dette var det ikke vanlig å klassifisere mennesker etter seksualitet. Hvorfor skal seksualitet, kjønnsidentitet og -uttrykk definere våre sosiale roller og vår identitet i så stor grad?

Denne observasjonen er knyttet til en av postmodernismens grunnpoeng, nemlig hvordan klassifiseringer vi gjerne regner for å være "naturlige", i virkeligheten kan være sosialt konstruerte. For queer-teori blir det spesielt viktig å avsløre hvordan våre oppfatninger om *kjønn* er sosialt konstruerte og skapt gjennom språket. Selvagt bygger distinksjonen mellom mann og kvinne på biologiske forskjeller. Men, hevder queer-teoretikerne, den biologiske distinksjonen har en svært omfangsrik kulturell "påbygning", som for eksempel definerer hva som er maskulint og hva som er feminint, og følgelig idealer for en "ekte mann" og en "ekte kvinne". Disse settene med kulturelle oppfatninger er ikke "naturlige", men sosialt konstruerte, hevder teorien. Alle må medgi at queer-teorien har rett i dette for visse *forhold*, slik som det at guttenes farge er blå og jentenes rosa. Men queer-teorien vil gå mye lenger enn som så, og da blir den kontroversiell.

Queer-teorien peker også på at det for ikke-tradisjonelle kjønnsidentiteter, kjønnsuttrykk og seksuelle preferanser ofte ikke finnes noe navn, og i hvert fall ikke noe *positivt ladet* begrep. Språket vårt kan være et upresist redskap. Vi mennesker har en forkjærlighet for oversiktlig kategoriseringer, men disse fører til at noen blir ekskludert og utpekt som avvikende. Vestlig tankegang, skriver Wilchins, foretrekker å dele opp vår

komplekse verden i simplistiske diktomier, slik som sterk-svak, svart-hvit, homofil-heterofil. Men hva hvis fenomenene – og individene – er for komplekse til å passe i disse kategoriene?

Skeiv teori utfordres

Tradisjonell tenkning, slik tradisjonell kristendom står for, kan fremstå som "hovedfienden". Her ses gjerne kategoriene som "sterke", i den forstand at de er dypt forankret i "det som er", i virkeligheten, og i liten grad sosialt konstruerte. Gapet mellom queer-teorien og tradisjonell tenkning forsterkes kraftig hvis kategorier som "mann" og "kvinnne" i tillegg er *Gudgitte*, og avvik er noe syklig eller til og med noe moralisk klander-verdig. Queer-teoretikere vil, i tradisjonen fra Derrida, ønske å avsløre *makten* som ligger under de tradisjonelle kategoriene og forståelsene. Hvem har laget kategoriene og hvem tjener på det?

For queer-teorien er forholdet til *feminismen* viktig, og betent. Queer-teoretikere ser seg selv som feministenes arvtagere. Feministene stod for en viktig rettighetskamp – for kvinnene. Queer-teoretikere tar opp stafettpinnen og vil løfte opp andre marginale grupper, nemlig de som ikke passer inn i våre binære kjønnskategorier og våre kategorier for seksuelle preferanser. Men feminismen, derimot, aksepterer kjønnskategoriene – ja, de bygger sitt engasjement nettopp på at det er reelle og betydelige forskjeller mellom menn og kvinner. Dermed har de vanskelig for å støtte queer-bevegelsen – og stemmes i retur med den nedsettende merkelappen "TERF", "trans-eksklusiv radikal-feminister".(26) Queer-teoretikere ser det som frigjørende hvis vi kan frikoble kjønnstilhørighet og kjønnsuttrykk – slik at en mann kan få være feminin, og en kvinne maskulin, uten å møte med-borgeres fordømmelse.

Kjønnsidentitet: konsekvenser av ny forståelse

Queertenkingen ber oss forkaste oppdelingene og de trange båsene. Den svenske utgaven av Facebook har siden 2015 gitt brukerne 70 ulike kjønnsidentiteter å velge blant. I et annet naboland, Danmark, opererer passene med tre kjønnskategorier. Fra 2010 har danskene hatt mulighet til å velge "X" i stedet for mann eller kvinne i rubriken for kjønn.(27) I Norge vurderes innføring av kjønnsnøytrale

personnummer innen 2036.(28)

Debatten om kjønnsidentitet er mer enn transkjønnedes rettighetskamp. Det er også et spørsmål hvilke muligheter vi bør ha til å endre på våre medfødte egenskaper. "Ingenting er, alt kan bli, og desto viktigere er det å ta grep om skapelsesprosessen selv." skriver Anki Gerhardsen.(29) Bekymringen er at ja til selvbestemt kjønnsidentitet innebærer ja til en problematisk ideologi der hver enkelte bes å definere og skape seg selv.

I Danmark har lærerutdanningen siden 2014 inkludert faget "Køn, seksualitet og mangfoldighed". Teologen Mikkel Vigilius beskriver pensumlitteraturen kritisk:

[Kj]vindelig pædagogstuderende, som i en undervisningstime spørger, om det ikke vil være i orden, hvis hun i en børnehave tørrer bordene af, laver hyggelige ting med børnene og nusser om dem, hvis det er det, hun bedst kan lide, frem for at spille fodbold. Dette synspunkt nedgøres og afgives i bogen som udtryk for en uprofessionel tankegang. En professionel pædagog hjælper børnene til at bryde med de gamle id er om køn ved selv at bryde med dem – i tanke og i handling. (27)

6. Er "skeiv teologi" et autentisk kristent tilsvarende til utfordringen med kjønnsinkongruens?

Skeiv teologi lanseres

Skeiv teori har inspirert en egen *skeiv teologi* ("queer theology").(30) "Skeiv teologi" søker gjerne å overskride og kritisere tradisjonelle normer, eller den utfordrer og dekonstruerer tradisjonelle kategorier for seksualitet og kjønnsidentitet.

Den skeive teologen Patrick Chengs hovedtese er at kristen teologi i sin natur er "skeiv", ved at den handler om å bryte ned normer, kategorier og grenser.(30) Eksempelvis, fordi kirken er Kristi kropp, bryter den ned – den utsletter betydningen av – kirkemedlemmernes ulike karakteristika, slik som kjønn, seksualitet og rase. For Cheng handler kristendommen om det han kaller "radical love", radikal kjærlighet. Han hevder at Gud (Fader) i sin natur er utsendelsen av denne radikale kjærligheten, mens



Etisk debat: Kønnsidentitet *fortsat*

Jesus Kristus er gjenopprettingen av den radikale kjærligheten menneskene har tapt, og Den Hellige Ånd er det som lar oss returnere til den radikale kjærligheten. Den radikale kjærligheten viser seg særlig i at den bryter ned tradisjonelle kategorier og roller, slik at disse ikke lenger har betydning. Kjønnspolaritet i kjærlighetsforhold blir avslørt som et hemmende krav, og ekteskap, kyskhet og monogami er ikke lenger moralske idealer.

