

# Bekräftad och ifrågasatt:

hur tidigare patienter upplever könsdysforiutredning  
vid Lundströmmottagningen



# Bekräftad och ifrågasatt: hur tidigare patienter upplever könsdysforiutredning vid Lundströmmottagningen

Omslag: Bild som föreställer färgerna i transflaggan.

Foto: Unsplash.

© Lisa Lindén, docent i sociologi. Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap, Göteborgs universitet, 2022

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning av rapporten</b> .....	<b>5</b>
<b>Begreppsdefinitioner</b> .....	<b>6</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>7</b>
Syfte och frågeställningar.....	8
<b>Bakgrund</b> .....	<b>9</b>
Utredning om könsdysfori i Sverige: de nationella kunskapsstöden.....	9
Utredning om könsdysfori vid Lundströmmottagningen .....	10
Mänskliga rättigheter i Västra Götalandsregionen och för transpersoner.....	10
<b>Teoretiska utgångspunkter</b> .....	<b>13</b>
Transpersoners erfarenheter och upplevelser i fokus .....	13
Könsnormer, makt och cisnormativitet.....	13
Diagnosticering för könsdysfori som en social process.....	15
<b>Tidigare forskning och rapporter</b> .....	<b>17</b>
Vårdsökandes erfarenheter av könsdysforiutredning och av den könsbekräftande vården i Sverige .....	17
Väntan och upplevelser av bemötande och psykosocialt stöd under utredningen .....	17
Normativa föreställningar om, och förväntningar på, kön.....	18
<b>Internationell forskning om transpersoners erfarenheter av den könsbekräftande vården</b> ...	<b>20</b>
Transpersoners perspektiv på, och erfarenheter av, diagnosticeringsprocessen.....	20
Könsdysfori-mottagningar som grindvakter.....	20
Erfarenheter av att vänta på könsbekräftande behandling.....	21
Studier om unga transpersoners erfarenheter av den könsbekräftande vården.....	22
<b>Studiens genomförande</b> .....	<b>23</b>
Semistrukturerade intervjuer med tidigare patienter från Lundströmmottagningen .....	23
Urval och kontakt med intervjupersoner .....	24
Analys av intervjumaterialet .....	25
Forskningspersonsinformation och datasäkerhet.....	25
<b>Resultat</b> .....	<b>27</b>
<b>Väntan inför, under och efter utredningen som psykiskt påfrestande och oviss</b> .....	<b>27</b>
Väntan inför utredningen: livet sätts på paus.....	27
Väntan under utredningen: brist på information och att ”hållas i väntan” .....	29
Väntan efter utredningen: en lång och oviss väntan på könsbekräftande behandling .....	32
Sammanfattning av kapitlet.....	32
<b>Bemötandet från mottagningen, utredningens syfte och de olika utredningsmomenten</b> ....	<b>33</b>
Att söka sig till mottagningen: förväntansfullhet och oro .....	33
Bemötandet från utredningsteamet: skilda upplevelser av tillit och otrygghet .....	34
Upplevelser av personlighetstester och andra verktyg under utredningen.....	41
Närståendemötet och andra erfarenheter av att ha med närstående under utredningen .....	45
Sammanfattning av kapitlet.....	48

<b>Utredningsteamets dubbla roller och svårigheten i att ta emot stöd från utredningsteamet .....</b>	<b>49</b>
Upplevelser av stöd från mottagningen.....	49
Att delta i stödgrupper: upplevelser av att inte passa in .....	52
Önskan om mer praktiskt stöd .....	54
Sammanfattning av kapitlet.....	55
<b>Att få en könsdysfori-diagnos .....</b>	<b>56</b>
En stor glädje och lättnad efter en lång väntan .....	56
Att redan veta att man är trans eller att få diagnosen som en bekräftelse .....	57
Sammanfattning av kapitlet.....	59
<b>Normer och förväntningar kring kön och sexualitet under utredningen .....</b>	<b>60</b>
Att navigera strategiska positioner kring kläder och andra kroppsattribut.....	60
Motsägelsefulla könsnormer .....	62
Linjärt kön och exemplet beslut om könsbekräftande behandling .....	65
Att få frågor om sex och sexualitet: relevant eller inte? .....	68
Önskan om att få prata om att orientera sig i hur man ska ”göra kön” .....	72
Sammanfattning av kapitlet.....	75
<b>Erfarenheter av könsbekräftande behandling och hur utredningen och behandlingen förändrat livet idag .....</b>	<b>76</b>
Hur utredningen har påverkat livet idag.....	76
Hur den könsbekräftande behandlingen hjälpt: mindre könsdysfori, men ”att passera” som en villkorad erfarenhet .....	77
Sammanfattning av kapitlet.....	80
<b>Rapportens slutsatser .....</b>	<b>82</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>85</b>

# Sammanfattning av rapporten

Den här rapporten baseras på en intervjustudie om tidigare patienters erfarenheter av könsdysforiutredning vid Lundströmmottagningen i Västra Götalandsregionen, samt hur de upplever att utredningen och den könsbekräftande vården har påverkat deras nuvarande livssituation. På basis av det som kommit fram i intervjuerna redogör rapporten för hur Västra Götalandsregionen kan stärka sitt arbete med att uppfylla de mänskliga rättigheterna.

Rapporten belyser att väntan inför och under utredningen är psykiskt påfrestande och att ovissheten är svår. Den lyfter vårdsökandes behov av mer praktiskt stöd under processen och en ojämn vårdsituation till följd av långa väntetider och olikheter mellan vårdsökande vad gäller om de fått sådant stöd. Den betonar att det här medför en bristande tillgång, och informationsmässig tillgänglighet, av könsbekräftande vård för berörda patienter.

Deltagarna hade skilda erfarenheter av bemötandet från utredningsteamet. Medan vissa upplevde det som inkännande och tillmötesgående, var det andra som hade känt sig ifrågasatta och som att delar av utredningen inte var av relevans. Deltagarna betonade vikten av transparens kring syftet med utredningen. Rapporten visar också att till följd av utredningsteamets ”dubbla roller” som både utredare och stöd vågar många inte ta emot psykosocialt stöd. Det här gör att utredningen, vad gäller vårdsökandes möjlighet att ta emot den vård och det stöd som erbjuds, skiljer sig åt mellan vårdsökande. I relation till rätten till bästa möjliga hälsa, och tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster som möjliggör detsamma, skapar det här en ojämn vård. Rapporten bekräftar andra studier som lyft vikten av en separat samtalskontakt, oberoende av utredningen.

Studien pekar mot att den könsbekräftande vårdens förhållningssätt till vårdsökandes könsidentitet och till beslut om könsbekräftande behandling delvis blivit mer öppet och flexibelt, vilket är viktigt i relation till rätten till likabehandling och icke-diskriminering. Samtidigt visar den på en spänning mellan förhållningsättet ”könsroller spelar inte någon roll” och att fokusera på ”tidiga tecken” på könskonträrt beteende. Dessutom pekar rapporten mot att de med en ickebinär könsidentitet känner sig mer ifrågasatta av den könsbekräftande vården. Rapporten betonar det fortsatta behovet av att arbeta mot begränsande stereotypa könsnormer och för rätten till icke-diskriminering, vad gäller såväl könsidentitet som könsuttryck.

Rapporten lyfter att vårdsökande upplever det som att könsbekräftande behandlingar hjälpt dem mot deras könsdysfori, vad gäller både kroppslig dysfori och sociala aspekter. Samtidigt visar den på en skillnad mellan de vårdsökande som idag ”passerar” och de som inte gör det, vilket visar på behovet av att ytterligare stärka transpersoners rättigheter genom adekvat stöd och behandlingar som minskar risken för utsatthet, trakasserier och diskriminering. Dessutom lyfter rapporten att många tidigare patienter hade velat få prata mer om livet efter könsbekräftande behandling under utredningen, i termer av inte bara kroppsliga förändringar utan också i relation till att orientera sig i vardagen, i sexuella relationer och i relation till samhällsliga normer om kön och sexualitet.

# Begreppsdefinitioner

Vissa begrepp är viktiga att ha vetskap om när man läser denna rapport så därför redogörs dem för här. Begreppsdefinitionerna har skapats med hjälp av källorna Linander et al. (2018) och [Transformering.se](https://www.transformering.se) (2022).

**Binär könsidentitet:** att identifiera sig som kvinna eller man

**Cisperson:** används för att beskriva personer som identifierar sig med det kön de tillskrevs vid födelsen

**Genderfluid:** används för att beskriva en flytande könsidentitet, eller att ens könsidentitet varierar

**Ickebinär:** personer som inte identifierar sig som kvinna eller man

**Juridiskt kön:** det kön som står i folkbokföringen och som syns i svenska personnummer, där den näst sista siffran är jämn för personer som har det juridiska könet kvinna och ojämn för dem som har det juridiska könet man

**Könsbekräftande behandling:** samlingsbegrepp för olika sätt att ändra på kroppen så att den stämmer mer överens med könsidentiteten, såsom hormonbehandling, olika typer av kirurgi och permanent hårborttagning

**Könsidentitet:** det kön man känner, eller identifierar, sig som

**Könsdysfori:** medicinsk diagnos som fokuserar en uttalad upplevelse av att könsidentiteten inte stämmer överens med det kön som man tillskrivits vid födseln, samt det psykiska lidande detta medför

**Könsinkongruens:** en uttalad upplevelse av att könsidentitet och tilldelat kön inte stämmer överens

**Könsuttryck:** hur man uttrycker sitt kön med hjälp av till exempel kläder, röstläge, hår på huvudet, hår i ansiktet, hår på kroppen eller smink

**Transperson:** paraplybegrepp som syftar till att rymma den mångfald av identiteter, grupper och personer som på olika sätt identifierar sig med begreppet trans

**Transsexualism:** medicinsk diagnos, ett begrepp som för vissa är ett övergångsstadium tills man har förändrat sin kropp och ändrat juridiskt kön

# Inledning

Utredningar för könsdysfori och den könsbekräftande vården har under senare år fått stor uppmärksamhet i Sverige genom flera granskningar och böcker som skapat efterföljande debatt kring den ökning som skett av inte minst unga som söker sig till den könsbekräftande vården. Exempelvis har SVT:s program *Uppdrag Granskning* under perioden 2019–2021 intervjuat och pratat med berörda unga och föräldrar om deras negativa erfarenheter av den könsbekräftande vården. En återkommande kritik som lyfts i den sammanhängande debatten är samtidigt bristen på berättelser och perspektiv från transpersoner som blivit hjälpta av den könsbekräftande vården. Exempelvis skrev *Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter* (RFSL) i maj 2020 att SVT:s granskning av brister i vården för unga transpersoner helt ignorerade ”röster från alla de personer som har fått vård som gjorde deras liv lättare att leva” (RFSL 2020). I en debattartikel i *Läkartidningen* från 2021 trycks det likaledes på att ”[u]nga transpersoners röster kommer alltför sällan fram i debatten”. Utifrån ett pågående forskningsprojekt belyser artikelförfattarna att unga transpersoner ”berättar om långa vänte- och utredningstider och en i flera fall restriktiv hållning från vårdens sida när det gäller könsbekräftande vård” (Linander & Repka 2021).

Denna rapport tar fasta på vikten av att låta transpersoner som genomgått könsdysfori-utredning själva få ge uttryck för hur utredningen och den könsbekräftande vården har fungerat för dem, vad de har upplevt som bra och mindre bra. Rapporten baseras på en intervjustudie om tidigare patienters upplevelser av utredning om könsdysfori vid Lundströmmottagningen, som är Västra Götalandsregionens enhet för personer med könsdysfori. På regionens hemsida står det att Lundströmmottagningen ”genomför utredning, ställer diagnos, skriver remisser till specialister och samverkar med patientens sociala nätverk” (Västra Götalandsregionen 2022a). När patienter avslutar utredningen har de vanligtvis inte någon kontakt med mottagningen. Det finns därför brist på kunskap om de tidigare patienternas upplevelse av utredningen och om hur den påverkat såväl deras livssituation som deras tankar om sin könsidentitet och sitt könsuttryck. Genom 24 intervjuer med tidigare patienter har jag därför undersökt hur tidigare patienter upplevt utredningen och även hur de upplevt den könsbekräftande vården i stort vid regionen. I intervjuerna har jag frågat de tidigare patienterna om aspekter såsom hur de mått under tiden i väntan inför, och under, utredningen, hur de upplevt bemötandet från det utredande teamet och hur de mår och har det idag.

Jag som författar denna rapport är forskare och docent vid institutionen för sociologi och arbetsvetenskap på Göteborgs universitet och har fått i uppdrag av beredningen för mänskliga rättigheter vid Västra Götalandsregionen att undersöka tidigare patienters upplevelser av utredning om könsdysfori vid Lundströmmottagningen. I uppdraget ligger att forskningen ska utgå från FN:s centrala principer för mänskliga rättigheter och att forskningens slutsatser ska relateras till FN:s deklARATIONER och konventioner. Därför redogör jag i rapporten för dessa principer och kopplar mina slutsatser och rekommendationer till relevanta konventioner för de mänskliga rättigheterna.



## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

---

Syftet med denna studie är att erhålla kunskap om tidigare patienters erfarenheter av könsdysforiutredning vid Lundströmmottagningen, samt hur de upplever att utredningen och den könsbekräftande vården har påverkat deras nuvarande livssituation. Särskilt läggs fokus på hur de tidigare patienterna upplevt väntetiden, bemötandet från utredningsteamet och utredningens innehåll, samt eventuella förväntningar på dem relaterade till könsidentitet och könsuttryck. Målet med studien är att bidra med kunskap som gör det möjligt att förbättra den könsbekräftande vården i Västra Götalandsregionen och som kan bidra till regionens arbete med de mänskliga rättigheterna. Därför kommer studiens slutsatser att sättas i relation till FN:s deklARATIONER och konventioner samt Västra Götalandsregionens uppdrag att arbeta utifrån de mänskliga rättigheterna. För att svara mot studiens syfte så utgår jag från följande frågeställningar:

1. Hur ser tidigare patienter på utredningen i efterhand, exempelvis vad gäller väntetid, bemötandet från utredarna och utredningens innehåll? Vad fungerade bra och vad fungerade mindre bra?
2. Vilka förväntningar utifrån kön upplevde de tidigare patienterna att utredande enhet hade, samt hur upplever de att dessa förväntningar påverkade utredningen?
3. Upplever de tidigare patienterna att utredningen påverkades av deras förmåga att passera binärt, det vill säga som man *eller* kvinna? I så fall, hur upplevde de att detta påverkade utredningen?
4. Hur upplever de tidigare patienterna att den könsbekräftande vården har påverkat deras nuvarande livssituation, såsom deras välmående och sociala relationer?



# Bakgrund

## UTREDNING OM KÖNSDYSFORI I SVERIGE: DE NATIONELLA KUNSKAPSSTÖDEN

---

Sedan 2015 finns det ett nationellt kunskapsstöd för utredning och vård för könsdysfori i Sverige, både för vuxna (Socialstyrelsen 2015) och för personer under 18 år (Socialstyrelsen 2022). Dessa är av relevans för denna rapport då de ger en kontext till innehållet och strukturen på Lundströmmottagningens utredningar om könsdysfori. Det gör att jag kan placera Lundströmmottagningens arbete, och mina deltagares intervjuer, i relation till policy-rekommendationerna ifråga. I likhet med hur Lundströmmottagningens utredning är uppbyggd står det i kunskapsstödet att en utredning om könsdysfori bör innefatta både en psykiatrisk och psykologisk utredning, samt en psykosocial utredning. I kunskapsstödet står det också att utredning och behandling av könsdysfori optimalt bedrivs inom ett multidisciplinärt team bestående av psykiater, psykolog, socionom och endokrinolog, samt att teamet bör utvidgas utifrån individens behov till att inkludera även logoped, foniat, hudterapeut, gynekolog eller androlog, sexolog och plastikkirurg (Socialstyrelsen 2015, 2022).

I kunskapsstödet för utredning och vård av vuxna står det att utredningen ska utreda (1) om och i vilken utsträckning patienten lider av könsdysfori; (2) om det finns psykisk ohälsa som måste behandlas; (3) patientens psykosociala förutsättningar att genomgå behandling (Socialstyrelsen 2015: 30). Det redogörs även för att utredningen ska ge möjlighet för den vårdsökande att förutsättningslöst, och utan att känna sig värderad, utforska sin könsidentitet; detta med syftet ”att hjälpa personen att nå större självacceptans och att visa hur personen aktivt kan närma sig nya könsuttryck” (Socialstyrelsen 2015: 31). Det tas vidare upp att ”[d]en psykiatriska och psykologiska utredningens syfte är att diagnostiskt utreda personens könsdysfori” (Socialstyrelsen 2015b: 31) och att ”[s]tandardiserade och normerade tester kan ingå när de bedöms motiverade i det enskilda fallet” (Socialstyrelsen 2015: 32). Dessutom trycks det på att orsaken till att man undersöker eventuell förekomst av psykisk ohälsa är att den kan försvåra den diagnostiska utredningen och behandlingen av könsdysforin. Det står också att psykisk ohälsa, såsom problem med depression och ångest, bland annat kan vara kopplad till ”den utsatthet och diskriminering som personer som avviker från cis- och heteronormen kan uppleva” (Socialstyrelsen 2015: 32). Vad gäller psykosociala förutsättningar betonas det att utredningen innefattar ”psykosociala faktorer, som tillgången till stöd från familj, vänner och övrigt socialt nätverk”. Dessutom tittar man efter ”eventuella sociala problem som skulle kunna utgöra hinder för könskorrigeringen” (Socialstyrelsen 2015: 33).