Fire innvendinger

For en kritisk leser med bakgrunn i tradisjonell kristen lære, fremstår den skeive teologien i sum lite overbevisende. Vi skal trekke frem fire momenter til kritikk. For det første, den skeive teologien fremsetter ikke forsvarlige prinsipper for fortolkning. For en utenforstående virker tolkningene i overkant kreative, uten særlig hensyn til de bibelske skribentenes intensjon. Tolkningene virker ikke primært motivert av å nå frem til sannhet, men av å kunne bygge opp et system som kan bekrefte skeive livsstiler. For eksempel trekker noen skeive teologer frem noen skeives promiskuitet, altså det faktum at de har mange sexpartnere, som et uttrykk for *kroppslig gjestfrihet*, som igjen skal være en variant av den gjestfriheten som er et kristent moralsk ideal. I kristen skrift-tolkning har idealet vært å lese ut av teksten (eksegesis) og ikke inn i teksten (eisegesis). Her virker det som om dette idealet er trenget til side for å tilpasse teksten til fortolkerens ønsker. Da kan man i realiteten bruke teksten til nærsagt hva som helst.

Beslektet med dette er den skeive teologiens problematiske forhold til kristen tradisjon. De skeive perspektivene har sitt opphav i nyere filosofiske retninger, der ideen om at all kunnskap kan dekonstrueres og forklares som menneskelige konvensjoner står sentralt. Alle begreper knyttet til kjønn, familie og ekteskap blir forstått som repressive ordninger. Et helt annet utgangspunkt finner man i kristen teologi, der kristen tradisjon har normativ verdi fordi man antar at Gud er virksomt tilstede i det kristne fellesskapet. Hvis den skeive teologien har rett, har hovedstrømmen i kristen tradisjon de siste to tusen år begått svært alvorlige og fundamentale feil i sin lære og sin etikk om seksualitet, kjønnsidentitet og metafysikk. Er det troverdig at et knippe teologer av i dag har nådd frem til sannheten mens tradisjonen har tatt så grunnleggende og dramatisk feil?

Skeiv teologi, slik den blir utlagt av Cheng og mange av teologene han siterer, kretser særlig om sex. Denne teologien prøver å rettferdigjøre et permissivt syn på sex, og synes dels å gjøre det ved en naiv forståelse av hva kjærlighet er. Som C. S. Lewis argumenterte for i boka "The Four Loves" er det i antikkens og Bibelens forståelse fire typer kjærligheter – eros, den kjønns-lige seksualiteten, er bare én av disse. De skeive teologene synes ikke å gjøre nødvendige sondringer mellom eros og agape (Guds kjærlighet, den overnaturlige kjærligheten).

Knyttet til dette er skeiv teologis naive syn på sex. I Chengs bok fremkommer intet tvisyn, ingen bevissthet

om at sex er et mangfoldig fenomen som kan brukes til ondt like mye som til godt. Seksualitetens skyggesider – evnen til å såre og etterlate emosjonelle arr, koblingen til vold og makt, potensi-let for uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer, problemati-seres ikke.

Etter vårt syn må kristne lete andre steder enn i den skeive teologien for å finne teologisk ansvarlige og medmen-nesklig gode tilsvær til dagsaktuelle problemstillinger om kjønn og seksua-litet.

Referencer

- Wæhre, A, Tønseth KA. (2018, 21.03) Vi har fått en eksplosiv økning i antall ten ringsjenter som ønsker skifte kjønn. Tar du ansvaret, Bent Høie? Aftenposten. Hentet fra https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/BJvg49/Vi-har-fatt-en-eksplosiv-okning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret_-Bent-Hoie-Anne-Wahre-og-Kim-Alexander-Tonseth
- Skarstein, K. (2018, 05.04). Transpersoner flokker ikke til private helsetilbud fordi det er festlig se tusen-lappene renne ut av kontoen. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/m6pLgI/Transpersoner-flokker-ikke-til-private-helsetilbud-forde-det-er-festlig-a-se-tusenlappene-renne-ut-av-kontoen-Karoline-Skarstein>
- Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reas-signment: a systematic review and metaanalysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical endocrinology*. 2010;72(2):214-31.
- White Hughto JM, Reisner SL. A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender health*. 2016;1(1):21-31.
- Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses. *Clinical endocrinology*. 2010;72(1):1-10.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. ENDOCRINE TREATMENT OF GENDER-DYSPHORIC/GENDER-INCONGRUENT PERSONS: AN ENDOCRINE SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. *Endocrine practice : official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*. 2017;23(12):1437.

Foto: Shutterstock.com



7. Hess J, Rossi Neto R, Panic L, Rubben H, Senf W. Satisfaction with male-to-female gender reassignment surgery. *Deutsches Arzteblatt international*. 2014;111(47):795-801.
8. Kuhn A, Bodmer C, Stadlmayr W, Kuhn P, Mueller MD, Birkhauser M. Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and sterility*. 2009;92(5):1685-9.e3.
9. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Langstrom N, Landen M. Long-term follow-up of trans-sexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*. 2011;6(2):e16885.
10. Pan S, Honig SC. Gender-Affirming Surgery: Current Concepts. *Current urology reports*. 2018;19(8):62.
11. Helsedirektoratet (2015). Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn. Utredning av vilk r for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
12. Hofman, B. (2018, 15.06). Identitetens sykdom og sykdommens identitet. *Tidsskr Nor Legeforen*. Hentet fra <https://tidskriftet.no/2018/06/kommentar/identitetenssykdom-og-sykdommens-identitet>
13. Haas A, Rodgers P, Herman J. (2014). *Suicide Attempts Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults*. Los Angeles: Williams Institute, UCLA.
14. Van der Ros J. (2013). Alskens Folk – Levek r, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetsproblematikk. Hamar: Likestillingssenteret
15. Benestad & Pristed. (2015). Kjønn i bevegelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 52, nummer 6, 2015, 514-527.
16. Benestad EEP, Thesen J, Aars H, Olsen GF, Bjørkman M. (2017) Helsevesenet svikter transpersoner. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137:1686-1687
17. Benestad EEP. (2016). Gender belonging: Children, adolescents, adults and the role of the therapist. *The international journal of narrative therapy and community work*, (4), 92-105.
18. Olson-Kennedy J, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BP, Meyer-Bahlburg HF, Garofalo R, Meyer W, et al. Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: gender identity development and biopsychosocial outcomes. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*. 2016;23(2):172-9.
19. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(12):1413-23.
20. Ford Z. (2017, 05.09). The pernicious junk science stalking trans kids. Hentet fra <https://thinkprogress.org/transgender-children-desistance-a5caf61fc5c6/>
21. Reardon S (2016, 29.03). Largest ever study of transgender teenagers set to kick off. Hentet fra <https://www.nature.com/news/largest-ever-study-of-transgender-teenagers-set-to-kick-off-1.19637>
22. "En bekymret mor". (2018, 27.02). *Transkjønnet Paradis? Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/QvgQ8/-Transkjønnet-Paradis--Bekymret-mor>
23. Gjevjon T. (2017, 19.04) Kjønn er ikke en følelse, Bent Høie. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/kjonn-er-ikke-en-følelse-bent-høie/67497701>
24. Kristian H. (2015, 10.11). Skeiv. Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/skeiv>
25. Wilchins R. (2004). *Queer Theory/Gender Theory: an Instant Primer*. Los Angeles, CA: Alyson Books, 2004
26. D snes A. (2018, 25.07). Transkvinner er kvinner. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/transkvinner-er-kvinner/70045609>
27. Vigilius M. (2018, 08.05). Den kønsneutrale bølge. Hentet fra <http://www.nytliv.dk/resource/den-koensneutrale-boelge/>
28. Finansdepartementet. (2017). Høringsnotat - Forslag til ny personidentifikator. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/c7cc56174c6645349b847c0614119e8b/h_notat_ene_person-identifikator.pdf
29. Gerhardsen A (2018, 21.05). Drømmen om det sanne jeg. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/yvrgWA/Drommen-om-det-sanne-jeg--Anki-Gerhardsen>
30. Cheng PS. (2011). *Radical love. An introduction to queer theology*. New York: Seabury Books.

Om Forfatterne



Åse Sævik

Åse Sævik er ph.d.-kandidat ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, og har tilknytning til Haukeland universitets-sykehus.



Bjarte Onsrud er læge og er under uddannelse til anæstesilæge på Sykehuset Innlandet i Gjøvik. Han er desuden formand for Norges Kristelige Legeforenings etikudvalg.



Morten Magelssen

Morten Magelssen er læge med ph.d. om etik ved livets slutning. Han forsker ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, hvor han også underviser i etik. Han skrevet bogen "Meneskeverd i klinik og politikk. Bioetikk i lys av kristen tro" (Lunde 2014). Se også bioetikk.no



Nikolai Fuglseth

Nikolai Fuglseth er læge i børne- og ungdomspsykiatrien i Førde. Han er desuden formand for Norges Kristelige Legeforening.



Serving transgender patients

Læs i denne artikel om, hvilke erfaringer en mangeårig praktiserende læge (general practitioner, GP) har gjort sig med behandling af transkønnede patienter, og hvilke overvejelser hun i den sammenhæng har gjort sig som kristen.

Af Katharine Townsend

Key points

- The number of patients presenting as transgender has increased significantly in the last four years.
- Transgender covers a spectrum of gender identity issues, from non-clinical, alternative gender identities to those with severe distress and mental health issues.
- Care for transgender patients presents many challenges for GPs in particular but they do require compassion, non-judgmentalism and patience.

Background

I have worked as a salaried GP in a university town centre practice for 23 years. Until 2014, we could count on one hand the number of transgender patients on our list. Tragically, two of these (post-transition) have committed suicide. Since autumn 2014 we have experienced a sharp increase in the numbers of students asking for referral to a Gender Identity Clinic (GIC). Given our experience, it was essential we equipped ourselves to care for this growing group. This article summarises some of my lessons learned. I express views that may not be shared necessarily by my colleagues.

Time, time, time

It was truly heart-rending to hear the story of an individual who had, since they were six or seven, spent hours each day longing to be in the body of the opposite sex. They had hoped the feelings would settle with time, but realised with despair during puberty and after the teen years that this would not be the case.

However, for another group, who could be called 'gender variant', there was a less clear picture of long-term

anguish. But they experienced a welter of complex issues and for a mixture of reasons had come to perceive medically supported adjustments in their gender appearance as a pathway to greater personal contentment and for some (though not all) to relieve distress.

Transgender is a catch-all term covering a diverse group of people who experience and/or live out their gender identities differently from people who feel comfortable with their biological sex. In contrast, Gender Dysphoria (GD) is characterised by experiencing distress with one's birth sex.

The GMC(1) strongly encourages swift referral to a GIC after presentation to GPs with GD, due to high rates of self-harm and suicidal behaviour. However, waiting times for GICs are upwards of two years. I now spend time getting to know my patient before referral (following suicide risk assessment). In practice several double appointments over several months at the end of a clinic (reducing time pressure) are necessary to get a thorough picture of their life, their emotional journey, when questions of gender occurred and how these have been expressed. Many have multiple comorbidities such as depression, autistic spectrum and personality disorders, and emotional turbulence from troubled family backgrounds.

Time with them helps me understand their complex issues and explore, and occasionally to challenge their thinking with respect to the wisdom of transitioning and the massive consequences that follow. Transitioning is a gradual process, not a single event. It may be simply name and attire that change, perhaps hormone treatment, perhaps 'top' surgery and/or 'bottom' surgery. A patient may choose some or all the

possible options available. I explore the evidence base for medical treatment and impact on fertility.

On a foundation of a strong doctor/patient relationship a candid conversation is possible. Time at the outset enables a trusting relationship which will be a support along the difficult, and for many, lonely road ahead, as they face a host of complex decisions for years to come.

Feelings of rejection, often justified, are commonplace among transgender patients. Using their preferred pronoun, I have found is an essential starting point: deliberately 'mis-gendering' is felt to be a form of rejection, insulting at worst and usually results in the patient seeing another GP.

Always remember the birth sex

There is a subtle, but elusive, difference in the way I interact with male and female patients. So, it took me a while to work out how to connect with my transgender patients. Internally, that is, in my core thinking and therefore subtly in my behaviour, I relate towards them as in their birth sex.

This is not articulated but I have consistently found this to be the most effective way of connecting, but they would never know my thoughts. I also recognise this may not work for everyone.

While obtaining a Gender Recognition Certificate for legal purposes takes a minimum of two years, changing gender on medical records(2) merely needs a letter of request signed and dated by the patient and takes weeks. Transgender patients requesting such a change come off all screening programmes associated with their birth sex and must take personal responsibility for having checks at appropriate times. Discussing gynaeco-



Foto: Shutterstock.com

logical matters and breast issues is distressing for my trans-male patients.(3) Higher incidences of ovarian and cervical cancer occur in such patients due to their reluctance to be screened and fear of the physical examination, yet strong doctor/patient relationships can ease this.

It took me a while to grasp that a patient's gender identity has no bearing, whatsoever, on their sexual orientation or sexual practices. Many of our transgender patients have not had surgery and have heterosexual intercourse. Remember the birth sex and think; contraception, management of medical problems especially abdominal pain (could it be testicular torsion or an ectopic pregnancy?) and of disease prevalence.

Medicolegal issues

Adult GICs only accept a referral if the referrer agrees, at the outset, to prescribe any hormones the GIC may advise in the future after seeing the patient. However, with the exception of Sustanon, all hormones prescribed for gender dysphoria are unlicensed.

When I spoke to the MDU, they expressed surprise at the wording of the referral forms but added that GP prescribing, in this area, should follow written specialist advice. Since this advice would be deemed, 'best practice according to the knowledge and standards of the day,' GP prescribing, adhering to this, would be acceptable from a medicolegal perspective.

GICs give helpful and detailed gui-

dance for monitoring those receiving hormones for adverse side effects, though quickly hand responsibility back to GPs for the initiation, administration of hormones and lifelong care.

The GMC(4) urges GPs to prescribe the GIC advised hormones but unlike other pharmaceutical products, there are few longitudinal studies demonstrating the effectiveness of treatment. Indeed, there is no agreed measure among GICs as to what constitutes successful medical treatment.(5)

My perception has been that some patients embarking on medical treatment reach a status quo and remain quietly contented. Others are delighted, at the outset, with the physical changes, but after six months to a year their mood deteriorates back to pre-treatment status occasionally becoming worse. These patients need much support in navigating the difficult road ahead.

Theological

I have tried to think about these issues from a theological perspective. Jesus teaches in Matthew 19 that we are created male and female: The Creator's basic pattern for humans is fundamental. However, Jesus goes on to talk about eunuchs (some born that way, some made that way by men) expressing a recognition that in a fallen world, people may not fit straightforwardly into the binary pattern of gender. The wonderful account of Philip and the Ethiopian eunuch(6) (the first Gentile convert after the resurrection) reminds us of Jesus's

reaching out to all people whether or not their physical characteristics, or the cultural space inhabited by them, matches typical male or female patterns.

Jesus treats with absolute respect and kindness those rejected by society, people with leprosy, tax collectors, a woman with menorrhagia, a woman of ill repute, to name a few.(7) Many transgender patients feel rejected; I do not want to add to this.