Delar av det nationella kunskapsstödet för utredning och vård av barn och unga under 18 år är i skrivande stund under revidering. Socialstyrelsen tog emellertid i februari 2022 fram ett dokument med ”en delvis uppdatering av kunskapsstöd”, i väntan på de nya rekommendationerna (Socialstyrelsen 2022). I dokumentet står det att syftet med utredningen är att ”ta ställning till om vårdbehov föreligger och vilka vårdinsatser som är motiverade och lämpliga för den enskilde unge” (Socialstyrelsen 2022: 30). Det betonas att det i utredningen bland annat ingår att göra bedömningar kring om huruvida det finns, vad som benämns som, samtida tillstånd och faktorer att beakta. Här betonas särskilt neuropsykiatriska tillstånd (autismspektrumtillstånd eller adhd/add)

och psykiska tillstånd såsom depression, ångest och självskadebeteende (Socialstyrelsen 2022: 36–39). Det trycks också på att utredningens tid behöver individanpassas, men att den som regel bör pågå över flera års tid samt att den kan förlängas ytterligare vid större grad av osäkerhet i bedömningarna. Det trycks på att vårdnadshavare som regel ska vara med under utredningen. I likhet med kunskapsstödet för vuxna, tas det även upp att psykosocialt stöd ska ges och att detta ”ska möjliggöra för den unge att förutsättningslöst utforska upplevelser, tankar och känslor kopplade till identitet och könsidentitet i ett tryggt och validerande sammanhang” (Socialstyrelsen 2022: 34).

## **UTREDNING OM KÖNSDYSFORI VID LUNDSTRÖMMOTTAGNINGEN**

---

Såsom det nationella kunskapsstödet också uppmuntrar är Lundströmmottagningen uppbyggt utifrån ett multidisciplinärt team. Utredningen är uppdelad i en psykosocial, psykologisk och medicinsk del och den vårdsökande får träffa socionom och psykolog vid ett flertal tillfällen (hur många gånger beror på vilket behov av utredning och samtalsstöd som personen i fråga bedöms ha). Psykiatrikern/läkaren träffar patienten vanligen endast en gång, eller ett fåtal gånger.

Lundströmmottagningen betonar att utredningen görs för att den vårdsökande ska få så bra behandling som möjligt utifrån de behov den har. De skriver:

Du behöver inte ha tänkt klart kring din könsidentitet innan du påbörjar utredningen, det finns utrymme till reflektion och utforskande under kontakten med oss. Du behöver inte heller fullfölja utredningen om du ångrar dig eller om dina behov skulle ändras under processens gång. Utredningen syftar till att kartlägga din könsdysfori och annat som kan påverka en behandling (Västra Götalandsregionen 2022a).

Mottagningen betonar även att en könsdysforiutredning inte alltid mynnar ut i att den vårdsökande får en diagnos, något som kan bero på flera saker. De skriver att det ”[i]bland beror det på att det finns annan problematik som behöver behandlas först”, samt att det ”ibland är det så att patienten själv och/eller utredarna kommer fram till att könsbekräftande behandling inte behövs eller är lämplig” (Västra Götalandsregionen 2022a).

## **MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN OCH FÖR TRANSPERSONER**

---

Västra Götalandsregionens skyldighet att leva upp till de mänskliga rättigheterna är en central bakgrund till den här rapporten. I dokumentet *Mål för social hållbarhet 2030* står det att mänskliga rättigheter och jämlikhet ska vara i centrum för Västra Götalandsregionens arbete, samt att regionen ”är skyldig att respektera, skydda, uppfylla och främja de mänskliga rättigheterna inom sina ansvarsområden” (Västra Götalandsregionen 2021: 8). Som del av regionens mål för social hållbarhet finns bland annat att man ska arbeta för en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård, såsom att identifiera och analysera orättfärdiga skillnader mellan sociala grupper vad gäller behandling och konsekvenser av ohälsa (Västra Götalandsregionen 2021). Det här kan bland annat innefatta arbete för ökad kunskap om hur stereotypa normer bidrar till marginalisering och ohälsa för specifika grupper i samhället. Av relevans för denna rapport ska regionen ”bidra till att kvinnor och män, flickor och pojkar samt ickebinära vuxna och barn ska

ha samma makt att forma samhället och sina egna liv” samt ”främja hbtqi-personers lika rättigheter och möjligheter” (Västra Götalandsregionen 2021: 7).

De mänskliga rättigheter i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är direkt kopplade till Västra Götalandsregionens kärnuppdrag för de mänskliga rättigheterna. Det här innefattar bland annat *rätten till bästa möjliga hälsa*; en rättighet av direkt relevans för denna rapport. Rätten till bästa möjliga hälsa är i konventionen uppdelad i fyra delar. Den första delen fastslår att alla har rätt till en skälig *tillgång* till fungerade hälso- och sjukvårdstjänster. Den andra delen fastslår att hälso- och sjukvård ska vara *tillgänglig* för alla. Den ska dessutom vara så på ett icke-diskriminerande sätt och den ska vara både fysiskt, ekonomiskt och informationsmässigt tillgänglig för alla grupper i samhället. Den tredje handlar om *accepterbarhet*; respekt för kulturella olikheter och skillnader samt medicinsk etik. Den sista delen fastslår att hälso- och sjukvården ska vara av god *kvalitet*, vara medicinskt säker och bygga på vetenskaplig grund (OHCHR 2022b).

Från FN:s konvention om de politiska och medborgerliga rättigheterna är *rätten till jämlikhet och frihet från diskriminering* av relevans för denna rapport. Denna konvention tydliggör att all diskriminering på grund av bland annat kön och sexuell läggning ska vara förbjuden (OHCHR 2022a). Det faktum att vissa grupper, trots detta, utsätts för systematisk diskriminering och exkludering har dessutom resulterat i att FN tagit fram ett antal kärnkonventioner och dokument som tydliggör de mänskliga rättigheterna för specifika grupper. Även om det inte finns en specifik kärnkonvention om rättigheter för HBTQ-personer har FN tydliggjort att deras rättigheter inkluderas i rätten till jämlikhet och skyddet mot diskriminering (OHCHR 2022a).

Dessutom har en internationell expertpanel för mänskliga rättigheter gällande sexuell läggning och könsidentitet tagit fram de så kallade Yogyakartaprinciperna, vilket innefattar totalt 29 principer från 2006 (Yogyakartaprinciperna 2006). Dessa kompletterades 2017 med ytterligare 10 principer, samt med utökningar och förtydliganden av vissa av de redan existerande principerna (Yogyakarta principles 2017). I samklang med diskussionen om FN:s konventioner ovan, är särskilt principerna *rätten till likabehandling och icke-diskriminering* och *rätten till bästa uppnåeliga hälsa* av vikt för den här rapporten. I tilläggsdokumentet från 2017 har bland annat punkter om den könsbekräftande vården tillkommit, som givetvis är av stor vikt för rapporten (Yogyakarta principles 2017).

*Rätten till likabehandling och icke-diskriminering* betonar att var och en är berättigad att åtnjuta alla mänskliga rättigheter utan diskriminering på grund av könsidentitet, könsuttryck eller könsskarakteristika. Det här innebär bland annat att de länder som är knutna till principerna ska vidta lämpliga åtgärder för att stärka dessa rättigheter, samt undanröja fördomsfulla eller diskriminerande attityder eller beteenden som är knutna till tanken på att en könsöverskridande identitet skulle vara överlägsen en annan. *Rätten till bästa uppnåeliga hälsa*, i sin tur, betonar att var och en har rätt till högsta uppnåeliga standard för fysisk och psykisk hälsa utan att diskrimineras på grund av könsidentitet, könsuttryck eller könsskarakteristika. Det här innebär bland annat att hälso- och sjukvården ska vara utformad för att förbättra alla personers hälsa och att den uppfyller alla personers behov utan diskriminering på grund av, och med hänsyn till könsidentitet, könsuttryck eller könsskarakteristika. Principen fastslår även att tillgången till bästa

möjliga könsbekräftande vård, samt information om familjeplanering och sexuell och reproduktiv hälsa, ska säkras (Yogyakarta principles 2017).

För att säkra att de mänskliga rättigheterna uppfylls, och för att tydliggöra ansvarsfördelningen, är begreppen *rättighetsbärare och skyldighetsbärare* av relevans för denna rapport (Västra Götalandsregionen 2022b). Samtliga människor som befinner sig i ett land är rättighetsbärare och har rätt att få sina mänskliga rättigheter uppfyllda. Staten och samtliga anställda i offentlig verksamhet är skyldighetsbärare. De har till ansvar att respektera, skydda, främja och förverkliga de mänskliga rättigheterna (Västra Götalandsregionen 2022b).

# Teoretiska utgångspunkter

## TRANSPERSONERS ERFARENHETER OCH UPPLEVELSER I FOKUS

---

En central utgångspunkt för denna rapport är teoretiska perspektiv som utgår från transpersoners egna upplevelser och erfarenheter. Inom det tvärvetenskapliga fältet *transstudier* etablerades kvalitativ forskning med ett sådant angreppssätt under sent 1990-tal som en reaktion mot hur psykiatriska, medicinska och queerteoretiska studier teoretiserade om transpersoner utan att nämnvärt intressera sig för deras levda erfarenhet. Genusvetaren och etnologen Signe Bremer betonar i sin avhandling *Kroppslinjer: kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering* att "[i]stället för att begränsa sig till diskussioner om transsexualism och transpersoner som teoretiskt intressanta kategorier placerar detta fält transpersoners och transsexuellas förkroppsligade erfarenheter och liv i blickfånget" (Bremer 2011: 31). Genom kvalitativt grundade studier – såsom intervjustudier – möjliggör detta angreppssätt en förståelse av transpersoners liv utifrån deras egna perspektiv (Schilt & Lagos 2017: 431). Angreppssättet är viktigt för att kunna förstå och teoretisera transpersoners strävan efter att få leva sina liv fria från misstänkliggörande och fientlighet (Bremer 2011).

Som en del av ett perspektiv som utgår från transpersoners erfarenhet är det av vikt att förstå vad erfarenheter är för något. Erfarenheter är förankrade i, och formas i relation till, sociala praktiker och de ideal och villkor som råder i dessa. Genusvetaren Erika Alm med kollegor skriver att grunden för transstudier är "empirisk forskning och teoriutveckling om de samhälleliga villkor i vilka kön görs och omförhandlas" (Alm et al. 2016: 62). Det här innebär att även *transerfarenheter* behöver förstås i relation till sådana samhälleliga villkor för kön. Transstudier-forskaren Viviane Namaste (2000) tar här hjälp av sociologen Dorothy Smith (1992) för att utveckla en teori som utgår från transpersoners levda erfarenhet. Smith (1992) argumenterar för vikten av forskning som tar sin teoretiska och metodologiska utgångspunkt, i hennes fall, kvinnors faktiska liv och deras erfarenheter av att leva som just kvinnor. Hon betonar de förkroppsligade erfarenheter och den specifika kunskap det genererar att leva ett liv som kvinna i en viss tid och plats. Hon visar att erfarenheter är situerade till de sociala institutioner, relationer och villkor som formar våra liv och därmed också våra erfarenheter och syn på oss själva. Som Namaste (2000) argumenterar för möjliggör Smiths (1992) forskning ett perspektiv som utgår från transpersoners faktiska erfarenheter som grund för empirisk forskning, men som också kan analysera hur dessa erfarenheter formas i och genom de institutionella och samhälleliga relationer – vilket innefattar normer, regler och lagar – som är med och formar erfarenheterna ifråga.

## KÖNSNORMER, MAKT OCH CISNORMATIVITET

---

För att förstå de samhälleliga villkoren för transpersoners erfarenheter är därmed ett teoretiskt perspektiv som analyserar *normer för kön* av vikt för denna rapport. En viktig utgångspunkt är här att normer vanligen är osynliga; det är det avvikande från normen som syns och märks (Butler 2006). Därför har normer en komplex inverkan på hur människors liv formas och hur de förstår sig själva. Normer är därmed något som påverkar människors – vilket både innefattar transpersoner och personal som arbetar inom team som utreder könsdysfori – perspektiv, handlande och liv på en rad sätt de

ofta inte själva är aktivt medvetna om. Könsnormer tar sig till exempel uttryck i en förgivettagen samhällelig och normativ förväntan om binärt kön; att man ska vara, och agera som, man *eller* kvinna (Alm et al. 2016). Konkret innebär den här förståelsen av normer att inga sociala institutioner och relationer är fria från normer; normer finns överallt.

Som genusvetaren Judith Butler (2006: 59) argumenterar för så verkar normer inom sociala praktiker – vilket könsdysforiutredningar är ett exempel på – och fungerar som en outtalad normaliseringsstandard. Därför påverkar också normer vem som positioneras *inom* normen och därför ses som ett begripligt subjekt i relation till, exempelvis, könsidentitet och könsuttryck. Den som istället befinner sig utanför och/eller aktivt utmanar normen behöver forma sig i relation till normen: ”[a]tt inte vara riktig maskulin eller inte riktig feminin är fortfarande att förstås enbart utifrån ens relation till det ‘riktigt maskulina’ och det ‘riktigt feminina’” (Butler 2006: 59). Det innebär också att människor som utmanar en binär syn på kön behöver göra så i relation till binärt kön som en dominerande norm i vårt rådande samhälle.

Ett annat viktigt begrepp för rapporten är *makt*. En vanlig vardaglig förståelse av makt är att en part har makt *över* en annan part. Utifrån en sådan syn på makt skulle makt vara något man har eller inte har och att makten baseras på en människas intentionella agerande. I denna rapport utgår jag istället från en förståelse av makt som något som är nära kopplat till normer och normalisering, och som på subtila sätt påverkar hur människor förstår både sig själva och andra. Makt är utifrån en sådan förståelse inte en egenskap eller egendom utan är något som finns överallt och som påverkar samspelet mellan människor (Foucault 1982; Butler 2006). Maktutövande är utifrån detta perspektiv nära kopplat till hur normer påverkar vårt handlande och vår syn på oss själva och andra: makten föreskriver vad som passar in i normen och vad som är avvikande. Makten uppmuntrar därför också oss människor till att omforma oss själva (och varandra) så att vi bättre ska passa in i enlighet med rådande normer kring exempelvis maskulinitet och femininitet.

Det teoretiska begreppet *cisnormativitet* från transstudier-fältet är till hjälp för att förstå normer och makt i relation till könsdysfori-utredningar. Det ”sätter fingret på det vanemässiga antagandet att alla personer har ett *linjärt kön* – att en persons kropp, personnummer, könsidentitet, pronomen, namn, könsuttryck och reproduktiva organ alltid är entydigt maskulint eller feminint kodade och stabila livet ut” (Alm et al. 2016: 62–63). Begreppet fångar därmed in det grundläggande samhälleliga antagandet att det finns två fasta och statiska köns kategorier och att alla människor identifierar sig och uttrycker sig i enlighet med det biologiska kön som de blev tillskrivna vid födseln. Nord et al. (2016) trycker på att en viktig aspekt med begreppet cisnormativitet är att det betonar de sociala praktiker som befäster linjärt kön som förgivettagen norm; det istället för att endast betona positionerna *cisgender* och *transgender*. Fokuseringen på sociala praktiker lägger tonvikt på de samhälleliga villkor och maktförhållanden som är med och formar hur transpersoner kan tänkas se på sig själva i ett samhälle som tenderar att ta linjärt kön för givet – och hur det påverkar deras upplevelser av exempelvis könsdysfori och könsdysforiutredningar.

## DIAGNOSTICERING FÖR KÖNSDYSFORI SOM EN SOCIAL PROCESS

---

Med hjälp av forskning inom medicinsk sociologi fokuserar jag på könsdysforiutredningar som en social och interaktiv social praktik där könsdysfori placeras inom en specifik medicinsk förståelseram, vilken såväl patienter som vårdprofession behöver förhålla sig till. Här är *sociology of diagnosis* ett fruktbart vetenskapligt fält för att förstå könsdysforiutredningar som en socialt villkorad diagnosticeringsprocess där patienters och utredningsteamets erfarenheter, kunskaper och förväntningar möts, förhandlas med och utmanas (Jutel 2009; Dewey & Gesbeck 2017). En central grund för ett sociologiskt perspektiv på diagnoser – inom och utanför den könsbekräftande vården – är att diagnoser inte är frikopplade från sociala normer, institutioner och maktförhållanden. Istället råder det en komplex samverkan mellan vårdens användning av specifika diagnoser och rådande samhälleliga normer (Jutel 2015). Diagnoser är nära kopplade till maktutövning då de föreskriver vad som är normalt och avvikande och de utvecklas och tar form i relation till hur individer, professioner och samhällen modifierar gränserna för vad som ses som normalt och avvikande över tid (Jutel 2009: 281). Dessutom, i den diagnostiska situationen, är det medicinsk profession som har den verkställande och faktiska rätten att bestämma om en patient har en viss diagnos eller inte, vilket gör diagnosticeringsprocessen till ett i grunden ojämnt maktförhållande. Det här gör den diagnostiska processen till ett möte där konflikter kan uppstå i mötet mellan patient och vården (Jutel 2009; 2015).

Det är viktigt att förstå hur vårdens diagnostiska klassificeringar och kriterier för könsdysfori förändrar och formar transpersoners erfarenhet av att såväl söka sig till en könsdysforiutredning och av själva diagnosticeringsprocessen. Såsom sociologen Austen H. Johnson (2019) trycker på är det viktigt att undersöka transpersoners erfarenhet av en medicinsk förståelse av könsdysfori som något som både kan möjliggöra och begränsa transpersoners liv, exempelvis i mötet med medicinsk auktoritet och de diagnostiska kriterier, kategoriseringar och verktyg som används vid en könsdysforiutredning. Verktyg kan exempelvis vara olika diagnostiska test som idag används inom könsdysforiutredningar.