Jesus urged his disciples, 'Do to others as you would have them do to you';(8) all medics embrace the principle 'Do no harm'. I am concerned that there has been a wholesale acceptance of medical treatments and protocols by the medical profession without adequate evidence to support such changes.

We have a duty of care to transgender patients to ensure that there are dispassionate long-term studies exploring the physical and psychological pros and cons of medical treatment. We must care for the needs of our transgender patients to the very best of our abilities. How that is done should vary from person to person but also as the medical evidence emerges.

Katharine Townsend is a GP in East Anglia

Referencer

1. Trans-healthcare General Medical Council bit.ly/2CbqvQq
2. Gender construction kit: updating patients details bit.ly/2A6cory
3. Ovarian cancer in transgender men. National LGBT Cancer Network bit.ly/2QM7lll
4. Trans-healthcare (prescribing) General Medical Council bit.ly/2EhNvgz
5. See: Operational research report following visits and analysis of Gender Identity Clinics in England. NHS England November 2015 (p38) bit.ly/2PrgrpH
6. Acts 8:27
7. Mark 5:25; Luke 5:13,27; Luke 7:37-38;
8. Luke 6:31

Further reading

- CMF File 59 (2016) "Gender Dysphoria", bit.ly/2OWFBgP
- "God and the Transgender Debate" by Andrew Walker. The Good Book Company 2017



Kunsten at dø godt

John Wyatts bog "Dying well – Dying Faithfully" er et markant indlæg i kampen imod aktiv dødshjælp. Der er meget at hente for både den døende, den pårørende og den sundhedsprofessionelle.

Af Ellen Kappelgaard



Som det fremgår af bogens titel, handler den om, hvordan det kan lade sig gøre at dø på en god måde, hvordan døden kan være forberedt og ske så godt som muligt.

For mig er det første gang, jeg ser en bog, der kommer så grundigt rundt om temaet og dets mange aspekter, og alene af den grund er det en vigtig bog. De danske bøger, der findes om døden, er fortørnivst beretninger i forhold til tanker om døden og fra oplevede dødslejer. Når man søger på emnet, tyder noget på, at de i England er noget længere fremme, såvel med litteratur om døden som med oplæg på YouTube med råd og vejledning til at få en god død.

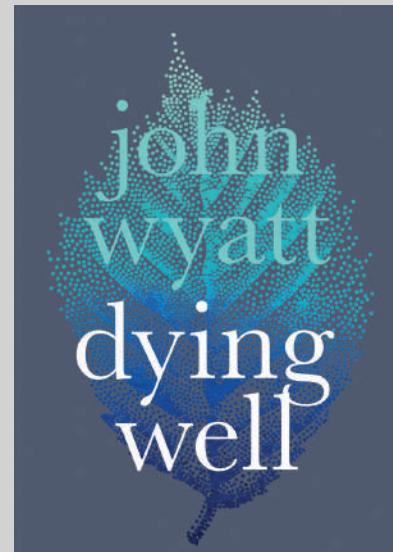
Baggrunden for bogen er ikke mindst forfatterens årelange kamp imod legalisering af aktiv dødshjælp. Som indledning refereres avisoverskrifter fra Nelson Mandelas dødsleje. Mandela lå som 94-årig på hospital med alvorlig sygdom. Tilsyneladende blev han behandlet meget intensivt, og forløbet blev beskrevet med sætningen, "at han var ved at tage den sidste kamp". Desmond Tutu var vidne til dramaet omkring den 94-årige og konkluderede efterfølgende, at der havde været brug for aktiv dødshjælp for at undgå det lange forløb – den lange strid.

Forfatteren bruger denne hændelse som afsæt til at beskrive, hvordan mennesker i en sådan situation har lov til at sige fra til mere behandling og dermed få en god død.

Syv udfordringer for døende

Hovedparten af bogen disponeres ud fra det middel-

alderlige kirkelige begreb "ars moriendi" – kunsten af dø. John Wyatt tager afsæt i fem udfordringer for den døende: tvivl, håbløshed, utålmodighed, stolthed og grådighed, som alle aktualiseres. Bl.a. bemærker jeg, at begrebet "grådighed" hos en håbløst syg udlægges som vores umættelige behov for at opleve mere, tjene



John Wyatt
Dying well

SPCK Publishing 2018
Paperback 176 sider
Ca. 120 kr.

Fås bl.a. hos
saxo.com og imusic.dk



mere, ønske mere behandling i stedet for at "give slip" når døden nærmer sig.

I tillæg til de fem udfordringer kendt fra middelalderen supplerer John Wyatt med to mere nutidige udfordringer: fornægtelse i forhold til døden samt selvhjulpenhed og en urealistisk indstilling til at leve og klare sig uafhængigt af andre.

I bogen findes også et meget udførligt afsnit om kommunikation mellem alle parter i den sidste tid inden døden. John Wyatt påpeger i den sammenhæng også vigtigheden af at få talt om behandlingen i den sidste tid, herunder ikke mindst at få talt om, hvordan smertebehandling med morfin kan give god lindring og ikke er det samme som en dødssprojte.

Endelig sættes der i et afsnit meget konkret fokus på, hvordan kristne har fået et sikkert og standhaftigt håb i Jesus Kristus og hans opstandelse, og hvordan det skal forstås.

Nej tak med god samvittighed

Bagi bogen findes flere bilag. Et af dem er med gode praktiske råd til omsorgspersoner og netværk i forhold til at tage sig af en døende, og et andet er med forslag til bønner i situationen.

De sidste to afsnit er mere konkrete forslag til, hvordan der kan tages stilling i forhold til det, vi i Danmark kalder livsforlængende behandling hos døende, f.eks. om der skal foretages genoplivning, hvis der kommer hjertestop. Der er også konkrete forslag til, hvordan en

kristen kan skrive sine ønsker ned for at undgå unødig behandling og dermed unødig lidelse.

For mig har bogen givet et meget tydeligt signal om vigtigheden af at kunne rådgive mennesker i livets sidste fase med henblik på at sige nej tak til mere behandling og have god samvittighed ved dette "nej tak". Når pårørende ikke sjældent siger, at forløbet har været trukket alt for langt ud for den afdøde, kan det somme tider være noget, man først har kunnet se i bakspejlet. Men det kan også være rigtigt og skyldes, at hverken behandler eller den syge eller de pårørende har haft mod til at ophøre med behandlingen, selv om det kunne have været relevant.

John Wyatts erfaring er, at ikke mindst kristne kan være usikre på, om de kan sige nej tak til behandlingen, hvis nu Gud vil gøre et under. Til det siger han, at Gud jo ikke er afhængig af behandling for at gøre undere, så derfor kan også kristne med god samvittighed sige nej tak til udsigtsløs behandling.

Almenmenneskeligt indhold

Bogen er meget læseværdig og giver god rådgivning til alle parter i forhold til en god død.

I forordet skrives, at bogen har et alment menneskeligt indhold og derfor er relevant for alle, ikke blot for kristne, og det er for så vidt også rigtigt. Dog tror jeg, at ikketroende i flere afsnit kan føle det noget fremmed, fordi hele bogen er baseret på forfatterens afsæt i kristendommen. Men det kan naturligvis komme an på en prøve.

Hæftet om barnløshed kan læses online

Sidste år udgav Kristelig Lægeforening hæftet "Barnløshed? Vejledning til kristne par, der overvejer IVF-behandling" i samarbejde med en række andre organisationer. Der er tale om en oversættelse af den lille britiske bog "Facing Infertility: Guidance for Christian Couples Considering IVF", som er udgivet af netværket Christian Medical Fellowship i 2014. Hæftet er på 48 sider, og det er oversat og bearbejdet til danske forhold af læge Lilia Lautrup-Meiner og hendes mand, Nicklas. Udgivelsen er støttet økonomisk af Kristent Ressource Center.

Hæftet er nu tilgængelig i en online-version. Det er dog fortsat muligt gratis at bestille fysiske eksemplarer af hæftet, som er på 48 sider.

Læs hæftet og se, hvordan man bestiller fysiske eksemplarer på dkklf.dk



Vejledning til kristne par,
der overvejer IVF-behandling



Midt i det hele var Gud altid trofast og god

Mange i Kristelig Lægeforening kender ham og hans familie, som siden 2009 har arbejdet i et land med primitive sundhedsforhold for nomadefolkene og forfølgelse af de lokale kristne. I foråret 2019 var det tid til at afslutte en spændende og meningsfuld epoke af deres liv i Asien.

Af "Tom"

Det er snart ti år siden, at vi som familie rykkede teltpælene op og flyttede til et bjerggrigt område af Asien for at realisere den drøm og det kald, som Gud havde lagt på vores hjerter. En drøm om at bruge vores professionelle virke som læge og sygeplejerske til at bringe håb og lægedom for syge og fattige nomader.

Nu er det så blevet tid til at afslutte denne spændende og meningsfulde epoke af vores liv, og i marts måned i år flyttede vi tilbage til Danmark. Det var på mange måder vemodigt at forlade et land og et folk, som vi holder meget af, og som har været vores hjem i så mange år. Samtidig føles det også som den helt rette timing. Dels af hensyn til vores tre drenges videre skolegang og dels pga. landets politiske situation, som gør det tiltagende svært for udlændinge at bo og arbejde dér.

Vanskelige arbejdsbetingelser

I den provins, hvor vi boede, var der mange etniske nomader, som fortsat lever på primitiv vis, hvor de i sommerhalvåret flytter fra græsgang til græsgang med deres nomadetelte og yakokser. Disse nomader har typisk meget langt til lægehjælp, og de lokale sundhedsforhold er rigtig dårlige.

Samtidig er det et land, hvor der er stærkt begrænset religiøs frihed, og hvor de kristne ofte forfølges. Myndighederne har også et stort fokus på de udlændinge, som bor i landet, da de er meget på vagt over for nogen form for religiøs eller politisk indflydelse ude fra. Vi var derfor altid bevidste om, at vores sociale medier, telefoner og e-mails med stor sandsynlighed blev monitoreret. Vi oplevede også flere gange, at vores udenlandske venner eller kollegaer fik besked af politiet om, at skulle forlade landet med kort varsel.

For eksempel blev min amerikanske lægekollega i oktober måned sidste år pludseligt hentet af 12 politifolk, mens han var på arbejde i vores fælles klinik på hospitalet. Hans hjem blev ransaget, og han blev afhørt i flere

timer, inden han fik besked om, at han og hans familie skulle forlade landet inden for få dage. Politiet havde nemlig fundet ud af, at han var støttet af en kristen organisation, og de mente derfor ikke, at hans motiv for at være der stemte overens med landets interesse.

Det krævede således stor visdom og mod at leve og arbejde i et land med disse præmisser, som i øvrigt er blevet tiltagende markante indenfor de sidste par år. På den ene side skulle vi for eksempel altid vægte vores ord og være påpasselige med, hvem vi mødtes med, da det for eksempel kunne være risikabelt at have for meget at gøre med de lokale kristne. På den anden side var det jo netop vores klare formål at være tydelige lys og salt for vores kollegaer og patienter. Det var således altid en hårfin balance, som vi langt fra altid lykkedes i. Men vi må vælge at have tillid til, at Gud kan gøre mægtige ting i menneskers liv, også på trods af vores magtesløshed og begrænsede muligheder.

Det er af hensyn til mit ønske om engang at kunne komme tilbage til dette land, at jeg i denne artikel bevidst ikke nævner hverken landets navn eller mit rigtige navn. Begge dele er naturligvis kendt af redaktionen, og på jeres årsmøde kan jeg fortælle meget mere åbent.

Arbejdet på hospitalet

På hospitalet drev jeg en klinik, hvor jeg så en bred variation af patienter og sygdomme. Ud over arbejdet i klinikken havde jeg også fokus på at opgradere hospitalets behandling af diabetes. Dels gennem "bed-side"-undervisning af de lokale kollegaer under stuegang og dels gennem formel undervisning. Som en naturlig konsekvens af at være et land med stor økonomisk vækst og en tiltagende vestlig livsstil, var type 2-diabetes nemlig et tiltagende stort problem. Den største udfordring ved dette arbejde var naturligvis, at stort set al kommunikation, inklusiv undervisningen,



foregik på det lokale sprog, som er utrolig vanskeligt. Men med tiden gik det nu ganske fint.

Simpel telemedicin

I min klinik havde jeg en del patienter med sygdomme, som krævede behandling og opfølgning over længere tid, for eksempel patienter med epilepsi, reumatologiske sygdomme, diabetes, tuberkulose og leverbetændelse. Det var en stor udfordring at varetage deres medicinske behandling, fordi de ofte ikke kom tilbage til de nødvendige opfølgninger, dels på grund af de høje bjerger, som giver en lang og besværlig transport, og dels fordi mange af dem var fattige og ikke havde råd til hyppige ambulante besøg, som de selv skulle betale. Jeg havde derfor flere patienter, som jeg i stedet fulgte via simpel telemedicin. Det betød, at de fik taget deres regelmæssige blodprøvekontroller på deres lokale hospital langt ude i bjergene og efterfølgende sendte de mig så en SMS med et billede af blodprøvesvarene. På den måde kunne jeg følge deres behandling og justere deres medicinering, og de kunne således modtage behandling for deres kroniske sygdomme trods fattigdom og lange afstande.

Problemet med denne telemedicinske behandling var dog, at jeg indimellem havnede i nogle nærmest umulige situationer, hvor disse patienter pludselig blev alvorligt syge, enten på grund af forværring af deres grundsygdom eller på grund af bivirkninger til deres medicin. Nogle af dem havde op til 12 timers rejsetid til hospitalet og var fattige, og det var derfor nogle gange utrolig svært at give en god vejledning og behandling via SMS og telefonopkald samt vurdere, hvornår transporten til hospitalet ville være bydende nødvendig.

Disse situationer gav mig indimellem nogle søvnlose nætter, hvor jeg ofte var i intens bøn og helt afhængig af Guds indgraben og hjælp. Der er heldigvis flest gode historier om, hvordan disse situationer endte godt. Indimellem var der dog også triste historier og til tider tunge byrder at bære. Men midt i det hele var Gud altid trofast og god.



Min kones arbejde på børnehjemmet

Min kone arbejdede som sygeplejerske på et børnehjem med 100 børn, hvoraf ca. 90 procent led af alvorlige sygdomme eller handikaps. Mange af børnene havde spastiske pareser.

Hun havde to fokusområder for sit arbejde dér. Det ene var at optimere ernæringen, da mange af børnene var underernærede, dels pga. forkert kost og dels pga. synke problemer. Derfor hjalp hun både med at lave nye opskrifter til køkkenet og med at implementere sondebehandling af nogle af børnene.