Diagnoser kan också förändra våra vardagliga liv, bortom det som diagnosen i sig självt ramar in och föreskriver. Därför är det även av vikt att ta i beaktande människors erfarenhet av medicinska diagnoser både *utanför* mötet med vården och *efter* diagnosticeringsprocessen. Genusvetaren Sebastian Mohr (2020) argumenterar för vikten av att empiriskt undersöka den skillnad som en diagnos, och de behandlingar den möjliggör, kan tänkas medföra i en människas sociala och intima vardag och liv. För att förstå det här är det hjälpsamt att utgå från ett maktperspektiv som ser till den samverkan som sker mellan människors syn på sig själva vad gäller exempelvis kön, samhälleliga normer för kön och de institutionella och sociala villkor som medicinska diagnoser och kategoriseringar medför. Likt Johnson (2019) trycker Mohr på att diagnosers påverkan på transpersoners liv både kan vara något potentiellt positivt och negativt, och att det är viktigt att som forskare därför vara öppen för diagnostikens komplexa innebörder för människors liv. Mohr (2020) själv är särskilt intresserad av hur diagnoser kan öppna upp för nya sätt att se på sexualitet och sexuella relationer, men ett annat exempel kan vara de förändrade normer och förväntningar kring kön som transpersoner som genomgått könsbekräftande behandling kan tänkas möta i och med deras



förändrade kroppsliga utseende efter hormonbehandling och underlivskirurgi. Såsom jag kommer belysa i denna rapport upplever många transpersoner att deras sociala och sexuella relationer påverkats av att deras kroppsliga utseende förändrats, vilket i alla fall delvis behöver förstås i relation till hur könsnormer tar sig uttryck i samhället och hur dessa påverkar hur andra ser på oss (Schilt & Lagos 2017: 432).

# Tidigare forskning och rapporter

Det finns sedan tidigare forskning och utredningar om transpersoners erfarenheter av könsdysforiutredning och av den könsbekräftande vården i stort. För den här rapporten är särskilt studier och rapporter från Sverige av relevans, men då denna forskning är relativt begränsad har jag även inkluderat internationell samhällsvetenskaplig forskning. Jag kommer börja med att redogöra för tidigare forskning och utredningar från Sverige för att sedan gå över till den internationella forskningen. Som kommer att bli klart så råder stor samstämmighet mellan den svenska och den internationella forskningen, trots de delvis olika nationella systemen och regelverken för den könsbekräftande vården.

## VÅRDSÖKANDES ERFARENHETER AV KÖNSDYSFORIUTREDNING OCH AV DEN KÖNSBEKRÄFTANDE VÅRDEN I SVERIGE

---

### Väntan och upplevelser av bemötande och psykosocialt stöd under utredningen

Forskning och utredningar från Sverige har sedan länge visat att vårdsökande upplever väntan på, och under, en könsdysforiutredning som mycket psykiskt utmanande och påfrestande (Bremer 2011; Lindroth 2016; Linander & Alm 2022). I den tidigare nämnda avhandlingen *Kroppslinjer: kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering* har Bremer (2011) intervjuat femton personer, mellan åldersgrupperna 20 och 50, som vid tiden för studien befann sig inom någon av den könsbekräftande vårdens olika faser. Hon har dessutom i avhandlingen studerat hur transpersoners via bloggar berättar om sina erfarenheter av vården. Medan Bremer inte endast fokuserar på väntan inför, och under, könsdysforiutredning så är hennes avhandling ett viktigt bidrag för att förstå väntan på könsbekräftande behandling som en ofta mycket uppslitande erfarenhet för vårdsökande. Bremer beskriver hur många av hennes informanter upplevde väntan som att livet sattes på paus, mellan en dåtid och en framtid där de kan leva med en kropp mer i samklang med deras könsidentitet. Det här är också något som belysts i utredningen *Transpersoner i Sverige: förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor* (SOU 2017:92). Utifrån berättelser från vårdsökande själva, betonas det, likt i Bremers avhandling, att transpersoner ofta upplever det som att livet ”stannas upp” i väntan på att få komma till ett utredningsteam och i väntan på diagnos och könsbekräftande behandling. I utredningen tas det upp att många transpersoner avstår från olika aktiviteter, såsom att börja studera eller att flytta, i väntan på behandling (SOU 2017:92: 599).

Folkhälso- och genusvetaren Ida Linander har i sin avhandling *”It was like I had to fit into a category”: people with trans experiences navigating access to trans-specific healthcare and health* (2018) intervjuat 18 personer mellan 18 och 69 år som antingen funderat på att söka sig till en könsdysforiutredning eller som har erfarenhet av en sådan utredning. Hon har även i en ny studie intervjuat 16 unga transpersoner (16–25 år) om deras erfarenheter av väntan innan och under en könsdysforiutredning (Linander & Alm 2022). I en av de artiklar som ligger till grund för avhandlingen beskriver hon tillsammans med kollegor väntan som en avsiktlig del av systemet, där vårdsökande hålls i väntan under utredningstiden för att ges tid att tänka över sitt beslut och sin

könsidentitet (Linander et al. 2017). På så vis kan ”att låta tiden gå” ses som ett diagnostiskt verktyg den könsbekräftande vården använder för att utreda om vårdbehovet består över tid (Linander et al. 2017). Linander et al. (2017) trycker på att för deras intervjupersoner ingav denna väntan en känsla av att vara maktlös och beroende av en vård man själv inte kan påverka. Då vårdsökande är beroende av utredningsteamets godkännande för att ges tillgång till könsbekräftande behandling, vågade många dessutom inte uttrycka kritik då de var rädda för att sådan kritik skulle förlänga utredningstiden, vilket skulle ha ökat den totala tiden i väntan.

Linander et al. (2017) visar att många vårdsökande upplever en brist på psykosocialt stöd under utredningstiden. Deras erfarenhet är att de lämnas ensamma i processen och blir tvingade att bli sina egna ”projektledare”, eller att partners, nära vänner och/eller familj får fungera som stöd. På grund av utredningsteamets dubbla roll som både stödfunktion och utredare vågar många vårdsökande inte ta emot psykosocialt stöd från utredningsteamet, detta då de är rädda för att det ska påverka längden på utredningen och/eller möjligheten att få diagnos och därmed tillgång till könsbekräftande behandling (Linander & Alm 2022). Linander et al. (2017: 15) tar upp att flera av intervjupersonerna i deras studie önskade ett system där man blir remitterad till en extern terapeut eller psykolog under utredningstiden.

Utredningen från Socialstyrelsen (SOU 2017:92) lyfter att transpersoner upplever problem med bristande överblick och information om syftet med utredningen och dess olika moment. De trycker på vikten av att vården är transparant, exempelvis vad gäller den resursbrist som råder inom den könsbekräftande vården och hur den kan tänkas påverka den vård man som patient erhåller (SOU 2017:92: 605). Socialstyrelsen betonar också att transpersoner upplever att många av de frågor som ställs under psykologdelen av utredningen är irrelevanta och inte sällan kränkande. Det här kan exempelvis gälla mycket intima frågor om sexuella erfarenheter (SOU 2017:92: 606). Utredningen understryker också att många upplever syftet med de psykologiska tester som olika utredningsteam använder som oklart och att testerna inte sällan är kränkande. Det tas upp att patienter vittnar om att de fått göra tester såsom IQ-tester, Rorschachtester och personlighetstester (SOU 2017:92: 606). I utredningen betonas det också att patienter upplevt det som att det varit dem till gagn om de klarat dessa tester bra, till exempel vad gäller att komma igenom utredningen smidigare (SOU 2017:92: 606). I likhet med Linander et al. (2017) lyfter också Socialstyrelsen att många transpersoner känner en stark känsla av maktlöshet under utredningen då de inte själva får bestämma över sin kropp och att de ofta känner sig granskade och mistrodda (SOU 2017:92: 621). Utredare upplevs ofta som ”grindvakter” med makt att stänga den enda öppningen till ett bättre liv (SOU 2017:92: 621; Linander et al. 2017: 12).

### **Normativa föreställningar om, och förväntningar på, kön**

En central aspekt från tidigare forskning är de normativa föreställningar och förväntningar på ens könsidentitet och/eller könsuttryck som transpersoner erfar präglar utredningen. Det här innefattar ofta normer kring vad som utgör en ”riktig” man eller kvinna (Bremer 2011; Linander et al. 2019). Bremer (2011) har i det här sammanhanget myntat det ovan nämnda begreppet *linjärt kön* som centralt för att förstå den könsbekräftande vården. Bremer beskriver linjärt kön som en samhällelig förväntan och föreställning ”om att juridiskt kön, könsidentitet och kropp alltid pekar åt samma håll”

(Bremer 2011: 20), exempelvis att någon som tillskrivs könet kvinna vid födseln också automatiskt identifierar och uttrycker sig som kvinna.

Bremer (2011) visar att mötet med den könsbekräftande vården villkoras av den vård-sökandes förmåga ”att passera” som en linjär man eller kvinna. Hennes studie visar därför att en binär norm är rådande inom den könsbekräftande vården, där att passera linjärt innebär att passera som man *eller* kvinna, ofta utifrån normativa föreställningar om kön. Bremer lyfter att binära och könsstereotypa normer gör att transpersoner ofta uttrycker kön *strategiskt* i mötet med utredningsteamet, till exempel genom att anstränga sig för att visa sig feminin eller maskulin nog.

Linander et al. (2019) bygger vidare på Bremer (2011) och hennes forskning pekar mot att normer kring binärt kön fortfarande präglar könsdysforiutredningar och den könsbekräftande vården. Likt Bremer belyser Linander et al. hur transpersoner navigerar och förhandlar normer för kön genom att anamma strategiska positioner, detta med förhoppning om att det ska öka deras sannolikhet att passera inför ögonen på utredarna. Strategiska positioner inkluderar att välja kläder, attribut och att använda sig av ett kroppsspråk som ses som i enlighet med normativa föreställningar om vad som är feminint och maskulint (Linander et al. 2019: 30–31). Även Socialstyrelsen (SOU 2017:92: 612–617) tar upp hur vård sökande känner krav på sig att bevisa sig ”trans nog” och att de därför anpassar sitt könsuttryck, exempelvis genom att klä sig normativt feminint eller maskulint inför mötena med utredningsteamet. I Folkhälsomyndighetens utredning *Rätten till hälsa: hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa* tar Malin Lindroth et al. (2016: 46–47) på ett relaterat vis upp att transpersoner erfar att binära och cisnormativa förväntningar påverkar den könsbekräftande vården. De betonar att transpersoner därför exempelvis döljer att de inte är heterosexuella eller att ickebinära personer antar en binär transidentitet under utredningen, detta för att kunna passera utifrån en linjär norm om kön och därmed ges nödvändig vård.

Bremer (2011), Socialstyrelsen (SOU 2017:92) och Linander et al. (2019) tar upp att transpersoner erfar att utredningsteam inte sällan agerar grindvakter för vilka kroppstyper och könsuttryck som anses normativt lämpliga för att passera linjärt, såsom att de agerar kläd- och smakråd eller genom att de kommenterar hur en vård sökande för sig i rummet. Dessutom betonar både Linander et al. (2019: 32) och Socialstyrelsen (SOU 2017:92: 617–618) att transpersoner erfar att utredarna lägger stor vikt vid hur man var som barn, såsom vilka leksaker man lekte med. På det här viset visar Linander et al. (2019) att *en över tid* och *linjär* könsidentitet premieras av den könsbekräftande vården. Med ett delvis annat fokus tar Lindroth et al. (2016) upp att sexuell hälsa inte var särskilt centralt för deras intervjupersoners erfarenhet av könsdysforiutredningar och att sexualitet av dem beskrevs som något som ges lite utrymme under utredningen. Emellertid tryckte flera av intervjupersonerna på en erfarenhet av att *efter* utredning och behandling ”stå helt ensam med en ny kropp” (Lindroth et al. 2016: 48). ”Många skulle vilja att vården erbjuder en beredskap kring *att det kan finnas en sexuell problematik även efter en utredning, att allt inte är guld och gröna skogar när du väl är färdig*” (Lindroth et al. 2016: 48, kursivering i original).

Linander et al. (2019) visar att vården behöver motverka cisnormativitet och könsbinärt tänkande i utredningsprocessen. Socialstyrelsen (SOU 2017:92: 581) tar på likande vis

upp att ickebinära till en hög grad inte vågar söka sig till en könsdysforiutredning, av risk för att inte bli väl bemötta och att bli ifrågasatta för sin könsidentitet. Slutligen pekar Linander et al. (2019) på en möjlig förändring över tid, då en del av intervjupersoner i deras studie som hade sökt sig till ett utredningsteam under senare år hade upplevt en mer könsbekräftande (*gender-confirming*) och mindre könsnormativ (*gender-conforming*) utredningsprocess, exempelvis vad gäller inkludering av, och vård för, ickebinära personer. Lindroth et al. (2016: 44) tar på relaterat vis upp att flera av deras intervjupersoner, som genomgick utredningen ett tag tillbaka i tiden, tog upp att det är möjligt att saker skulle varit annorlunda för dem vad gäller normativa förväntningar på kön och sexuell läggning om de hade genomgått utredningen idag. Det här pekar mot en möjligt mer inkluderande och könsbekräftande – och mindre linjär och binär – syn på kön och sexualitet vid dagens utredningar.

## **INTERNATIONELL FORSKNING OM TRANSPERSONERS ERFARENHETER AV DEN KÖNSBEKRÄFTANDE VÅRDEN**

---

### **Transpersoners perspektiv på, och erfarenheter av, diagnosticeringsprocessen**

Ett viktigt tema från den internationella forskningen är hur transpersoner själva ser på diagnosen könsdysfori och hur de relaterar till diagnosen i mötet med exempelvis könsdysfori-mottagningar. Medan diagnosticeringsprocessen för könsdysfori i länder som USA och Storbritannien delvis skiljer sig från Sverige kan ändå resultatet vara av vikt för att förstå hur transpersoner relaterar till en medicinsk förståelse av könsdysfori och könsidentitet.

Ana Patrícia Hilário (2017) och Austin H. Johnson (2019) visar att transpersoner i mötet med vården ofta strategiskt talar om könsdysfori som en medicinsk diagnos för att garantera att de får den könsbekräftande vård de behöver. Många av deras informanter kände att de, i mötet med vården, behövde ge ett narrativ om könsdysfori som ett medicinskt tillstånd. Det här handlade exempelvis om att tala om könsdysfori som något de föddes med och att de är födda i fel kropp, för att på så vis bevisa att de är trans ”på riktigt”. Likt exempelvis Lindroth et al. (2016) betonar bägge också att flertalet av deras informanter strategiskt anammade ett mer binärt och heteronormativt sätt att beskriva sig själva. Johnson tar exempelvis upp att medan flera av hans informanter själva förstod sin dysfori som något som både har kroppsliga och sociala orsaker, betonade de i enlighet med diagnoskriterierna i mötet med vården just de kroppsliga aspekterna. Hilário trycker på att de ickebinära hon intervjuade tenderade att prata om sig själva i mötet med vården i binära (och inte sällan heteronormativa) termer på strategiskt vis. Likt Bremer (2011) och Linander et al. (2019) betonar de att könsdysfori-utredningar präglas av en inneboende maktrelation; strategiska sätt att tala om könsdysfori behöver förstås i relation till att det är den könsbekräftande vården, och deras diagnostiska kriterier, som har den verkställande rätten att avgöra om en vårdsökande får vård eller inte (Hilário 2017; Johnson 2019).

### **Könsdysfori-mottagningar som grindvakter**

I boken *Understanding Trans Health: Discourse, Power and Possibility* har Ruth Pearce (2018) bland annat undersökt hur transpersoner navigerar mötet med den könsbekräftande vården i Storbritannien. I boken skiljer hon på en förståelse av trans som ett tillstånd

(*condition*) och rörelse (*movement*). Medan en förståelse av trans som ett tillstånd innefattar en syn på kön som något statistiskt och binärt, möjliggör en syn på trans som rörelse också ett inkluderande av könsidentiteter bortom man och kvinna (Pearce 2018: 44–46). Hon trycker på att en *könspluralitisk* syn på trans möjliggör ett inkluderande av både binära och ickebinära erfarenheter av kön inom den könsbekräftande vården. I en studie som baseras på intervjuer med transpersoner som sökt sig till den könsbekräftande vården i Australien, bygger Adam Shepherd och Benjamin Hanckel (2021) vidare på Pearce (2018) och visar att transpersoners narrativ ofta rör sig mellan förståelser av trans som tillstånd och som rörelse. De trycker på att ”trans som rörelse” kan användas som ett teoretiskt perspektiv för att visa på vikten av en multipel förståelse av kön och transition, inom och bortom en binär syn på kön, och som tar transpersoners levda erfarenheter som utgångspunkt för hur vården kan förbättras.

Pearce (2018) och Shepherd och Benjamin (2021) visar att en könspluralitisk syn på kön ofta skiljer sig från hur transpersoner upplever vården i dagsläget. Likt Bremer (2011) och Linander et al. (2019) skriver Pearce (2018) att transpersoner till stor del upplever att utredningen som genomförs av könsdysforikliniker kräver av dem att uttrycka sig på binära och könsnormativa sätt. Hon trycker också på att de som i hennes studie var nöjda med könsidentitetsutredningen tenderade att identifiera sig med normativa och binära förväntningar på könsuttryck (Pearce 2018: 113).

Peace (2018: 143) diskuterar närståendemöten vid könsdysforikliniker i Storbritannien. Medan könsdysforiklinikerna tryckte på att ha ett möte där en familjemedlem eller nära vän är med syftar till att se till att patienten har stöd av sin omgivning efter en transition, upplevde patienterna själva att det fanns ett ytterligare syfte som hade att göra med att utredarna skulle få patientens berättelse bekräftad av någon annan. Därför skriver hon att närståendemötet upplevs som ett diagnostiskt verktyg och som ett ”grindvaktande”. Exempelvis trycker hon på att flera informanter beskrev hur de fick tillgång till behandling fördröjd efter att en närstående hade uttryckt osäkerhet eller hade givit ett narrativ som skilde sig från patientens (Pearce 2018: 143). Likt Socialstyrelsen (SOU: 2017:92) och Linander et al. (2017) trycker hon därför på att transpersoner ofta upplever könsdysfori-mottagningar som grindvakter som kan neka dem vård om de inte lever upp till implicita krav på hur man är ”trans nog”.