Hendes andet fokusområde var at undervise personalet i sunde pædagogiske principper om det at vise kærlighed og omsorg til børnene. Det skete ud fra et supergodt norsk koncept ved navn "International Children Development Program", som anvendes i 44 lande.

Tilbageblik med en stor taknemlighed

Det har været et kæmpe privilegium at være læge og sygeplejerske for de syge og forældreløse patienter og børn, som vi så på såvel hospitalet som på børnehjemmet, og på den måde være med til at bringe lægedom og håb ind i nogle barske situationer. Vores tid i Asien har frem for alt lært os, at vores himmelske FAR er ufatteligt stor, god og trofast – og at det er fantastisk godt at kende Ham og at følge Hans kald.

Vi er helt utrolig taknemlige for Kristelig Lægeforenings trofaste støtte og opbakning til vores arbejde gennem årene. Tusind, tusind tak for det.

Aktuelt er vi på en tre-måneders orlov, hvor vi har tid til at reflektere, bearbejde og sætte os nye mål. Til august vil vi bosætte os i Herning, og jeg skal arbejde som praktiserende læge i Lemvig. Det er vores håb engang at vende tilbage til arbejdet i Asien, når vores tre drenge er gamle nok til at klare sig selv.

Kærlige hilsner
Tom



Livet bliver sat i perspektiv

En rejse til det centralafrikanske land Tchad, som var tænkt som et volontørophold hos det dansk-amerikanske missionærpar Gry Andersen og James Appel, henholdsvis sygeplejerske og læge, gik ikke som planlagt. Alligevel tænker Sophie og hendes mand Michael tilbage på turen med taknemmelighed.



Af Sophie Gammelgaard Knudsen

I sommeren 2018 fik min mand, Michael, og jeg muligheden for at rejse til Tchad i en måned og se James og Grys arbejde. En tur der blev noget anderledes end forventet! Inden bestilling af flybilletter havde vi læst en del om sikkerheden i landet. Ikke just opmuntrende læsning, men efter korrespondance med Gry blev vi trygge nok til at tage af sted.

Efter en rejse på knap et døgn lander vi i hovedstaden, N'Djamena, kl. 3 om natten. Vi er trætte og spændte. I lufthavnen tager jeg et par billeder af terminalen. Det får en mand til at henvende sig til os og sige noget med "no photo". Inden jeg får set mig om, står han med min mobil i sine hænder, og kort tid efter er den landet i hans lomme. Jeg har tidligere været volontør i Tanzania og ved, at man tillader sig meget for at få penge, så jeg er ret sikker på, at det er, hvad det handler om.

Situationen bliver besværliggjort af, at manden taler en blanding af fransk og engelsk, og at vi kun taler engelsk. Hjertet sidder i halsen. Jeg forklarer Michael min opfattelse af situationen og siger, at han ikke må finde sin pung frem og signalere, at der er penge på vej. Efter et forslag fra os om, at vi skal snakke med passkontrollen om problemet, samt desperate bønner til Gud om at hjælpe os, får jeg heldigvis mobilen tilbage, mod at jeg sletter billederne. Velkommen til Tchad! Senere fandt vi ud af, at man faktisk skal have en tilladelse for at tage billeder i offentligheden, men på trods af dette ses mange lokale tage billeder med deres mobil uden problemer.

Blev til opmuntring for missionærerne

Vi besøgte to forskellige hospitaler, Hopital de Guine Bor II i hovedstaden og Bere Adventist Hospital i det sydvestlige Tchad. Michael er ikke sundhedsfaglig og forsøgte at hjælpe med praktiske ting, hvilket der var stort behov for! Jeg havde på daværende tidspunkt afsluttet 10. semester. Generelt var jeg udfordret af sprogbarrieren, så jeg klarede mig med fagter og små franske ord (læs: latinske ord utalt med fransk accent) og ved at hægte mig på nogen, som kunne oversætte for mig. Oftest var jeg på egen hånd og forsøgte at være der, hvor jeg kunne bidrage med at lave objektiv undersøgelse, men ud over det, var det svært for mig at hjælpe.

Jeg så dog mange forskellige sygdomme, som man sjældent ser i Danmark. Det var for eksempel malaria, underernæring, børn med forbrændinger, dybe inficerede sår, åbne maver efter tarmperforation og patienter med svær ascitis. Generelt blev der taget meget få blodprøver, og oftest var det hurtig-tests for en specifik infektion. Behandlingen blev derfor ofte efter principippet "det vi tror, du fejler". Jeg var meget imponeret over personalets evne til at lægge venflon på små børn – endda i mørke med pandelampe! Samtidigt var det hårdt at opleve, at en del af personalet virkede ligeglade med deres patienter.

En af de ting, vi erfarede med vores rejse, er, at tingene ikke altid går som planlagt. Det, tror jeg, er sundt for os i Danmark at opleve, da vi ofte problemfrit kan følge den planlagte kalender og derfor kan have svært ved



at håndtere forandringer. For eksempel endte vi med at besøge Hopital de Guine Bor II, fordi James og Gry var forsinkede på deres hjemrejse fra USA. Vi troede, vi skulle til Abougoudam i det østlige Tchad, hvor James og Gry har etableret et lille hospital, men i stedet endte vi i Bere, hvor fire dages planlagt ophold blev til to uger. Ændringerne gjorde blandt andet, at vi mødte mennesker fra mange forskellige lande, der tog imod os på en fantastisk måde. Desuden oplevede vi, at vores roller blev anderledes, end vi havde troet: at vi, udover at kunne hjælpe lidt til, hvilket egentlig var vores primære fokus, blev en opmuntring til dem, som har valgt at bosætte sig i Tchad i en længere periode.

Inspiration til specialeemne

Livet bliver sat i perspektiv, når man rejser til et land, der er så anderledes, og det trængte jeg til at blive mindet om. Blandt andet har vi mange muligheder i forhold til uddannelse, og det endda uden at skulle betale og med "løn" undervejs. Vores sundhedssystem er et af de bedste i verden, og så er det gratis! Hjemme kommer vi ofte til at gå op i og bruge penge på ligegyldige ting – i stedet burde vi række ud til dem, der ikke har de samme muligheder.

Netop det at se ud over vores egne behov (foruden input fra James) gav mig inspiration til at skrive specialeopgave på 12. semester om symfysiotomi. Det er en obstetrisk procedure, hvor man helt eller delvis gennemskærer symfysis pubis for at udvide den benede fødselsvej. Meget tyder på, at det er et relevant alternativ til kejsersnit i lande, hvor adgang til sundheds-



Alt-i-et-rum
i Bere: Præ-op,
opvågning,
steril pakning,
konsultation.

ydelser er begrænsede. Her føder kvinderne oftest uden for hospitalet, og hvis de dukker op, kommer de først efter langvarig fødsel, og når komplikationerne er opstået. Et tidligere kejsersnit vil derfor øge risikoen for uterusruptur efterfølgende og kan føre til øget perinatal og maternel mortalitet. Desværre har symfysiotomi fået et rygte som en barbarisk og invaliderende procedure, hvilket nok er opstået på baggrund af forkert anvendt teknik og indikationer. Når det anvendes under de rigtig forhold, er de maternelle komplikationer på samme niveau som kejsersnit.

Vi er meget taknemmelige for, at vi fik muligheden for at rejse, og i den forbindelse vil vi også sige tak for KLF's økonomiske støtte til turen. På trosfronten oplevede vi en større afhængighed af Gud. I Danmark er der så meget, vi tager for givet og ikke bekymrer os om. I Tchad oplevede vi helt konkret, at Gud sørgede for os. Han gav os mad, da vi manglede, og alle de steder vi kom, havde han sørget for mennesker til at tage imod os. Og så greb han også ind, da vi stod over for manden med "no photo" i lufthavnen.



Volontører og missionærer i Bere på det tidspunkt, vi var der. Fra venstre: Sunam (indisk amerikaner), Patricia (camerounianer), mig, Michael, Sarah (amerikaner), Gabriel (brasiliansk født franskmand), James Appel. Ikke på billedet: Joshua (Zimbabwe-født Namibier) og Diana (mexicaner).



En stærkt inspirerende studenterkongres

For fire danske medicinstuderende gjorde det et stort indtryk på ICMDA-verdenskongressen i Indien at mærke fællesskabet med kristne ligesindede fra hele verden.



Af Nathalie Kure, Julie Birkmose Axelsen og Heidi Andersen

I august 2018 var vi en god flok danske læger og medicinstuderende fra Kristelig lægeforening, som befandt os i Hyderabad i Indien. Det skyldtes, at ICMDA (The International Christian Medical and Dental Association) afholdt verdenskongres for verdens kristne læger, tandlæger og studerende. Her var vi samlet mere end 800 mennesker fra mere end 80 lande. En ret unik forsamling og et fællesskab, som vidner om noget større, hvis man spørger os fire danske medicinstuderende, som også var med.

Turen til Indien gav også mulighed for, at nogle af os kunne rejse rundt inden kongressen og opleve noget af landet. Indien har meget forskelligt at byde på. Fra kæmpe millionbyer med travlhed og vækst til gamle byer fyldt med historie. Religion er tydeligt i gadebilledet på en helt anden måde, end vi ser i Danmark, med farverige templer og statuer snart på hvert gadehjørne. Om morgenens bugnede markederne af orange blomster, som folk gladeligt købte som gave til guderne. Vi fik også mulighed for at se nogle "must see"-seværdigheder i Indien som Taj Mahal, Agra Fort, India Gate og Lotus-templet.

Et par dage før hovedkongressen var der "Student and

Jr Graduates Congress", som var særligt for de studerende og yngre læger. Her var både bibelundervisning, snak ved bordene og festlige indslag fra de forskellige lande lige fra solosang og pardans til festlig dans med afrikansk præg. Sjældent får man lov til at opleve så mange vidt forskellige kulturer på ét og samme sted, møde mennesker fra en helt anden verdensdel, som laver nogenlunde det samme som en selv, opleve forskelligheder både fagligt og kulturelt, og så få lov til at opleve, hvordan troen på Jesus som vores frelser får lov til at binde os sammen på en helt særlig måde. Det var virkelig noget, der gjorde indtryk, at vi er fælles i troen, og hvordan vi har brødre og søstre på tværs af lande og kulturer!

Studenterkongres med god beværtning

Udenfor kom temperaturen let over de 30 grader, og solen brændte kraftigt, men indenfor køрte aircondition med sådan en kraft, at man ikke kunne andet end at småfryse. Hvilket nok var et tegn på indernes store ønske om, at vi skulle føle os så tilpas som muligt – men efter et par forespørgsler blev det lige et par grader varmere. Med det samme, man trådte ind i det store konferencerum, så man, at man i hvert fald ikke var i Danmark til en dansk konference. De prangende farver,



Fotos: icmda.net

de stofbeklædte stole med kæmpe sløjfer og folk i fine festklæder. Inderne havde formået at gøre kongressen til deres.

Der var en stor gruppe indiske medicinstuderende, der gjorde et kæmpe stykke arbejde med at holde studenterkongressen i gang, og alligevel blev man hver dag mødt med et stort smil. Hvert måltid var en buffet med et bredt udvalg af forskellige indiske retter – gjort ikke alt for stærke, så selv vores sarte maver kunne holde til det. Særligt under den store festmiddag fik kokkene lov til at vise deres evner, når de stod på rad og række med deres flotte kokkehuer for at servere maden for os, mens man gik fra bord til bord i den store hal.

Ufrivillig attraktion

Traditionen tro inviterede de danske læger os studerende ud på restaurant den sidste aften, hvor vi fik mulighed for at dyrke vores danske fællesskab. Vi fik endnu engang serveret indisk mad, denne gang var maden nok ikke justeret efter ikke-indiske gæster som på kongressen, hvilket gav mulighed for at få lov at smage en noget stærkere version.

En lille anekdote fra aftenen vil vi gerne dele. Det viste sig, at det hotel som restauranten hørte til, var vært for et indisk bryllup den aften. Da vi havde stillet os op til at

få taget et fællesbillede, endte det med, at flere gæster fra brylluppet kom hen og stillede sig ved siden af os, som om vi var en anden attraktion, og tog billeder med os. Det morede vi os meget over.

Dyb taknemmelighed

Ikke alle kristne læger og studerende har det lige nemt verden over, og vi fik et unikt indblik i nogle af de kampe, folk står i. Vi mødte fx en lille gruppe kristne studerende fra Ny Guinea. For dem var det ikke let. Bare det at være med til kongressen var for dem en stor velsignelse, som ikke havde været mulig, hvis der ikke havde været økonomisk hjælp fra andre.

På den anden side mødte vi nogle af de kristne læger og studerende, som virkelig har et brændende ønske om at hjælpe vores kristne brødre og søstre rundt omkring i verden, der ikke har de samme vilkår. De var så inspirerende at høre på, at hvis man bare sad med den mindste smule interesse for internationalt arbejde, kunne man ikke andet end blive grebet af deres entusiasme og iver for at få lov til at gøre bare den mindste forskel for andre.

Alt i alt gav det også en dyb taknemmelighed for vores liv, de muligheder og ikke mindst frihed, vi har, når vi bor i et land som Danmark.



Hospitalsudstyr til Montenegro

På initiativ af en årvågen sygeplejerske har Kristelig Lægeforening ved hjælp af puljemidler fra Genbrug til Syd formidlet brugt udstyr til et hospital i Montenegro i det tidlige Jugoslavien.

Af Anne Bodilsen



Tilbage i 2017 blev jeg kontaktet af Birgitte Rasmussen. Birgitte er sygeplejerske og havde været på ferie i Montenegro. Her havde hun mødt montenegrinere, der arbejdede i sundhedsvæsnet, og hun havde været med på besøg på et hospital i den lille by Risan ved Kotorbugten (se billede på bagsiden, red.), hvor hun havde set, at behovet for opdateret udstyr var stort.

Birgitte overvejede forskellige muligheder for, hvordan hun bedst kunne hjælpe. Hun viste, at der hjemme i Danmark var en organisation, der hed Genbrug til Syd – men at de kun formidlede transport af udstyr gennem organisationer. Birgitte kontaktede venner, som kontaktede andre venner, og en dag landede der i min inbox en mail om, hvorvidt jeg måske som formand for KLF kunne være med til at formidle donationen af en container med hospitalsudstyr til Montenegro. Det ville jeg naturligvis gerne og synes, det var et godt formål for foreningen at støtte. Jeg forestillede mig, at det krævede en ansøgning, et par underskrifter, og så ville der få måneder senere trille en lastbil hen til hospitalet. Det viste sig at det krævede en lille smule mere.