### **Erfarenheter av att vänta på könsbekräftande behandling**

Likt den svenska litteraturen diskuterar den internationella forskningen hur transpersoner upplever väntan på könsbekräftande behandling. Victoria Pitts-Taylor (2020) fokuserar på transpersoners levda erfarenhet av att vänta. Hennes studie visar på att transpersoner upplever den könsbekräftande vården som ”a waiting game” utanför deras kontroll och som ofta skapar en oönskad erfarenhet av *liminalitet*. *Liminalitet* kan beskrivas som en upplevelse av att befinna sig *på tröskeln till* ett nytt liv, på samma gång som man redan har lämnat sitt gamla liv bakom sig. Pitts-Taylor visar att transpersoner själva inte sällan hanterar väntan genom att på olika vis försöka återfå någon slags kontroll över sitt eget liv. Detta kan exempelvis handla om att ringa och kolla var man står till i kön till en könsdysfori-mottagning eller att arbeta med sin självpresentation, såsom att bygga upp självförtroende nog att börja använda omklädningsrum för det kön man känner sig som. Pitts-Taylor trycker på att detta arbete som transpersoner utför medan de väntar behöver förstås som ett sätt att göra en för många outhärdlig situation något mer uthärdlig.

Pearce (2018) betonar i sin tur särskilt den väntan som sker *efter* bedömningsamtal vid en könsdysfori-mottagning, när väntan på exempelvis tillgång till hormoner börjar. Hon belyser denna tid som en tid fylld av osäkerhet kring hur länge man ska behöva vänta, vilket lätt skapar uppgivenhet och förtvivlan. Likt Pitts-Taylor (2020) betonar Pearce också hur transpersoner själva hanterar denna känsla av brist på kontroll genom att ”få ordning på” andra aspekter av livet, såsom att komma ut till omgivningen, köpa nya kläder, börja på ett nytt arbete eller utbildning eller försöka etablera ett mer stöttande nätverk av vänner och bekanta.

### **Studier om unga transpersoners erfarenheter av den könsbekräftande vården**

Det finns begränsat med forskning om barn och ungas erfarenheter av den könsbekräftande vården. Claew Bartholomaeus (2021) har ändå tillsammans med kollegor undersökt hur föräldrar och deras barn (ålder 11–17) i Australien upplever kvaliteten på vården vid bland annat könsdysfori-mottagningar. Deras studie betonar vikten av en trans-bekräftande vård som validerar transpersoners erfarenheter av deras könsidentitet, detta då en bekräftande utgångspunkt, och ett kunnigt bemötande, var av vikt för studiens deltagare. Även Strauss et al. (2021) visar i en enkätbaserad studie från Australien vikten av en bekräftande vård för unga transpersoner, till exempel genom att rätt pronomen och namn används vid vårdmöten.

Både Bartholomaeus et al. (2021) och Strauss et al. (2021) visar att unga transpersoner upplever att kvaliteten på vården, och bemötandet, skiljer sig signifikant åt mellan olika professionella. Bartholomaeus et al. (2021) tar upp att medan vissa professionella utsatte barnen i deras studie för ”ett förhållningsliknande samtal” (Bartholomaeus et al. 2021: 65) var andra noga med att se till barnen och deras föräldrars behov och erfarenheter. Vissa professionella var också omtyckta bland deltagarna i studien för att de visade särskild hängivenhet och ”goodwill”, eller genom att de avsatte tid utanför arbetet för att svara på mail och fixa med remisser. Det här överensstämmer också med Strauss et al. (2021) som betonar att unga transpersoner uppskattar professionella som både är kunniga kring frågor om könsidentitet och avsätter ordentligt med tid för att i lugn och ro prata med dem om den vård de kan tänkas behöva. Bartholomaeus et al. (2021) understryker att det är problematiskt med en vård som bygger på vilken specifik person barn och deras föräldrar möter inom den könsbekräftande vården.



# Studiens genomförande

## SEMISTRUKTURERADE INTERVJUER MED TIDIGARE PATIENTER FRÅN LUNDSTRÖMMOTTAGNINGEN

---

Under perioden juni 2021 till november 2021 genomförde jag individuella semistrukturerade intervjuer med totalt 24 tidigare patienter med erfarenhet av könsdysforiutredning vid Lundströmmottagningen. Jag använde mig av en på förhand utformad tematisk intervjuguide som jag tog med mig in i intervjusituationen, men som jag förändrade utifrån det som kom upp under intervjun och genom att ställa följdfrågor. Jag lämnade även stort utrymme för intervjupersonerna att styra intervjun åt riktningar som de fann relevanta (Alvesson 2010). Intervjupersonerna var vid intervjutillfället mellan 18 och 70 år gamla och flera påbörjade utredningen innan de hade fyllt 18 år. Intervjuerna tog mellan en och tre timmar, spelades in med diktafon och har transkriberats.

Av de intervjuade har majoriteten fått sin diagnos under senaste fem åren, men ett fåtal fick den något tidigare. Flera har fått den under de senaste två åren. En majoritet är fortfarande ”i väntan”, antingen på kirurgi eller på att få ändring av juridiskt kön hos rättsliga rådet. Jag har också inkluderat en person som fick sin diagnos för tio år sedan, en intervju jag valde att tacka ja till då jag bedömde det som att det kunde ge en inblick i förändringar över tid. Slutligen är det en person som påbörjade sin utredning vid Lundströmmottagningen men som sedan slutförde den vid en annan mottagning. Flera deltagare har erfarenhet av könsbekräftande behandling vid en annan region. Av de intervjuade identifierar sig sex stycken som kvinnor med pronomen hon, tretton som män med pronomen man, tre som ickebinära med pronomen hen och en identifierar sig som ”mer flytande” med pronomen han. ”Mer flytande” kan tolkas som i samklang med termen *genderfluid*; en könsidentitet som är flytande eller som varierar över tid.

Till följd av covid19-pandemin har majoriteten av intervjuerna genomförts via det digitala verktyget Zoom (en intervju genomfördes på intervjupersonens önskan via Teams). Från och med september 2021 öppnade jag upp för möjligheten att genomföra intervjuerna face-to-face, men av olika orsaker genomfördes även under denna period flertalet av intervjuerna digitalt. Ett antal av intervjupersonerna bodde vid intervjutillfället inte kvar i Västra Götaland och då blev valet Zoom det mest lämpliga. Ytterligare någon uttryckte att det kändes mer bekvämt att genomföra intervjun digitalt än att ses på plats. Totalt genomfördes fyra intervjuer face-to-face. Dessa genomfördes i ett grupprum vid institutionen för sociologi och arbetsvetenskap, Göteborgs universitet, en lokal som bestämdes utifrån min och intervjupersonernas gemensamma önskan om att finna en lokal där vi kunde prata ostört i lugn och ro.

Intervjuguiden var utformad för att lyfta intervjupersonernas egna erfarenheter av tiden innan, under och efter könsdysforiutredningen vid Lundströmmottagningen. Den var formulerad med hjälp av det som framkommit i tidigare studier och utredningar vad gäller väntan, bemötande, information om utredningen och dess syfte, psykosocialt stöd och förväntningar på kön och sexuell läggning (Lindroth et al. 2016; SOU: 2017:92; Linander 2018). Dock lade jag stor vikt vid att lämna stort utrymme för patientens egna upplevelser och sådant som därmed eventuellt inte fångats upp av tidigare forskning,

eller som kan förändrats sedan dessa studier och utredningar genomfördes. De teman som intervjuguiden var utformad kring var: *tiden innan utredningen, mötet med enheten och upplevelsen av de olika utredningsmomenten, syftet med utredningen, eventuella förväntningar från utredningsenheten, psykosocialt stöd under utredningen, utredningens slut och nuvarande livssituation*. Jag använde mig av, som jag redan varit inne på, dessa teman dynamiskt under intervjusituationen och för att anpassa mig till vad som intervjupersonen själv uttryckte som viktigt hoppade jag därför ofta mellan dem. Slutligen innehöll också intervjuguiden bakgrundsfrågor om ålder, boendeort, sysselsättning, pronomen och när könsdysforiutredningen påbörjades och avslutades, vilka jag vanligen fångade upp genom att fråga om intervjupersonen kunde börja med att berätta lite om sig själv.

## URVAL OCH KONTAKT MED INTERVJUPERSONER

---

Urvalet av tidigare patienter är genomfört för att nå så stor spridning som möjligt. Därför har jag rekryterat intervjupersoner både via intresseföreningar, via sociala medier och via Lundströmmottagningen. Efter etikansökan (EPM Dnr 2021–01431) i april 2021 var godkänd av Etikprövningsmyndigheten kontaktade jag i maj och juni 2021 berörda intresseföreningar med önskan om att de spred information om studien via sina medlemskanaler och sociala medier. Såväl Transföreningen FPES Väst, RFSU Göteborg och riksorganisationen Transammans spred information om studien via sina Facebook-sidor och FPES Väst via sitt medlemsforum. Spridningen via Facebook gjorde också att informationen delades vidare. Jag delade även information om studien själv via Facebook och uppmuntrade vänner och bekanta att dela vidare, vilket många gjorde. Det senare ansåg jag var en relevant strategi då jag i min bekantskapskrets har personer som i sin tur känner personer med erfarenhet av könsdysforiutredning vid Lundströmmottagningen.

I augusti 2021 delade Lundströmmottagningen, med godkännande av Sahlgrenska Psykiatri Affektiva, information om studien till 40 slumpmässigt utvalda tidigare patienter på 18 år eller över. Jag valde efter mycket fundering denna strategi med önskan om att nå personer som inte är aktiva i intresseföreningar och på sociala medier. För att ge en mångfaldig bild av tidigare patienters erfarenheter av könsdysforiutredning, ansåg jag det här vara viktigt. Linander (2018: 51) betonar i sin avhandling att hon valde att inte rekrytera via vården då hon önskade miniminera intervjupersonernas känsla av beroende gentemot vården. Av samma anledning funderade jag också vid studiens tidigare skede på att inte rekrytera via Lundströmmottagningen, men valde till slut att trots allt använda mig av denna väg för att kunna nå ut till personer jag annars inte hade nått. Då jag som forskare av etiska skäl varken kan eller bör ges tillgång till uppgifter från vårdens patientregister, så bad jag om det *totala antalet* tidigare patienter som fått någon av diagnoserna *F64.0 transsexualism, F64.8 andra specificerade könsidentitetsstörningar och F64.9 könsidentitetsstörning, ospecificerad* vid Lundströmmottagningen under de senaste fem åren. Av etiska skäl valde jag att inte ta med de med skyddad identitet eller som uttryckt till mottagningen att de inte vill ha kontakt med vården. Det här genererade en total mängd av 388 patienter. Utifrån den totala siffran 388 slumpade jag fram 40 siffror (vilket går att göra via programvaran Excel) som sedan Lundströmmottagningen matchade med listan på 388 patienter. Att jag valde att slumpa fram patienter var av både etiska och metodologiska

skäl. Alternativet hade varit att låta Lundströmmottagningen välja ut patienter, vilket inte hade varit önskvärt. Ett slumpmässigt urval gjorde att jag kunde nå personer som av olika orsaker inte hade valts av mottagningen själva, eller som inte hade sagt ja om de hade blivit tillfrågade av mottagningen.

Jag skickade sedan 40 informationsbrev och kuvert till Lundströmmottagningen som de skickade vidare till de 40 slumpmässigt utvalda patienterna. I brevet betonade jag att det kom från mig och inte från mottagningen och att studien är utförd av mig som forskare vid Göteborgs universitet. Jag skickade även en tid senare påminnelsebrev. Av de 40 patienterna var det totalt 14 stycken som anmälde intresse och 13 stycken som jag kom att intervjua. Tre stycken har hört av sig om att de inte är intresserade. För att hantera de möjliga problem Linander (2018: 51) betonar kring beroendeskap funderade jag noga igenom innan jag skickade breven till Lundströmmottagningen hur jag kunde formulera informationsbrevet på ett sätt som minskade risken att de slumpmässigt utvalda patienterna skulle känna sig på något vis tvingade att säga ja.

## **ANALYS AV INTERVJUMATERIALET**

---

Det empiriska materialet har analyserats tematiskt med en abduktiv ansats (Timmermans & Tavory 2012). Abduktion kan beskrivas som ett växelspel mellan induktiv (empirinära) och deduktiv (teoridriven) analys. Abduktion utgår från empirin, men forskaren tar också inspiration från teori och tidigare forskning. Detta innebär en sorts växelverkan mellan empiri, teori och tidigare forskning, som tolkas och omtolkas utifrån varandra. Jag har analyserat materialet manuellt med hjälp av tematisk kodning, inspirerad av en abduktiv ansats. Eftersom studien (såsom intervjuguiden) delvis var utformad med hjälp av kunskap från tidigare studier och rapporter, så behöver kodningen förstås som en blandning av induktion och deduktion. I enlighet med en abduktiv ansats har jag alltså rört mig mellan teori, tidigare forskning och empirin, i en slags växelverkan. Exempel på koder jag har använt mig av är *utforskande av könsidentitet*, *att inte känna sig trygg*, *bevisa sig som trans* och *gränsvaktande*. Som dessa exempel visar så rör sig koderna mellan det mer empiriska och det mer teoretiska.

## **FORSKNINGSPERSONSINFORMATION OCH DATASÄKERHET**

---

Jag hanterar forskningsmaterialet på ett sådant sätt att intervjupersonernas integritet skyddas. Det innebär att jag skyddar intervjupersonerna ifrån att obehöriga får information om vilka personer som deltagit i studien. I transkriberingar, presentation av resultat och i publikationer kudas personuppgifterna (inklusive eventuella detaljer från utredningen som kan riskera att de kan identifieras av obehöriga). I redovisningen av resultatet anonymiseras forskningspersonerna genom att tillskrivas ett pseudonym, vilket är helt frikopplad från deras verkliga namn. För att ytterligare undvika att forskningspersonerna kan identifieras har jag angett deras ålder utifrån åldersspann och inte utifrån deras exakta ålder. I ett fåtal fall har jag även exkluderat information om åldersspann och könsidentitet, såsom i fall där en psykiatrisk diagnos, såsom bipolär sjukdom, kan skapa ytterligare risk för att personen i fråga går att identifiera. Jag har även anonymiserat personal på Lundströmmottagningen, genom att koda personuppgifterna namn och kön. Orsaken till att jag valt att inte ange kön på utredningsteamets personal är att uppgiften gör att personalen riskerar att kunna identifieras av

såväl vårdsökande som internt på mottagningen. Istället har jag benämnt utrednings-  
teamets personal som ”hen”, ”psykolog”, ”socioonom” och ”läkare”.

# Resultat

## VÄNTAN INFÖR, UNDER OCH EFTER UTREDNINGEN SOM PSYKISKT PÅFRESTANDE OCH OVISS

---

### Väntan inför utredningen: livet sätts på paus

Väntan inför det första utredningsbesöket beskrevs av många av deltagarna som att "livet stannade upp" eller "sattes på paus" i väntan på att få en tid (jmf. Bremer 2011; SOU 2017:92; Linander & Alm 2022). Deltagaren Oskar sade till exempel att "[j]ust den tiden så stod livet väldigt still" och deltagaren Cleo sade att det är "själsdödande att vänta". Det var många av deltagarna, inklusive Oskar och Cleo, som tog upp att tiden inför utredningen var påfrestande då de vid tiden hade mycket könsdysfori. Som jag kommer redovisa genomgående tog sig denna könsdysfori – både innan och under utredningen – för de flesta deltagarna både kroppsliga och sociala uttryck. Det handlade vanligen både om vad deltagarna beskrev som "obehag av en eller flera delar av kroppen, som bröstkorg, skäggväxt eller könsorgan" och "ångest eller obehag av att andra människor använder fel pronomen eller tolkar en som fel kön" (RFSL 2019).

Många deltagare hade erfarenheter av att deras väntetid hade ändrats under tidens gång, vilket gjorde väntan både ovisst och påfrestande. Oskar tryckte på att Lundströmmottagningen först hade sagt att han skulle kunna få en tid i oktober. När denna tid sedan ändrades så blev väntan ännu mer påfrestande.

Lisa: Men hur var det för dig under den tiden när du väntade inför att komma dit?

Oskar: Det var tufft. Det var ju liksom... då som jag... jag vet vad jag vill göra. Men så måste man vänta i typ två år för att ens kunna drömma om det typ, eller ens kunna komma dit. Men det var som att jag hade hängt upp alltihopa på att jag skulle komma dit i oktober. [...] Och sen när vi väl kommer till oktober så får jag ingen tid. Okej, men då är det typ såhär tre månader kvar. Jag kan klara mig i tre månader. Så det var typ bara att man levde på hoppet om att få komma dit vid det laget.

[...]

Lisa: Jag tänker också att du... du sa ju också att du gick på BUP och så tidigare. Hur mådde du under den tiden?

Oskar: [J]ag mådde kasst. Det var ganska illa. [J]ust under väntetiden, det var... man mådde ganska dåligt då.

(Oskar, 18–24 år)

Det här känns också igen från andra deltagares upplevelser. Deltagaren Anton sade:

Det var lite dumt för när man sökte dit, då fick man ändå en bekräftelse på remissen, att den har kommit in och man blir lite lurad för på remissbekräftelsen stod det sex månaders väntetid. Då tänkte man, sex månader mot hela livet, det är inget. Det går fort, det är bara att efter sex månader så ökade det till åtta och sen nytt brev som ökade till tio och sen fick man nytt brev som ökade till tolv. Man blev... det var som att hänga en morot framför näsan, att man ständigt blev lurad att nu ska du vänta lite till. [...] Men när man hela tiden blev lockad till att... snart... snart... det var det som knäckte en lite till slut. [...] [J]ag tycker att Lundström är väldigt frustrerande med att de lockar med en tid och utökade det bara allteftersom ännu mer hela tiden. (Anton, 25–30 år)

Väntan var psykiskt påfrestande för många deltagare då den inte bara var lång, men också oviss och förlängdes allt eftersom. Exempelvis deltagaren Cleo benämnde att väntan var "själsdödande" då den just var så oviss. Deltagarnas narrativ bekräftar att de långa väntetiderna "medför lidande och innebär psykiska påfrestningar för personer som väntar på eller befinner sig i en utredning" (SOU 2017:92: 596, se också Linander & Alm 2022).