Genbrug til Syd finansieres af Udenrigsministeriet og yder økonomisk støtte til forsendelser af doneret, brugt udstyr til udviklingslandene. Jeg sendte derfor i samarbejde med en kirkelig organisation i Montenegro en ansøgning og fik bevilget en container med hospitalsudstyr, et besøg på hospitalet ved en konsulent til vurdering af behov samt transporten af udstyret.

Så startede en længere proces med at skaffe alle mulige

og umulige dokumenter fra de montenegrinske myndigheder, for at transporten kunne forløbe så nemt og gnidningsfrit som muligt. Dokumentprocessen var på ingen måde gnidningsfri, og jeg nåede mere end en gang at overveje, om den container mon nogensinde kom afsted.

Men det gjorde den heldigvis! Og en oktoberdag i 2018 trillede en lastbil ind i den lille by Risan lige ud til Adriaterhavet og aflæssede genoptrænings- og intensivudstyr. Tilfældet ville, at jeg ugen efter var på ferie i Montenegro og derfor naturligvis straks skrev og spurgte, om det mon var muligt at komme forbi og besøge hospitalet. Det var en fornøjelse at møde de begejstrede og taknemmelige ansatte, som dagligt arbejder for at bedre forholdene for patienterne, men som havde så uendelig lidt og så gammelt udstyr.

Hospitalet er et af de større i Montenegro og rent, pænt og velholdt, men helt utrolig gammeldags. Det var godt at se, at hospitalet tilsyneladende drives på rigtig fornuftig vis, og at den begrænsende faktor i forhold til at yde mere og bedre hjælp til patienterne var en økonomisk begrænsning. Hospitalet er et af det største inden for rehabilitering i Montenegro, men udstyret var nedslidt og defekt i mange tilfælde og personalet havde slet ikke mulighed for at yde den genoptræning, som de gerne ville. Det var derfor en glæde og opmuntring at høre dem fortælle om, hvordan de nu efter ankomsten at nyt udstyr så store muligheder for at øge kvaliteten af genoptræningen og at tilbyde det til flere.



Refleksioner over forgængelighed

Af Ruben Lorentsen



Under buskene og i plænen er regnormene i gang med at bytte sidste års nedfaldne blade ud med ny muld. Liv afløser død. Hele økosystemer i dybhavet modtager kun næring i form af nedsynkende, henrådnende hvalkadavere. Hele denne cyklus hvor det nye fremstår på bekostning af det gamle og det tidligere, omgiver os. Den er så normal, at en af Disneys største hitsange i romantiske venderinger omtaler den som smuk og uomgængelig, imens giraffer, zebraer, gnuer, elefanter og antiloper hylder den nyfødte konge af Savannens fødekæde.

Selvom dybhavets mysterier kan se smukke ud på skærmen, er det anderledes, når det går fra dybhavet til én selv eller ens nærmeste. En dag har fysikken toppet, og det næste, der står for tur, er visdommen. Telomerer afkortes, oxidativt stress sætter sig spor, ophobning af arvæv får fysiologisk betydning, og akkumulering af mutationer begynder en autonom overtagelse af legeomet. Vores tid er afmålt, og Prædikeren er ikke i tvivl om, at forfaldets virkelighed ikke står mål med romantiske beskrivelser:

"Husk på din skaber i ungdommens dage, før de onde dage kommer, og de år oprinder, om hvilke du siger: 'Dem kan jeg ikke lide!' før solen, lyset, månen og stjernerne formørkes, og skyerne kommer igen efter regnen" (se Prædikerens Bog 12,1-7).

Midt i alt dette kan vi få lov at høre Jesus sige: "Jeg er opstandelsen og livet; den, der tror på mig, skal leve, om han end dør. Og enhver, som lever og tror på mig, skal aldrig i evighed dø. Tror du det?" (Joh 11,25-26).

Vores erfaring med forgængeligheden får os instinktivt til at tvivle. Det er nemmere at se på døden som en del af en smuk cyklus. Men Paulus fortæller os, at på Savannen er der ingen glæde over døden, men

i stedet en længsel efter forløsning (Rom 8, 18-23).

Jesus lader sit spørgsmål følge op ved at opvække en mand, der har udviklet cadaverositas. Alle fysiologiske processer er ophørt, forfaldet har slukket ethvert håb om bedring. Men ved Jesu ord står han sund og rask ud af graven.

Lazarus er ikke iblandt os længere. Døden krævede ham til sidst, som den kræver os alle; for syndens løn er døden (Rom 6,23). Ingen af os undslipper. Det er blevet til en lovmaessighed, som vi må acceptere. På linje med tyngdekraften og termodynamikkens love.

Indtil Jesus brød dødens magt ved som den evige, syndfrie, hellige Gud at lade sig dø under straffen for vores synd, og på tredje dag opstå fra de døde. Da kvinderne kom til graven, for at følge traditionen med at balsamere den døde, var graven tom. Traditionen og lovmaessigheden var brudt. Tilbage stod det himmelske sendebud og sagde "Frygt ikke! Jeg ved, at I søger efter Jesus, den korsfæstede. Han er ikke her; han er opstået, som han har sagt. Kom og se stedet, hvor han lå" (Matt 28,5-6).

At forstå, hvordan legemet fungerer, når forgængeligheden ikke har tag, er ubegribeligt. Er der stadig en Krebs' cyklus og en proteinsyntese? Et galdesystem? Så vant til den hendøende klode er vi, at vi ikke kan forestille os andet.

Men for den, der tror, vil der en dag være et legeme og en jord uden slutdato. Som Aslan i den sidste bog i Narnia-serien kalder børnene ud af "skyggelandene", kalder Jesus os til den virkelighed, som i herlighed overstråler alt hvad vi kan forestille os. Og som enhjørningen i omtalte bog, vil vi til den tid opdage, at vi endelig er kommet til det hjem, vi aldrig har kendt, men altid længtes efter. Hos ham, der selv er Det evige Liv.



Foto: Wikimedia Commons/Diego Delso

Kalender

23.-25. august 2019

Baltic summer Camp for medicinstuderende og unge læger i Litauen
Se Facebook-gruppen "Baltic Christian Medical Students"

27.-29. september 2019

Kristelig Lægeforenings årsmøde på Brandbjerg Højskole
Se program på side 7 samt på dkklf.dk

21.-27. oktober 2019

Sydenham 2 for yngre læger i London (CMF)
Se cmf.org.uk under "Juniors" > "Events"

22.-24. november 2019

Helsemissjonskonferanse i Trondheim
Se nklf.no/kalender

18. januar 2020

Kristelig Lægeforenings vintermøde i København
Steven Sandoval taler, info følger på dkklf.dk og i nyhedsbrevet

26. januar-2. februar

Sydenham International Conference (SYD1) for studerende i London
Se cmf.org.uk/students/sydenham-international-conference-syd1

Marts/april 2020

Kristelig Lægeforenings forårsmøde i Jylland
Info følger på dkklf.dk og i nyhedsbrevet

27.-30. august 2020

Nordisk/baltisk kongres den i Göteborg (se mere på side 5)
Hold øje med kristnalakare.se under "Nordic Meeting 2020"

September 2020

Kristelig Lægeforenings årsmøde, hovedtaler Morten Magelssen
Mere info følger på dkklf.dk og i nyhedsbrevet

S E R P E N S A E N E U S 2 0 1 9