Till skillnad från upplevelser av väntan som enbart påfrestande, var det några deltagare som beskrev väntan inför första besöket som en tid då de kunde bearbeta beslutet att söka sig till den könsbekräftande vården. Vissa av de äldre deltagarna betonade också att de redan väntat stora delar av sitt liv på att våga, eller kunna, ta steget att söka sig till den könsbekräftande vården. En av dessa deltagare, Lotta, berättade att hon fick hem en bekräftelse på den egenremiss hon hade skickat. Den långa väntetiden beskrev hon som något hon "var inställd" på:

Lotta: Det stod såhär i det mailet som, en PDF var det ju, som kom ifrån Lundström som bekräftelse på egenremissen... [där] så stod det att "Du omfattas av vård- och behandlingsgarantin. Det innebär att du kommer få tid för undersökning inom tre månader". Och just dessa två meningar var överstrukna. Så det gällde alltså inte. [...]

Lisa: Men hur kändes det då att få det här brevet just med bara överstruket om tiden du får vänta? Lotta: Jo, men jag var nog inställd på det redan innan alltså, alltså att det skulle ta längre tid. Jag var nog inställd på det, det var jag. Och det ska jag nog säga samtidigt för under den tiden så hann jag ju dels bearbeta det för mig själv och jag hann bearbeta det för omgivningen, hann jag också göra. Så det... jag var inställd på det. Kanske inte ett år fullt men, ja, jag var inställd på det. (Lotta, 61–65)

Till skillnad från de yngre deltagarna hade Lotta och de andra äldre deltagarna i studien levt ett långt liv innan de tog steget att söka sig till den könsbekräftande vården. Jag tolkar svar, såsom Lottas, som att tiden i väntan för dessa deltagare upplevdes mindre påfrestande än för de yngre deltagarna då de redan väntat under stora delar av sina liv.

### **Väntan under utredningen: brist på information och att "hållas i väntan"**

Påtagligt i intervjuerna är att det inte bara var väntan innan utredningen som var påfrestande, utan även väntan under utredningen. Särskilt är det här tydligt i berättelserna från de som utretts under de senaste åren, när tiden mellan besöken under utredningen ökat till följd av ett ökat antal som söker sig till den könsbekräftande vården (se också Linander & Alm 2022). Likt hur Oskar beskrev väntan innan utredningen som att livet stod still beskrev han tiden under utredningen som att han hela tiden väntade på när nästa tid ska komma; ”hela livet kretsade kring [mottagningen]”. De av mina deltagare som utreddes några år bakåt i tiden tog istället upp att även om de vid tiden upplevde väntan under utredningen som påfrestande, så är de idag tack-samma över att inte behöva vänta så länge som de hade behövt idag. Exempelvis Charlie tryckte på att även om han upplevde väntan under utredningen som bra då den gav honom den tid han behövde för att tänka mellan mötena, kan han se att om han hade behövt vänta längre hade det varit påfrestande.

Alltså det gav ju också en tid att dels gå igenom för sig själv vad man hade pratat om eller vad man hade gjort och såna här saker och kanske rannsaka det som hade kommit fram. Att man liksom fick tid att processa och bearbeta saker och ting som kanske var lite jobbigare, som man kanske inte hade upplevt som jobbigt då liksom. Men det gav ju också tid att faktiskt utforska såhär om man var på rätt väg eller om man liksom verkligen ville det här. Just eftersom det just ändå tog tid. Alltså hade [utredningen] gått på typ två månader så tror jag inte att man hade varit lika färdig i sin egen liksom identitet. Och om det hade tagit mycket längre tid så tror jag att jag hade varit *väldigt* färdig med min identitet men tröttnat på liksom det här väntandet. För det är ju det som liksom också kan knäcka en ganska mycket. (Charlie, 25–30 år)

Det finns alltså i intervjuerna en skillnad mellan de som fick diagnosen senaste två, tre åren och de som fått den något tidigare. Flera av deltagarna som nyligen genomgått utredningen beskrev det som att de inte hade varit förberedda på den långa väntan just *under* utredningen.

Jag var väldigt förvånad att veta... när jag väl fick min första tid, första träffen, så tänkte jag att nu är väntan över, nu är jag inne i systemet. Nu kan jag slappna av. Det fick jag reda på att efter att jag var klar med kuratorsbesöken att... nu är det nästa kölista du sätts på. Från kurator till psykologträff var det tio månader till att vänta där jag inte träffade en enda människa och så träffade man psykolog och sen var det tio månader till läkare. Då tänkte jag att nu är mina möten klara, nu är det färdigt. Det är bara för dem att ha ett gemensamt möte där de sätter diagnos. Då är det bara [att] vänta. Det tog tre månader till... [...] Jag var inte informerad eller jag förstod inte vilken väntetid det var även om du var inne i systemet. Det hade jag ingen aning om och det hade ingen pratat om heller. Jag trodde att nu är du inne, nu kör det på, men nej... det är väntelista efter väntelista vart du än ska. Det var lite frustrerande. (Anton, 25–30 år)

Anton sade också att medan Lundströmmottagningen på hans första mötet hade sagt att utredningen förväntas ta ungefär ett år, tog den i praktiken två år till följd av väntetiderna. Därför upplevde han det som frustrerande att han inte hade fått information från mottagningen kring väntetider mellan de olika delarna av utredningen. Han tryckte också på att han vanligen inte fick några uppdateringar



under utredningens gång, kring hur väntetiden förändrats. Det här känns igen från många andra av mina deltagare. Exempelvis Philip beskrev det såhär:

Den aspekt av det här som gjorde allt så mycket värre var ju väntetiden [...] Jag hamnade mellan stolarna för jag hade ingen kurator på typ fem månader för jag väntade på nån typ av psykologtid och så gick jag jättelänge och liksom väntade och hade ingen tid och fattade inte men okej när ska jag få komma dit? Och jag tyckte det var *så* jobbigt att inte veta liksom... [...] Om jag sa typ såhär "hej det är jobbigt för jag inte vet vad som händer" då sa dom bara "men tyvärr så är det". [...] Men det svåra var ju det här att jag inte hade nån tid... att jag inte visste... okej, vilket datum väntar jag på? (Philip, 25–30 år)

Som dessa exempel från intervjuerna visar, upplevdes det som särskilt påfrestande att inte få uppdateringar och information om väntetider under utredningen. Flera tog särskilt upp väntan inför läkarbesöket som något som tog tid och som var påfrestande, vilket inte är oväntat till följd av den läkarbrist som mottagningen haft under en tid. Många av deltagarna betonade att de visste att mottagningen hade problem med läkarbrist, men att det ändå var påfrestande att vänta. Särskilt angav de som inte fått information från mottagningen om läkarbristen, att detta varit något de hade upplevt som negativt. Med andra ord lyfte de en bristande transparens från mottagningens håll. Anton sade:

Jag fick reda på via Facebook att de inte hade en läkare. Det är inte där jag vill ha den informationen. Jag vill att de själva via brev eller på hemsidan ger ut att så här ser läget ut just nu och det är därför det här händer, för annars sitter man bara och blir mer och mer frustrerad för att det tar tid. Då är det inte konstigt att det tog flera månader att träffa någon för jag hade ingen att träffa och jag tror att min frustration och ilska hade kunnat lugna sig lite om jag bara vetat vad som hänt [...] (Anton, 25–30 år)

Flera deltagare tog upp att de under tiden i väntan under utredningen blev så frustrerade och oroliga att de valde att själva ringa runt till andra mottagningar i landet för att se om de kunde få en tid där. Vissa hade fått detta som tips från mottagningen, andra hade hört om det från vänner och bekanta, eller läst i Facebook-grupper för transpersoner att andra gjort så. Även om det här ingav en känsla av att ha lite kontroll i en situation som annars var utanför deras kontroll, så tryckte deltagarna på problemet med att de själva behövde lägga tid på det här, för att mottagningen inte hade en läkare. Deras narrativ är överensstämmande med hur forskning visat att långa väntetider gör att transpersoner "tar saken i egna händer" (Pitts-Taylor 2020), vilket också gör att ansvaret för vården *de facto* förflyttas från berörda vårdinstanser till den vårdsökande själv (Linander et al. 2017). Det här upplevde flera deltagare som problematiskt, då olika personer inte har samma förutsättningar för att klara av att ta detta ansvar själv. Exempelvis Philip sade:

Det blir plötsligt den här ojämlikheten igen liksom, att om man är driftig, då kunde man helt plötsligt hoppa hela den kön och komma till en annan region på tre månader, men om man inte är det och mår så dåligt av hela grejen att man knappt kan röra sig liksom och kanske behöver det ännu mer, då får man bara ta det och ligga och vänta. (Philip, 25–30 år)

Det här pekar mot en situation där de långa väntetiderna skapar en ojämn vård, där personer som orkar och har möjlighet kan få en tid snabbare. Det här är av vikt i relation till det faktum att många med könsdysfori lider av psykisk ohälsa relaterad till såväl könsdysforin som ”den utsatthet och diskriminering som personer som avviker från cis- och heteronormen kan uppleva” (Socialstyrelsen 2015: 32).

Många av deltagarna tog upp att mottagningen hade sagt att utredningen skulle komma att ta minst ett år, då man ville att patienterna skulle ha tid att tänka genom sitt beslut. ”[M]an ska hinna fundera själv och liksom se till att det verkligen är rätt beslut”, som deltagaren Erik sade. Andra deltagare beskrev det som att de upplevde det som angivelsen ”minst ett år” handlade om att mottagningen ville bedöma om de var trans ”på riktigt”. Det här skapade för många en känsla av frustration, då de kände att de redan visste att de är trans. Andreas sade:

Alltså det dom sa var i princip att, ja, det kommer ta minst ett år. Och det är liksom... dom förklarade som att det var för att dom skulle vara säkra på att jag var trans på riktigt. Och sådär. Men jag kände ju liksom... jag vet ju redan.  
(Andreas, 25–30 år)

Dessa svar visar på en spänning mellan ideal om en könsbekräftande utredningsprocess som är till för de vårdsökande och en utredningsprocess där utredningsteamet avgör hur länge en vårdsökande behöver vänta för att utredningsteamet ska kunna fatta beslut om diagnos (jmf. Linander et al. 2021: 318). Många beskrev också det som att, eftersom det behövde ta minst ett år att utreda, så fick de en känsla av att utredningsteamet ville få tiden att gå och att de därför drog ut på processen. Det här är i enlighet med hur Linander et al. (2017: 13) beskriver väntan som en *avsiktlig* del av utredningen, där ”att låta tiden gå” används som ett diagnostiskt verktyg för att utreda om vårdbehovet består över tid. Med andra ord handlar det om en upplevelse av att ”hållas i väntan” för att nog med tid ska gå innan beslut om diagnos kan fattas. Exempelvis deltagaren Johan beskrev det som att han kände det som att han mest ”satt av tiden”. Deltagaren Elin beskrev det på liknande sätt:

Elin: [...] I slutet när vi hade pratat om det mesta så kändes det mest som jag satt av tid för att dom ville att det skulle gå på en viss tid från att man hade möte till man skrev diagnosen. [...]  
Lisa: Så mer att du fick en känsla av att dom försöker få tiden att gå på nåt sätt?  
Elin: Exakt. Det känns som att dom behöver att det går ett år innan dom kan göra ett beslut och att... nu ska du gå ett år bara så vi ser att inget annat händer. Att hon inte ändrar sig eller nåt sånt, ja. (Elin, 18–24 år)

Elin betonade tiden under utredningen i termer av att få tiden att gå. Hon upplevde det som att de vanligen på mötena inte pratade om saker som hjälpte henne, utan mer som att hon var tvungen att gå på en viss mängd möten för att utredningen skulle ta minst ett år. Många deltagare, inklusive Elin, tog upp att de upplevde det här frustrerade då de redan en längre tid innan utredningen hade funderat kring sin könsidentitet. Därför upplevdes det som frustrerande att hållas i väntan eftersom det, som Elin beskrev det, ”redan [har] gått jättelång tid”. För dessa deltagare påbörjades processen med tankar kring könsidentiteten långt innan utredningen började; långt innan väntan *under* utredningen.

Många tryckte också på att de kände det som att de under mötena pratade *runt* ämnet könsidentitet. Deltagaren Lucas sade exempelvis:

Jag fick ofta förståelsen att varför man gjorde mötena i nästan ett helt år, och varför dom kanske inte alltid var 110% fokuserade på transidentitet, var för att ge folk lite tid att tänka mellan mötet. [...] Iallafall hur dom behandlade mig var lite den här vi sitter och pratar om lite grejer och så har du en månad nu typ-ish nånstans sådär... [...] Så sitter du och tänker på det, sitter och funderar på det [mellan mötena]. (Lucas 18–24 år)

Det här gör att vi kan förstå väntan under utredningen som ett diagnostiskt verktyg, med syftet att ge den vårdsökande tid att tänka. Det här förutsätter dock en vårdsökande som *behöver* tänka igenom, och under tiden för utredningen utforska, sin könsidentitet. Att ”hållas i väntan” är därmed också ett uttryck för den faktiska maktrelation som finns inneboende i utredningen, där medicinsk, psykosocial och psykiatrisk expertis är de som har rätt att bestämma när nog mycket tid har passerat för att beslut om diagnos ska kunna tas.

### **Väntan efter utredningen: en lång och ovisst väntan på könsbekräftande behandling**

Majoriteten av deltagarna betonade att väntan efter diagnosen var den kanske allra mest psykiskt påfrestande då det var oklart hur länge de skulle behöva vänta. Lucas beskrev det såhär:

Men när året av utredning var klart då kände man lite men okej då kan vi... nu när vi på nåt sätt har konstaterat detta, då kan vi ju börja med hormonerna och så... jag hade sagt att ja, men jag kan vänta lite med mastektomin liksom och gå nåt år på hormoner. Och så fick jag inte hormoner förrän [årtal]. Så det blev lite... det var egentligen inte det här året av utredning som var hela grejen utan det var att... ja, men jag var klar med min utredning i slutet av [årtal], så det var ju typ tre år... 2,5 nånting. Det var den tiden som jag tycker är väldigt negativ. [...] Men... det var väl det att inte ha nån kontakt med nån riktigt. Att inte... veta varför det går så långsamt. (Lucas, 18–24 år)

Likt Lucas beskrev många av deltagarna det som att tiden efter diagnos, men innan de fick behandlingar, som mycket negativ. Likt vid väntan innan och under utredningen var det många som tryckte på att den långa väntan förvärrades av att det var svårt att få besked från mottagningen om hur det gick med deras remisser. Deltagaren Maria beskrev det såhär:

Det hade ju varit väldigt tacksamt såklart eftersom det blir ju trygghetsskapande att veta att okej nu ligger den här remissen iallafall, så det är nån som kommer ta i den. Men det är ju som en svart vägg, det mesta. (Maria, 36–40 år)

### **Sammanfattning av kapitlet**

Det här kapitlet har visat att väntan innan, under och efter utredning om könsdysfori vid Lundströmmottagningen för vårdsökande medför ett ökat psykiskt lidande, inte

minst då många av patienterna lider starkt av sin könsdysfori. Det framkommer särskilt att deltagarna upplever en brist på information från mottagningen om deras remisser som problematisk. Deltagarna hade velat både få mer återkoppling och att det hade varit lättare att kontakta mottagningen för att få information om hur det går med remisserna. Kapitlet har även belyst hur väntan under utredningen upplevdes av de vårdsökande som att de ”hölls i väntan” för att nog med tid ska passera innan diagnos kan sättas. Det här har i kapitlet satts i kontrast till hur deltagare betonade att de redan hade funderat på sin könsidentitet under en lång tid innan utredningen, ensamma och/ eller tillsammans med samtalsstödsinstanser utanför den könsbekräftande vården.

Sett utifrån alla människors rätt till bästa möjliga hälsa så är det viktigt att betona de långa väntetiderna efter remiss – och det faktum att mottagningen inte lyckas hålla vårdgarantin – som ett problem. Det här kan tolkas som en bristfällig tillgång till könsbekräftande vård som bidrar till ett försämrat mående för patientgruppen, vilket givetvis försvårar patienters möjlighet att nå sin bästa möjliga hälsa (jmf. OHCHR 2022b). Det här är ett generellt resursmässigt problem inom den könsbekräftande vården snarare än ett problem specifikt för Lundströmmottagningen, men som likväl drabbar den specifika patientgruppens möjligheter att ges tillgång till bästa möjliga könsbekräftande vård (jmf. Yogyakarta Principles 2017). Vidare pekar upplevelser av brist på återkoppling och information – såsom hur väntetiden förändrats över tid – mot ett problem vad gäller vårdsökandes rätt till informationsmässig tillgång till könsbekräftande vård. Eftersom erfarenheter av brist på information för många deltagare i den här studien också hade inneburit ett psykiskt lidande (jmf. SOU 2017:92; Linander & Alm 2022) kan situationen förstås som bidragande till en försämrad hälsa för patientgruppen. Konkret innebär det här att vården, i egenskap av skyldighetsbärare, brister i förverkligandet av de vårdsökandes rätt till både skälig tillgång och tillgänglighet av könsbekräftande vård, såväl vad gäller ”faktisk” och informationsmässig tillgång och tillgänglighet. Även om resursbrist och den ökning av vårdsökande som skett givetvis spelar in här, är det sett utifrån ett patient- och mänskliga rättigheter-perspektiv likväl viktigt att betona de negativa konsekvenserna väntan och ovissheten har för patientgruppens välmående (jmf. Socialstyrelsen 2015: 34).

## **BEMÖTANDET FRÅN MOTTAGNINGEN, UTREDNINGENS SYFTE OCH DE OLIKA UTREDNINGSMOMENTEN**

---

### **Att söka sig till mottagningen: förväntansfullhet och oro**

Flera deltagare beskrev det som att de var förväntansfulla inför att påbörja utredningen. Det här stämmer särskilt överens med deltagare som, i enlighet med hur Lundströmmottagningen beskriver utredningen (Västra Götalandsregionen 2022a), tryckte på att en aspekt de förväntade sig innan de kom till mottagningen var att de under utredningen skulle få hjälp att ”utforska” sin könsidentitet. Lucas beskrev det såhär:

Jag var väl fortfarande lite ifrågasättandes av mig själv när jag kom hit. Så jag var... väldigt positiv till att ha många möten och prata igenom med alla. Och få liksom riktigt bra... prata med dom här personerna. (Lucas, 18–24 år)

Det kunde bland annat handla om att de kände sig förväntansfulla inför att få prata om sin könsidentitet, som ett sätt att bli bekräftade.

Ingrid: Alltså att prata om detta här, att bli bekräftad.

Lisa: Och vad innebär det för dig att bli bekräftad?

Ingrid: Ja, men att känna såhär som jag gjorde, att det var okej. Möta personer som hade kunskap om detta här. [...] (Ingrid, 66–70 år)

Det här skiljer sig från deltagare som innan de kom till utredningen redan kände sig säkra på sin könsidentitet och därför inte sökte sig till mottagningen för att utforska sin könsidentitet, utan endast för att få tillgång till könsbekräftande behandling. Många i denna grupp hade redan levt i enlighet med sin nuvarande könsidentitet under flera år, och/eller hade redan pratat med psykologer, terapeuter och/eller skolsköterskor om sin könsidentitet under en längre tid. Såsom Elin sade i förra kapitlet: det hade ”redan gått jättelång tid”. Elin hade redan pratat med bland annat ungdomsmottagningen i hennes kommun under en längre tid innan hon påbörjade utredningen. På liknande vis sade Elliot:

Jag tänker såhär att det finns nog många som kommer dit och som vill ha hjälp att förstå sig själva. Så var det inte för mig. Jag kom dit och var såhär nu har jag bearbetat det här på egen hand. Jag kan presentera hur det har gått till. (Elliot, 25–30 år)

Flera, men inte alla, i denna grupp beskrev det också som att de förberedde sig på att bli ifrågasatta av mottagningen. Elliot, således, beskrev det som att hen ”stålsatte sig” för att orka med utredningen. Det här förklarade andra deltagare som att de var oroliga för att mottagningen inte skulle tro på att de är trans och att de därför behövde ”bevisa sig”. En sådan förväntan om att behöva ”bevisa sig” gällde också deltagare som beskrev det som att de förväntade sig att de behöva *visa sig* säkra på sin könsidentitet, snarare än att de helt och fullt var det. Det här gällde exempelvis Philip:

Jag förväntade mig att jag skulle behöva bevisa mig själv. Jag förväntade mig att jag skulle tycka det var jobbigt... [...] Jag förväntade mig att jag skulle bli ifrågasatt. [...] Jag hade hört mycket, ja, men du måste... du måste va helt säker annars får du inte... och du måste detta och detta. Så jag var ganska inställd på att det skulle bli en fight typ. (Philip, 25–30 år)

En förväntan om att behöva bevisa sig handlade för deltagarna om att bevisa att de är trans ”på riktigt” eller ”nog trans”. Som jag kommer att visa så återkommer denna tematik i relation till upplevelser av själva utredningen.

### **Bemötandet från utredningsteamet: skilda upplevelser av tillit och otrygghet**

Deltagarna med generellt positiva upplevelser av utredningen tryckte ofta på att de hade fått ett gott bemötande av utredningsteamet. De tog upp att de hade upplevt personalen som inkännande, engagerad och tillmötesgående.

Lotta: [...] [A]lla människor som man träffat! Trevliga, tillmötesgående... jag kan inte påminna mig någon som jag liksom har tyckt varit jobbig att ha att göra med. Jag kan inte påminna mig det. Alla människor som varit inblandade i det här!

Lisa: Som du har känt att det varit... ja, men att det har varit bra bemötande från dom liksom?

Lotta: Ja, man har varit tagen på allvar och inte något, absolut inte något... i värsta fall skulle det kunna vara något nedsättande som man råkar ut för. Men absolut inte! Absolut inte! (Lotta, 61–65 år)

Som Lottas svar är ett exempel på, var det flera deltagare som tryckte på att de hade uppskattat att personalen på mottagningen var tillmötesgående och att man som patient blev tagen på allvar. Medan Lotta betonade att det var så genomgående under hela utredningen, var det många som tog upp specifik personal som de hade särskilt positiva erfarenheter av. Detta kan exemplifieras med deltagaren Karin. Medan hon var mer kritisk mot vissa aspekter av utredningen tryckte hon samtidigt genomgående på att hon hade uppskattat personalen hon hade mött, och särskilt socionomen.

Lisa: Det låter som utifrån när du pratar som att du upplever bemötandet från mottagningen bra generellt, stämmer det? Karin: Jo, det tycker jag. Dom skötte det bra där så. [...]

Lisa: Vad var det som gjorde att dom var så bra?

Karin: [Socionomen] var väldigt inkännande så att säga, hur man var. Frågade precis och hur det kändes och sånt emellan och sånt. [...] (Karin, 56–60 år)

På liknande sätt tog andra upp personalens engagemang och kunskap som positivt med utredningen.

Det var... jag skulle säga deras engagemang, de tycker att det var viktigt. De tyckte om sitt jobb, kände jag, att de vill hjälpa en. Det märktes tydligt eftersom jag tog så lång tid på mig. [...] Deras kunskap. (Niklas, 36–40 år)

Flera deltagare beskrev det som att de upplevde det som att personalen ville dem väl och var där för att hjälpa dem. Viktigt för att förstå dessa erfarenheter är att de här deltagarna betonade att de hade känt sig trygga under utredningsmötena. Många av dessa deltagare beskrev det också som att de hade haft behov av att utforska sin könsidentitet, eller att prata om andra aspekter av deras välmående och liv, med utredningsteamet. De beskrev, till exempel, det som att de under utredningen hade fått möjlighet att utforska sin könsidentitet och många av dem tryckte även på att personalen hade den kompetens som behövdes för att hjälpa dem med det. Deltagaren Niklas sade exempelvis att han fick hjälp under utredningen av psykologen att ”reda ut vad som är vad”, vilket i hans fall handlade om att reda ut varför han har mått så dåligt under sitt vuxna liv. Han fick hjälp att förstå vad som bottnar i hans könsidentitet och vad som handlar om psykisk ohälsa orelaterad till könsidentiteten.

Niklas: [...] Först ville jag verkligen gå från barndomen upp till vuxen ålder innan jag förstod att det har inget med [min uppväxt] att göra utan det är som jag är.

Lisa: För dig var det viktigt att prata om barndomen för att sen försöka förstå vad som... kan vara... [...]

Niklas: Ja, bena ut och hålla isär vad som är vad. [...] Eftersom jag har levt hela livet som en kameleont och flutit... lurat mig själv så kom jag till precis rätt ställe för där gick det inte att lura någon. (Niklas, 36–40 år)

Även Maria tog upp att samtalen med psykologen hade varit utvecklande och lett till ökad självkänedom tack vare dennes kompetens och kunskap. Som för Niklas

handlade det här om att reda ut vad som i hennes psykiska dåliga mående härrör från könsidentiteten och vad som är separat från den.

Maria: [...] [Psykologen] är väldigt, väldigt bra. Och det blev ju som samtalsterapi för mig. [...] Det finns massor att säga om det. Dom samtalen var väldigt djupa och utvecklande och jag fick möjlighet att liksom koppla ihop hela min livstråd på nåt sätt. Och... det har... varit till stor hjälp. [...]

Lisa: Du tryckte ju på att det har varit utvecklande, kan du utveckla det lite, vad är det som har varit utvecklande för dig i dom samtalen?

Maria: Ja, det beror väl på att, ja, att [psykologen] är så bra helt enkelt. Att [psykologen] har en förmåga att hjälpa samtalet i den riktningen och... liksom uppmuntra min egen förståelse utav mig själv och sammanhangen och allting. [...] Men i alla fall för min del har det blivit en sån solskenshistoria just av det skälet, just eftersom det var så personligt utvecklande att få en så bra psykolog. (Maria, 36–40 år)

Under intervjun tog Maria också upp att hon i samtalen hade fått stort förtroende för psykologen då hon kände att den förstod vad hon försökte kommunicera. Hon tryckte på att relationen till psykologen hade känts ”väldigt, väldigt, alltså extraordinärt” tillitsfull.

Flera deltagare betonade således att de hade uppskattat att utredningsteamet, och kanske särskilt psykologen, hade fått dem att förstå sig själva och sitt liv bättre. I flera av narrativen var relationen med psykologen genomgående tillitsfull. I vissa fall handlade det emellertid istället om att psykologen efter en tid hade fått deltagaren ifråga att börja känna sig trygg. Alexander, som hade vad han beskrev som en ”taskig bakgrund” sade att han i början inte litade på psykologen och var rädd för att hans uppväxtförhållanden skulle bromsa eller stoppa utredningen (jmf. Bremer 2011; Linander et al. 2017). Allteftersom förändrades dock relationen till psykologen, något som han sade hade att göra med att psykologen var mycket duktig. Psykologen fortsatte visa att hen fanns där för honom och brydde sig, vilket gjorde skillnad.

Men man kan säga att jag litar inte så mycket på psykologer eller kuratorer... [...] Eftersom jag varit med om en lite taskig bakgrund, vilket gör att jag inte litar på såna människor. Det kändes jobbigt att ens gå dit. Och sen veta om att jag ska vara där ett år. Jag tänkte... shit, hoppas tiden flyger iväg. Och så vet jag att allt jag säger och gör kan vändas emot en, eller användas i fel syfte [...] Men sen märkte jag att även om de fick veta min djupaste hemlighet så gick det ändå framåt, det blev inte stopp som jag hade trott. Men jag var fortfarande nogg under ett år. [...] Man kan säga att [psykologen] hade väldigt tufft i ett år att bryta ner den muren jag hade byggt upp i många år [...] Jag var helt stängd. Och [hen] försökte ändå hjälpa mig på många sätt. Jag tänkte ju att prata med en psykolog hjälper ju inte, det är bara något jag gör för den processen, för att komma längre fram. Men jag märkte ju att under vägens gång sa [hen] väldigt bra grejer [...] (Alexander, 18–24 år)

Alexander tryckte på att han idag är glad att psykologen ifrågasatte honom genom att fortsätta ha tålmod och försöka få honom att öppna sig, detta då det hjälpt honom att bearbeta sin uppväxt. Det här hade, i sin tur, gjort honom säkrare på sig själv och vem han är. ”[O]m det är nånting jag håller kärt så är det min psykolog som gjort den här

utvecklingen med mig”, sade han. På relaterat vis tog Ingrid upp att hennes psykolog ifrågasatte och provocerade henne genom hela utredningen, men att hon såg det som nödvändigt och bra.

Ingrid: Den där psykologen var oerhört tuff mot mig. [Hen] provocerade mig väldigt mycket. Vilket var mycket bra.

Lisa: På vilket sätt provocerade [hen]?

Ingrid: Ja, men att ställa frågor som gick rakt in till mig och som gjorde att jag var tvungen att reflektera och... och vara sann mot mig själv.

Lisa: Så även om frågorna... att dom provocerade så upplevde du dom som bra? Och som att dom hjälpte dig?

Ingrid: Ja, ja. [...] [M]en samtidigt... varje gång så var jag i mer eller mindre upplösningstillstånd [...] Men då kände att jag hade kommit en bit på vägen, att bli sannare person mot mig själv. Min självkänsla, så att säga, var inte så bra när jag var upp mot 45–50 år... [...]

Lisa: Men upplevde du då att din självkänsla blev bättre av utredningen?

Ingrid: Ja, det hjälpte mig, det hjälpte mig, mm. (Ingrid, 66–70 år)

Ingrid menade att det var bra att psykologen ställde frågor som gjorde att hon var tvungen att omvärdera sig själv och sitt liv. Hon beskrev det som att även om hon kände sig relativt klar i sina tankar om sin könsidentitet så var det mycket annat i livet som hon vid tiden behövde bearbeta och reda ut, vilket utredningen hjälpte henne med. Hon tryckte följdriktigt på att hon är tacksam över att utredningsteamet bekräftade hennes känslor kring sin könsidentitet, men att de samtidigt hjälpte henne att kunna ifrågasätta sig själv.

Samtidigt betonade Ingrid att något som hade kunnat göra bemötandet ännu bättre, var om hon från utredningsteamet hade fått mer information om var hon var i processen.

Ingrid: [...] [N]ånting som jag kan ha saknat var just det här att... att jag kände mig lite vilsen i var är jag i den här processen. [...] [S]amtidigt kan jag tycka det att det hade varit bra om man hade nån som förklarade var man var. [...]

Lisa: Så hade det varit bra med nån som både berättade mer vad som ska hända när och som sen på nåt sätt...

Ingrid: Ja, så tänker jag. Men jag har funderat lite efter du kontaktade mig och såhär om jag har några förslag på några förbättringar och då tror jag liksom att, att tydliggöra var man är i den här processen, mm.

Lisa: Och du tänker det är då nånting socialsekreteraren kan prata med den som... på nåt sätt?

Ingrid: Ja, ”vi har pratat om det, vi har pratat om det, hur känner du inför det och nu är du här i utredningen och jag som utredare tänker att vi behöver”...

[...] (Ingrid, 66–70 år)

En önskan om ökad transparens var en vanlig erfarenhet bland deltagarna (se också SOU 2017:92). Följdriktigt upplevdes det också som positivt när utredningsteamet var transparenta kring varför vissa frågor ställdes. Det här är i enlighet med hur Socialstyrelsen (SOU 2017:92) i sin utredning visar att transpersoner önskar ökad transparens kring syftet med utredningen, de olika utredningsmomenten och vad



som avgör om diagnos sätts eller inte. Anton jämförde sin socionom med sin psykolog och beskrev mötena med psykologen såhär:

Det var en väldig skillnad för nästa person jag träffade var psykologen och [hen] var fruktansvärt duktig, [hen] hade en lista och sa att mitt jobb är att ta reda på det här om dig. Jag kommer därför att ställa de här frågorna för att få fram de här svaren. [Hen] var väldigt tydlig med att nu kommer jag att fråga det här och det är för att... det var väldigt logiskt hela vägen. [Hen] och jag kom överens väldigt snabbt. [...] Det tycker jag underlättade från båda håll för då kunde jag genast ge [hen]... inte ändra mitt svar för få det [hen] vill ha utan... jaha, du vill veta om det här i min barndom, då kan jag svara det här, men jag har också den här delen information som kan hjälpa att få fram det du vill veta. Det tyckte jag var oerhört bra. När [hen] skulle få reda på om jag hade någon annan diagnos som spökade och då sa [hen]... då ställer jag frågan om din tidigare skolgång, för det brukar ge en bra indikator om man hänger med i lektionssalen. Då sa jag att grundskolan gick bra, gymnasiet gick bra, jag har efterstudier. Då kunde jag lägga till att jag har tagit körkort för då visste jag att det hjälper också att veta att teori och praktik inte är problem. Det hjälpte på [psykologens] sida att veta att då vet jag det. [Hen] jobbade mycket smartare, mycket mer logiskt. (Anton, 25–30 år)

De positiva upplevelserna kan sättas i kontrast till exempel där deltagare har upplevt bemötandet som sämre, i sin helhet, eller i relation till specifika individer de mött inom utredningsteamet. Inte sällan var det så att deltagare, såsom Anton, hade haft en eller flera kontakter som varit bra men någon annan som upplevts som mindre bra. Exempelvis tog Maria upp att hon först hade haft en annan psykolog som hon upplevde inte var personligt engagerad, där bemötandet hade känts rutinartat. På liknande vis tog Alexander upp att medan psykologen var bra, hade han upplevt det som att socionomen fastnade vid irrelevanta aspekter. Han betonade att socionomen inte fick honom att känna sig sedd och förstådd.

I samstämmighet med de positiva erfarenheterna av att ha fått veta varför vissa frågor ställs, upplevde deltagarna som inte fått denna typ av information det som något negativt. Cleo sade:

Jag tyckte inte dom förklarade det på Lundströmmottagningen. [...] Men jag tror att det är något man generellt alltid kan bli mycket bättre på, att förklara vad syftet med något är. [...] ”[J]a, hej, jag kommer ställa frågor om ditt sexliv och det gör vi för att vi dels vill få en uppfattning om din kroppsliga dysfori och hur den påverkar dig...” Det är så lätt att förklara varför man ställer en fråga. Och det hade också gjort att jag som patient hade haft mycket mer agens, också i att... nu blir det... det var ju också att man inte kunde käfta emot dom där frågorna i och med att man är i en sån beroendesituation. Såhär jag vill inte svara på det här, eller varför ska jag svara på det här? Det fanns liksom inte på kartan för att man just har den beroendepositionen som kan ge konsekvenser som gör att jag inte får behandling. [...]. (Cleo, 18–24 år)

Cleo betonade att hen inte fått veta varför utredningsteamet ställde de frågor som de ställde. Hen hade inte heller vågat fråga eller kritisera frågorna; hen var rädd för att det skulle påverka vilket beslut de skulle ta om hens diagnos.

En deltagare, Andreas, tog upp att hans psykolog upplevdes konfrontativ och arg, vilket gjorde honom obekvämt och oroligt. Det här påminner delvis om Ingers berättelse. Men medan Inger betonade att det var bra att psykologen provocerade, var detta något som fick Andreas att känna sig otrygg. Han tryckte på att för honom var problemet att psykologen missförstod varför han blev oroligt.

Andreas: [Psykologen] märkte ju då att jag blev ganska nervös och uppjagad av att prata med [hen] men [hen] förstod nog inte riktigt att jag reagerade på [hens] tonfall och att det inte var att jag blev upprörd över sakerna jag behövde prata om. För... liksom... jag blev ju lite påverkad av hur [hen] pratade med mig. Men det tolkade [hen] som att jag tyckte det var jobbigt att prata om vissa saker.

Lisa: Men du tryckte på att [hen] på något sätt verkade konfrontativ?

Andreas: Ja, det var liksom såhär att... det kändes som [hen] inte kunde släppa vissa grejer liksom om... jag pratade till exempel om min tid i skolan och så och så berättade jag om det och det var ju lite jobbigt såklart för det är jobbigt att prata om jobbiga saker. Men då var det som att jag nästan var tvungen att liksom såhär prata om det om och om igen. Som [hen] nästan ville att jag skulle få ångest av att prata om jobbiga saker. [...] Fast det inte kändes som att det hjälpte för mig. (Andreas, 25–30 år)

Det här påminner också om deltagaren Mattias svar. I Mattias narrativ är det tydligt att han hade uppskattat mötena med socionomen, men att både psykologens och läkarens bemötande hade upplevts som bristfälligt. Medan socionomen fick honom att känna sig förstörd och lyssnad på, var det inte så med de övriga i utredningsteamet. Som för flera andra deltagare hade det här särskilt att göra med hur dessa personer ställde sina frågor under mötena. Han beskrev mötena med läkaren såhär:

Mattias: [...] Ingenting känna in hur mår den här personen idag... Utan det var som att man kände som att man var på ett Gestapo-förhör när man var i kontakt med [hen]. [...] Men det är ju inte någon process som är för den som är överkänslig eller så, eller inte har koll på sig själv. Så det kan jag ju känna för mig, att det var en trygghet att jag var lite äldre än deras vanliga målgrupp. Och har levt en del... [...] Det krävs ändå någon inre säkerhet i dig själv för att gå igenom den här processen.

Lisa: Du kallade mötet med läkaren... som Gestapo, vad innebär det?

Mattias: Det var väldigt såhär... det är klart att såhär... när du pratar med en människa vet du att du kommer behöva ställa väldigt känsliga och personliga frågor, jag menar då kanske du har en medvetenhet när du gör det. Såhär tonfall, du väljer kanske dina ord... jag upplevde med [hen] att det var väldigt såhär... [hen] kanske bara var rakt i sitt sätt att kommunicera men jag upplevde det som väldigt hårt och liksom kantigt. [Hen] ställde frågorna för att dom var nödvändiga. [...] Det finns ju sätt att ställa frågor och ställa frågor. (Mattias, 41–45 år)

Mattias beskrev både läkaren och psykologen som ifrågasättandes gentemot honom; mötena var mer gehör än utforskande och bekräftande samtal. Andreas och Mattias sade dessutom att samtalen med psykologen inte hade varit utvecklande för dem själva. Som även många andra deltagare tog upp, tryckte de särskilt på att de upplevde det som att psykologen fastnade på aspekter som de själv inte såg det som att de behövde prata om. Det var en vanlig upplevelse bland deltagarna; de upplevde det som att utredningsteamet ”fastnade vid” delar av deras liv som de själva inte upplevde särskilt avgörande.

Mattias betonade exempelvis att psykologen hakade upp sig på ”konstiga grejer” och inte förklarade varför hen ställde de frågor hen ställde. Som också intervjun med Andreas exemplifierar kunde det här bland annat ha att göra med uppväxten, skolgången och vänskapsrelationer i skolan. Som Cleos svar ovan är ett exempel på, kunde det också handla om frågor som kändes för intima eller inte som relevanta för ens könsidentitet, såsom frågor om sex och sexualitet (jmf. SOU 2017:92). Det kunde även handla om att de kände sig pressade att prata om saker de inte var bekväma med att prata om, vilket upplevdes som något negativt.

Jag upplevde att [socionomen] inte lyssnade på mig helt liksom. Eller jag fick... vi hade inte så bra kontakt överlag och [hen] fattar inte vad jag säger, vad som är relevant. Ja men... [hen] tog fäste på helt... när jag läste journalerna sen så liksom tyckte jag att [hen] har ju skrivit... tyckt att saker som var viktiga i det jag som pratade om... eller [hen] har liksom tänkt att det här ordet som han sa, det var det var viktiga. Som inte alls var... [hen] hade inte alls kopplat med mig bra och [hade] ställt massa irrelevanta [frågor]. (Philip, 25–30 år)

Philip tog upp att han upplevde det som att socionomen ställde frågor som inte var relevanta, vilket i hans fall bland annat var frågor om sex. Som flera andra också gjorde, tryckte han särskilt under intervjun på att han inte upplevde mötena som anpassade efter honom som individ utan att det istället var opersonliga standardfrågor.

Många deltagare beskrev det som att de behövt bevisa att de är ”nog trans”. Det här kunde bland annat handla om att de inte vågade ta upp osäkerheter kring könsidentiteten. Philip tog exempelvis upp att det opersonliga bemötandet från socionomen ”spädde på min upplevelse av att det här att jag blir testad liksom, eller jag måste bevisa mig” och att han ”måste följa nåt sorts mönster”. På liknande vis sade Mattias att han blev mycket oroad och otrygg av mötena med psykologen, vilket hade att göra med både hur hen var och hur hen ställde frågor. Mattias tryckte också på att han upplevde det som att det blev en obehaglig maktobalans i rummet där psykologen var den som ”står mellan mig och diagnosen”. Det här kan ytterligare exemplifieras med deltagarna Kalles och Jennys svar:

Lisa: Du sa också att du inte har känt dig riktigt trygg i mötena där. Kan du sätta ord på... vad är det som gjort att du inte känt dig helt trygg?

Kalle: Det har väl varit redan sen starten, från första början, att jag var tvungen att vara försiktig med allt jag sa och sånt där. Det gjorde ju mig direkt lite otrygg, att jag inte riktigt visste om jag kunde lita på dom och om vad jag sa skulle få konsekvenser och allt sånt där.

(Kalle, 18–24 år)

Så då kändes det som man skulle svara allting så att man passade in i mallen på ett sätt som inte kändes bekvämt även när man gjorde det. (Jenny, 36–40 år)

Upplevelsen av att behöva bevisa att man är ”nog trans” och därför inte känner att man kan ta upp osäkerheter och saker som inte passar in i mallen eller mönstret var en vanlig upplevelse, vilket också är i enlighet med tidigare forskning och utredningar (Bremer 2011; SOU 2017:92). Även om det i det nationella kunskapsstödet står att ”[o]säkerhet är inget hinder, tvärtom en möjlighet, till att utforska könsidentiteten och ett viktigt inslag i utredningen” så är det här viktigt att påpeka att det här står i

kontrast till många av mina deltagares erfarenheter. Som intervjun ovan med Kalle exemplifierar, är det centrala vad gäller bemötandet att det här skapade en känsla av otrygghet.

Slutligen fanns det också deltagare som beskrev mötena som att de inte gav så mycket men att de ändå hade känt sig trygga under utredningen. Dessa deltagare hade ofta generellt både positiva och negativa erfarenheter av utredningen.

Det har aldrig varit obekvämt när man har åkt dit men man har ju fått... man får ju frågor om har du tidigare trauman i ditt liv, har du tidigare liksom sexuella problem eller whatever. Och dom är obekväma att få absolut men man förstår ju också varför dom måste komma. [...] Det är inte så dom gör men det känns ju ofta som dom ifrågasätter. Liksom du kommer till det här stället, du är minderårig, [dom] ställer liksom mycket frågor om vem är du och varför tror du att du är den här personen. Definitivt, jag har ju definitivt varit defensiv när jag varit där några gånger. Men det är aldrig att jag har gått därifrån, eller känt när jag gått därifrån, att det här var ett jättehemskt möte. Dom tar mig inte seriöst, jag... mår dåligt helt enkelt liksom, har jag aldrig känt. Det är ju aldrig bekvämt att gå till en terapeut eller psykolog eller kurator liksom... det är ju aldrig så här feel good-känsla varje gång. Men det behövdes. (Lucas, 18–24 år)

Lucas underströk att han ofta upplevde utredningsteamets frågor som ifrågasättande men att han samtidigt förstod varför de behövde ställa de frågor de ställde. På så vis var, likt i Ingrid's narrativ ovan, ett ifrågasättande i hans narrativ inte i självklar motsats till att se utredningen som en möjlighet att utforska könsidentiteten och andra eventuellt relevanta aspekter. Han tryckte också på att även om mötena var jobbiga så upplevde han det som att han blev tagen på allvar och att de lyssnade på honom. Det här är ett exempel på erfarenheter av bemötandet som var komplexa, vilket, återigen, är ett generellt mönster i intervjuerna.

### **Upplevelser av personlighetstester och andra verktyg under utredningen**

I det nationella kunskapsstödet står det, såsom jag tagit upp tidigare, att "[s]tandardiserade och normerade tester kan ingå när de bedöms motiverade i det enskilda fallet" (Socialstyrelsen 2015: 22). Många av deltagarna hade erfarenhet av sådana tester, såsom personlighetstest och andra screeningtest som använts i syftet att dels utesluta andra diagnoser, dels bedöma deras psykiska mående. Dessutom hade majoriteten av de få deltagare i studien vars utredning var längre bakåt i tiden – något innan kunskapsstöden kom – fått göra IQ-test. Majoriteten av de som hade fått göra IQ-test upplevde detta som både kränkande och som att syftet med testet i relation till utredningens syfte var oklart, vilket är samstämmande med vad som framkommit tidigare (SOU 2017:92). Erfarenheterna av att göra personlighetstest och andra screeningtest för att utesluta andra diagnoser var mer komplexa där vissa deltagare betonade att de inte förstod testens bäring för utredningen, medan andra hade sett det som bra verktyg för att sedan i samtal med psykologen kunna prata om testresultatet och vad det kan peka mot.

[H]os psykologen fick jag fylla i en personlighetstest, massa hundra frågor som ska bedöma mitt temperament... vill jag minnas. [...] Det var intressant för jag har inte gjort något sånt test innan. Det var intressant att prata om resultatet på det sen, det var inget alarmerande. [...] Det enda som dök upp från testet var låg aggression, en låg tendens till aggressivitet och ilska... på fel sätt... värre problem kan man ha. Det tog vi upp och pratade lite mer med [psykologen] just inför att kunna ha integritet eller att kunna ha gränser och speciellt om man ska gå ut och leva som transperson, att kunna stå på sig. Det var viktigt, det pratade vi om och... det är i enlighet med vem jag är. Det var ganska... jag behövde prata om det för jag har lite bekymmer med det. (Johan, 31–35 år)

Johans svar är ett bra exempel på hur vissa upplevde det som att testet de fått göra fungerade som ett verktyg som möjliggjorde att de tillsammans med psykologen kunde prata om aspekter de menade att de behövde prata om. I dessa narrativ upplevdes testet ifråga som ett verktyg som kan identifiera den problematik just de har. På relaterat vis beskrev andra deltagare, såsom Andreas, hur det/de test de fått göra fungerade som ett slags sorteringsverktyg. Andreas beskrev hur han och psykologen med hjälp av testen han fick göra tillsammans kunde reda ut ”vad som var vad”.

Lisa: Dom här screeningstesten du nämnde, hur kändes det att fylla i dom och så?

Andreas: Ja.... alltså helt okej. Det var liksom inget såhär... allt som kom upp i dom var ju saker som jag redan hade uppmärksammat mig själv på tidigare. Liksom såhär... har du mått dåligt? Ja, det har jag. Det vet jag redan. Har du koncentrationssvårigheter? Ja, jo, det har jag. Nä, men det var inget konstigt så där. Så det var... det var helt okej.

[...]

Lisa: Men var det nånting som ni sen kunde prata kring? Jag tänker man kan ju också använda testsvar som ett sätt att ha...

Andreas: Jo, men visst, jo, men precis. Jo, vi pratade ju om det sen och liksom vi pratade om... ja, du har depression och det kan bero på olika saker. Det kan vara kopplat till könsdysforin på det här sättet men det kanske inte är kopplat av dom här anledningarna. Så jag tyckte ändå... det gav ändå nånting. Och sen så... har det väl också bra för dom att utesluta liksom vissa åkommor. Men du har kanske inte bipolaritet eller du har inte det här. Då kan vi lämna det.

(Andreas, 25–30 år)

På liknande vis beskrev deltagaren Philip testet han fick göra såhär:

Jag uppfattade inte helt vad det heter men nån typ av ”har du nån typ av psykisk problematik i olika områden”-test. Jag fick sitta och kryssa i olika rutor över såhär ”stämmer det överens med dig?” Bla bla bla. Och sen träffade jag [psykologen] två gånger för jag gjorde det första gången och sen andra gången pratade vi om det testet typ. Och det var neutralt liksom. Så det var typ nån grej att... nån liten utstickare på nån sak, som typ vi satt och pratade om. Och det kändes också... eller såhär alltså typ jag köpte hela den processen också på nåt sätt [...] (Philip, 25–30 år)

Samtliga dessa exempel visar på erfarenheter av testet där det sågs som en relevant, eller i alla fall godtagbar, del av utredningen. Det kan tolkas som att testen de fått göra upplevdes som relevanta verktyg för att bedöma vad som är ”normalt” och ”avvikande” i deras, exempelvis, personlighetsmönster (såsom att utesluta andra eventuella

diagnoser). Med andra ord upplevde dessa deltagare testen ifråga som möjliggörande snarare än begränsande i relation till tankar om deras könsidentitet och/eller andra eventuellt relevanta aspekter (jmf. Johnson 2019).

Andra deltagare var mindre positiva till personlighetstesterna, men till skillnad från IQ-testet sågs dessa test ofta inte som kränkande eller upprörande utan mer som *långtråkiga och inte särskilt givande och relevanta*.

Oskar: [...] Och jag fick göra nåt personlighetstest på typ två hundra frågor där man kom fram till att man var en vanlig människa. Jag ville inte... döda djur och sånt liksom. [...] Jag gillar andra människor. Jag vill inte döda andra djur. Ja, ja, jättebra, dom hänger samman.

Lisa: Men vad tänkte du om testet, hur var det för dig att fylla i det?

Oskar: Alltså det var... långtråkigt. Alltså det tog tid. Det var typ det som hela mötet gick ut på. Att jag skulle sitta och fylla i dom här 240 frågorna eller vad det nu var. [...] Nu har du fyllt i frågorna, nu sammanställer vi nån annan gång. Så nästa möte så gick man igenom vad man hade svarat typ då. Och det var typ "grattis du är en normal person", ja, tack. (Oskar, 18–24 år)

I Oskars svar ifrågasätts relevansen av testet han fick göra; han menade att inget test behövs för att visa att han är "en normal person". Ytterligare några deltagare tryckte på att de inte upplevde det tydligt varför de skulle göra testet och varför det var relevant för deras utredning.

Det var ett formulär jag minns att den här psykiatrikern ville att jag skulle fylla i och den här psykiatrikern påstod att det skulle ta mig minst två timmar att göra det. Och jag försökte få [hen] att "kan du inte skicka det formuläret?". [...] Men den flexibiliteten kunde [hen] inte liksom gå med på. Så jag var tvungen att åka dit och det tog en halvtimme att fylla i det där formuläret. Och det är en ganska jobbig... det är ändå i Alingsås [...]. Det var väldigt mycket omkring och det stressade mig och gjorde mig väldigt trött. Men [hen] kunde inte tänka att vi kunde lösa det på nåt annat sätt. Och sen så var det såhär... det var ett idiotiskt formulär. Vem skulle säga ja på frågan "har du problem med narkotika?", exempelvis? Det var såna väldigt basic frågor. [...] (Mattias, 41–45 år)

Mattias betonade det som problematiskt att ett helt möte lades bara på testet han hade fått göra och att han var tvungen att ta sig till mottagningen för att göra det. Han fick inte heller någon förklaring till varför han skulle göra testet; "det skulle bara fyllas i, på nåt sätt". Relationen mellan testet och utredningens syfte upplevdes därmed som oklart, vilket är i samklang med det som framkommit tidigare (SOU 2017:92). Svar likt Mattias visar på en konfliktfylld situation där relevansen av testen som bedömningsverktyg ifrågasätts. I dessa narrativ återfinns också en upplevelse av att behöva göra ett test som man varken förstår relevansen av och som man inte själv kan bestämma om man vill göra eller inte. På så vis kan testen här förstås som uttryck för den ojämna maktrelationen som utredningen innebär; mottagningen bestämmer att testet ifråga ska göras och eftersom den vårdsökande ifråga är beroende av utredningsteamets bedömning ifrågasätter den inte detta som en del av utredningen (jmf. Dewey & Gesbeck 2017).

Lisa: Och hur kändes det för dig att göra det här testet?

Maria: Jag tyckte det kändes lite underligt. Jag kommer ihåg att jag tänkte på ”vad har det här för bäring på mitt ärende?”. Det kändes mer som att det var... rutinsak. (Maria, 36–40 år)

[D]et kändes verkligen som jag slösade min tid för jag fick ju nåt sånt här personlighetstest. Anser du dig vara mer såhär eller anser du dig vara en person som funderar mycket eller är du en person som är pragmatisk? Jag har ingen aning vad jag fick ut av det och vad det hade med min utredning att göra. Det kanske dom har svar på, men det har inte jag. (Elin, 18–24 år)

Som dessa intervjuer sammantaget exemplifierar så skiljer sig upplevelserna av testen åt. Tydligt är också att det inte är så enkelt att de med mer positiva erfarenheter av utredningen i sin helhet var mer positiva till testen. Exempelvis var Maria genomgående positiv till sin utredning, men just det test hon fått göra upplevde hon som av oklar relevans. På motsatt vis hade Philip generellt negativa erfarenheter av utredningen, men just testet han fått göra lyfte han som något han tyckte fyllde sin funktion.

Många deltagare hade fått göra en så kallad tidslinje med socionomen, och/eller en karta över sina nära relationer. Precis som med testen så skiljer sig upplevelserna av dessa åt mellan deltagarna. I narrativen är dessa uppgifters status dock något mer komplext än personlighetstestens; vissa såg uppgifterna som grund för utforskande samtal, andra såg dem som främst bedömningsverktyg i den diagnostiska processen. Vissa betonade att de hade upplevt dem som bra metoder för att exempelvis få fatt i vilka som är ens viktiga livshändelser eller för att identifiera vilka som är ens nära personer i livet. För Andreas, följdriktigt, var kartan över sociala relationer en bra övning för att den blev ett sätt för honom och socionomen att prata kring hans ”komma ut”-process. Han sade:

Det kändes ändå bra att prata liksom om vilka... vad jag hade för relationer, vilka jag kände mig trygg med och vilka jag kunde vara öppen med och vilka jag inte kände mig öppen med. Och också lite såhär... vem av dom här tror du kan vara nästa person du kommer ut för? Hur tror du att den här personen kommer att reagera? Varför tror du det? Och så vidare... och liksom också för att se om jag har någon i min närhet som stöttar mig. Nån som jag kan prata med och så. Men det... det tyckte jag ändå var ganska bra. För jag var ju ganska... jag var ju väldigt orolig för att komma ut och hur andra skulle reagera liksom. Så det var ju ganska hjälpsamt. (Andreas, 25–30 år)

Flera deltagare hade fått göra en tidslinje över sitt liv. För flera av de äldre deltagarna var det här ett uppskattat sätt att få reflektera över sitt liv och vad i livet som varit betydande för varför de inte valt att söka sig till den könsbekräftande vården förrän nu. Det kunde också handla om att tidslinjen upplevdes som en slags bekräftelse på att det finns många händelser i livet som sammantaget visar på giltigheten i deras könsidentitet.

Flera deltagare hade upplevt tidslinjen som en del av bedömningsprocessen. Till exempel Lotta betonade att hon förstod den som ”en del av bedömningen”, det vill säga att den var ett verktyg för mottagningen i diagnosticeringsprocessen. Flertalet beskrev det också som att de i tidslinjen tog upp saker de upplevde det som mottagningen ville veta.

Lisa: Och den här tidslinjen du nämnde. [...] Hur var det för dig att göra den?  
Oskar: Alltså det var ju typ... det blev mycket fokus på vad tror jag att [hen] vill veta. Så jag mappade ut mycket typ såhär det var här jag upptäckte mig själv, det var här jag började se över det här, det var här [...] Så det var ju inte... så de andra stora livsevenen var ju inte... dom blev lite puttade åt sidan om man säger så, nånstans. Inte lika stort. [...] (Oskar 18–24 år)

Att många deltagare tog upp att de i tidslinjen tog med det som de antog var relevant för utredningen tolkar jag som att de erfor det som att den var en del av bedömningsprocessen. Dessa erfarenheter av övningen handlar därmed inte främst om att de fick användning av övningen, utan att de fokuserade på de delar av sitt liv som de tänkte var relevanta för vad mottagningen vill veta, så att teamet kan fatta beslut om diagnos. Just för att det handlade om en tidslinje kan det här förstås som att syftet med tidslinjen upplevdes vara att bedöma deras transerfarenhet *över tid*. Det här är i enlighet med den norm om linjärt kön – att ens könsidentitet och könsuttryck är stabilt och entydigt livet ut – som forskning visar till stor del präglar utredningar för könsdysfori (Linander et al. 2019). Jag kommer att återkomma till hur normer kring linjärt kön är synliga i mina deltagares erfarenheter av utredningen.

### **Närståendemötet och andra erfarenheter av att ha med närstående under utredningen**

En stor del av deltagarna hade haft ett närståendemöte som del av den psykosociala delen av utredningen, där en eller flera närstående bjöds in till att medverka under ett möte med socionomen. Det uttryckliga syftet från mottagningens håll med detta möte beskrevs vanligen av deltagarna som ett sätt att stärka patientens band till de närstående. Viktigt att påpeka här är att ett sådant möte inte är en obligatorisk del av utredningen. Av relevans för detta är också emellertid att det i det nationella kunskapsstödet för vuxna med könsdysfori står att den psykosociala "[u]tredningen bör i möjligaste mån inkludera möten med närstående" (Socialstyrelsen 2015: 34).

Det var flera deltagare som hade upplevt det som att det fanns ett ytterligare syfte med närståendemötet: att det användes som en del av bedömningsprocessen. Exempelvis Philip sade:

För till mig sa [socionomen] ”och sen ska du ha anhörigsamtal”. Och då sa jag typ men jag vill inte ha det för jag är 24 år gammal och vill operera bort mina bröst. Jag ser inte varför mina föräldrar ska komma hit på grund av det. Jag har en god relation till mina föräldrar men dom bor i andra städer liksom. Och varför ska mina föräldrar ta en dag ledig från jobbet för att åka hit för att jag vill operera bort mina bröst? Jag köper inte det liksom. Och hon sa typ... ”men vi vill att alla som är under 30 gör det, har anhörigsamtal”. Och jag bara ”okej, visst” och så var det slutet på den sessionen liksom och så var jag så sjukt arg väldigt länge och kände att jag åter igen blev omyndigförklarad. Här är jag som vuxen, här ska mamma och pappa komma och liksom prata... nån annan ska säga att jag är trans eller inte. Så kändes det. [A]tt mitt ord räckte inte. Jag anses inte kunna veta vad som är bäst för mig själv typ. (Philip 25–30 år)

Vissa deltagare, såsom Philip, betonade hur närståendemötet av socionomen hade formulerats som en obligatorisk del av deras utredning. Det här tolkade de som att mötets syfte var att deras närstående skulle komma dit för att *bekräfta deras berättelse*



(jmf. Linander et al. 2021: 315). Likt testerna och uppgifterna i föregående avsnitt, så kan detta beskrivas som ett användande av närståendemötet som ett diagnostiskt verktyg. Ett sådant användande av närståendemötet som en del av bedömningsprocessen upplevdes som problematiskt av deltagarna. I dessa fall erfors det som att närståendemötet användes av mottagningen för att ”leta efter tecken på huruvida en patient historiskt har uttryckt (den rätta typen av) transidentitet” (Pearce 2018: 143, min översättning från engelskan). Om närståendemötet används som ett bedömningsverktyg kan det också användas ”för” eller ”mot” den vårdsökandes egna berättelse, vilket för en del deltagare medförde att de ställde sig kritiska till att de skulle behöva ha ett sådant möte. Linander et al. (2021: 315) betonar också att faktumet att möten med närstående, i det nationella kunskapsstödet, finns inkluderade som en önskvärd del av den psykosociala *utredningen* gör att vi kan förstå det här som att närstående förväntas ha kunskap som utredningsteamet behöver.

Det kunde också handla om att deltagare hade erfarenheter av att utredningen tagit längre tid om man inte ville ha ett närståendemöte. På så sätt blev närståendemötet i dessa narrativ ett uttryck för en ojämn maktrelation där utredningspersonalen kunde fördröja processen för patienter som inte ville ha ett sådant möte (jmf. Pearce 2018). Elliot beskrev just hur hen kände sig fördröjd i processen, för att hen inte ville ha ett närståendesamtal. Hen tog upp att hen upplevde det som att mottagningen ville att hen skulle ”stanna upp i” den psykosociala delen av utredningen länge, något som hen förstod det som var kopplat till att hen inte ville ha med närstående på ett möte.

Lisa: Men fanns det... förklarade [socionomen] för dig varför ni behövde ses så många gånger? Fick du nån typ av förklaring från deras håll kring det?

Elliot: Dom ville träffa anhöriga.

Lisa: Och när dom inte fick det så fortsätta ni ha andra möten eller vadå?

Elliot: Då var det så att jag skulle tänka... fortsätta fundera på detta till nästa gång. [...] Det är inte ett krav. Vi kan inte tvinga dig att ta hit dina anhöriga, men vi kan fördröja processen för dig. [...] Dom har liksom protokoll över hur dom vill att saker ska gå till. Och det var hela tiden liksom att det här... det kan vara så att din diagnos hänger på detta.

Lisa: Dom sa det?

Elliot: Ja, att såhär om vi inte känner att vi är trygga med det här så finns det en risk att läkaren inte kommer att... känna sig trygg med att ge en diagnos.

(Elliot, 25–30 år)

I narrativet framkommer en tydlig upplevelse av att närståendemötet användes för att fördröja processen, samt att det uttryckts från mottagningen att tacka nej till ett sådant möte skulle kunna innebära att diagnos inte kan sättas. Här upplevdes närståendemötet som ett tydligt exempel på grindvaktande och kan förstås som ett uttryck för den i grunden ojämna maktrelation som råder mellan vården och den vårdsökande.

Även flera deltagare med positiva erfarenheter av närståendemötet tolkade det som en del av bedömningsprocessen. Till skillnad från de som såg mötet som ett grindvaktande ställde sig dessa deltagare istället uppskattande till att närståendemötet gav en möjlighet för mottagningen att få kunskap om dem; närståendemötet underlättade bedömningsprocessen. Exempelvis tog Anton upp att socionomen vid mötet hade frågat om hur han var som barn och att föräldrarna hade bekräftat vad han redan hade sagt till mottagningen.

Det var inte så mycket att säga för mycket av det [mamma och pappa] sa har jag redan sagt innan. ”Hur var han som barn?” [...] ”[N]ä, han var väl som alla andra barn”. För jag hade fått ärva saker både från syrran och brorsan så jag lekte lika mycket med killeksaker som tjejleksaker och jag hade klänningar, men lika mycket byxor... det fanns inget håll det drogs åt någonstans. [...] Jag tyckte inte att mötet gav så mycket i min situation för att jag hade stöttande föräldrar och de sa samma sak som jag hade sagt... [...] (Anton, 25–30 år)

På liknande vis beskrev deltagaren Mattias det som att närståendemötet hade gått bra då hans dåvarande partner kunde bekräfta hans berättelse om, vad han pratade om i termer av, sin maskulinitet. Trots Antons och Mattias skilda ingång till mötet från Philips och Elliots så belyser samtliga dessa upplevelser likväl en förståelse av vad Pearce (2018) och Linander et al. (2021) tar upp som att mötet har ett diagnostiskt syfte. På så vis visar det här på erfarenheter av att närståendemötet inte endast syftar till att stärka patientens stöd av sin omgivning, utan att det också var ett sätt för mottagningen att få kunskap som kunde användas i bedömningsprocessen.

Andra deltagare beskrev närståendemötet mer i samstämmighet med vad många av deltagarna beskrev som mottagningens uttryckliga syfte; att det ska främja patientens stöd från sin omgivning.

Det gjorde väl också att fick en förhoppning om att det kunde öppna upp att det skulle vara lättare att föra dom här sakerna på tal. För jag har också varit såhär att... jag har inte velat att det här ska vara nånting som allting kretsar kring. Att det är nånting som jag tar upp hela, hela tiden. Så det har jag helst inte gjort liksom. Så därför uppskattade jag väldigt mycket att befinna sig i en sån situation där det är det som är samtalsfokuset så att säga och sådär. Så skulle jag nog beskriva det. (Maria, 36–40 år)

Flera deltagare betonade att mötet var särskilt viktigt för deras närstående, något som Johan beskrev i termer av ”en samhörighetshandling” där hans närstående fick känna att de var involverade i processen. Som det här exemplifierar var det flera som tryckte på att mötet inte gav dem själva så mycket, men att det ändå var viktigt för deras närstående. Det här kunde exempelvis också handla om att närstående gavs möjlighet att ställa frågor om effekterna av könsbekräftande behandlingar, såsom hormonbehandling.

Och sen hade vi ju såhär anhörigsamtal och sånt som jag också tyckte var en väldigt bra grej. [...] För mig var det ju ganska skönt att jag inte behövde svara på alla frågor utan att min familj... dom kunde få svaren från personer som har kompetensen typ. När det gäller hormoner och såna saker... förändringar och sånt som jag vet att mamma var ganska orolig över. [...] Och även om det väl går om jag berättar såna saker också men det är ju också mycket lättare när nån med en annan kompetens berättar för anhöriga, tycker jag. För då kan dom också få lite mer ingående svar typ. [...] (Charlie, 25–30 år)

Deltagarna som var minderåriga under utredningen hade inte haft närståendemöte, men däremot hade deras föräldrar haft separata möten med utredningsteamet. Vissa tog också upp att mottagningen hade ordnat med särskilda möten med föräldrarna när behov hade uppkommit. Den stora majoriteten av dessa betonade att det hade varit bra

för föräldrarna att både ha separata möten med mottagningen och att det hade varit bra med extrainsatta möten tillsammans med dem själva. Inga deltagare hade negativa erfarenheter av att ha med sina föräldrar i processen, utan när det inte gett så mycket så var det mer för att föräldrarna inte hade så mycket funderingar och redan var stöttande.

De som hade erfart att möten med föräldrarna var viktiga för processen betonade att mötena hade gett föräldrarna möjlighet att ställa frågor, likt Charlies och Antons upplevelser av närståendemötet ovan. Det kunde också handla om att mottagningen gavs möjlighet att berätta mer för föräldrarna om processen. Deltagaren Kalle sade:

Kalle: Det var lite roligt, eller vad man ska säga, för man fick se mina föräldrar... jag tror det bara var pappa som var med kanske. Han fick lite skit av psykologen, det var lite kul att titta på. För han brukar vara så väldigt... ja... tar inte skit från nån. Men han fick sitta och lyssna på att hur han kanske inte var så bra som han trodde. Han fick lite förklaring och fick [svar på] lite frågor. Så det var lite spännande att titta på.

Lisa: Kände du också att det påverkade hur din pappa såg på processen?

Kalle: Ja, men det tror jag nog att det gjorde. Han... ja, det gjorde det.

Lisa: På vilket sätt, om du kan sätta ord på det?

Kalle: Han blev mer öppen för det. Han har varit väldigt beskyddande efter det vid många tillfällen. [...]

(Kalle, 18–24 år)

I lägen med föräldrar som hade varit tveksamma och oroliga kring specifika könsbekräftande behandlingar var erfarenheten att mötena hade varit betydande. Deltagaren Elin hade en pappa som bland annat hade varit orolig kring eventuella biverkningar av hormonbehandling. Vid intervjun tryckte hon på att hennes pappa hade behövt bli inkluderat mycket tidigare i processen. Så även om det var bra med separat möte för föräldrarna så tryckte hon på att det hade behövt vara fler sådana möten.

[...] Det känns nästan som mina föräldrar hade behövt vara där lika många gånger som jag var där eftersom att dom hade behövt... eller min mamma också kanske men framförallt min pappa som är så väldigt känslig för såna här saker. Han hade behövt vara med hela tiden typ. Eftersom att dom ska vara med och ta massa beslut liksom. Jag kan tänka mig att det var jobbigt för honom att nu liksom måste ni godkänna att du går igenom den här hormonbehandling. [...] Han hade ju hört talas om massa personer som ångrade sig och det fanns risker. Framförallt kände han sig inte informerad. (Elin, 18–24 år)

Medan andra deltagare tryckte på att deras föräldrar inte hade behövt något särskilt stöd, belyser erfarenheter såsom Elins och Kalles att vissa föräldrar tidigt kan tänkas behöva mer stöd. Det här bekräftar studien av Bartholomaeus et al. (2021) som visar på vikten av att se till både barnens, och deras föräldrars, specifika behov och erfarenheter under utredningen.

### **Sammanfattning av kapitlet**

Det här kapitlet har visat på tydliga skillnader i deltagarnas upplevelser av bemötandet från utredningsteamet och av de olika delarna av utredningen, såsom diagnostiska

tester och närståendemöten. Medan vissa hade positiva erfarenheter, hade andra mer negativa sådana. Många hade dock både positiva och negativa erfarenheter och dessa var ofta kopplade till specifika personer inom utredningsteamet. Kapitlet visar också att medan vissa deltagare upplevt att bemötandet bidrog till att de hade känt sig trygga under utredningen, var det andra som hade upplevt det som att bemötandet bidragit till att de hade känt sig otrygga. Ofta härrörde otryggheten från att de kände att de behövde ”bevisa sig” istället för att på ett tryggt, och inte värderande vis, kunna utforska och/eller prata om sin könsidentitet och andra möjligt relevanta aspekter av deras liv. Det framgår även en skillnad vad gäller erfarenheter av graden av transparens från utredningsteamet kring syftet med utredningen; varför vissa frågor ställs och varför vissa moment är nödvändiga. En majoritet av deltagarna såg positivt på en ökad transparens kring dessa aspekter.

Skillnaderna i upplevelserna av bemötandet från utredningsteamet och av de olika utredningsmomenten visar på en ojämn vårdssituation. Det här innebär att patienterna i egenskap av rättighetsbärare, i praktiken, inte har samma möjlighet att åtnjuta sina mänskliga rättigheter. ”Att få ett gott och jämlikt bemötande i vården, är en del av de mänskliga rättigheterna, svensk lag och sjukvårdens etiska princip om alla människors lika värde” (Västra Götalandsregionen 2022c). De skilda upplevelserna kan ha många och komplexa orsaker, men likväl kvarstår faktum att skillnaderna i upplevelserna pekar mot ett, i praktiken, ojämnt bemötande. Konkret innebär det här att medan vissa vårdssökande får tillgång till det stöd de önskar under utredningen, gör erfarenheter av dåligt bemötande, otrygghet och att behöva ”bevisa sig” att andra inte får det. Det här gör att utredningen, vad gäller vårdssökandes möjlighet att ta emot den vård och det stöd som erbjuds, ser olika ut mellan olika vårdssökande. I sin tur pekar det här mot att utredningen brister vad gäller rätten till inte bara jämlikt bemötande, men också rätten till likabehandling och rätten till högsta uppnåeliga standard för psykisk hälsa (Yogyakarta principles 2017). Skillnaderna vad gäller graden av transparens och tydlighet kring syftet med utredningen visar även på ett ojämnt bemötande vad gäller informationsmässig tillgänglighet till den könsbekräftande vården. Jag kommer fördjupa dessa aspekter vidare i nästa kapitel om psykosocialt stöd.

## **UTREDNINGSTEAMETS DUBBLA ROLLER OCH SVÅRIGHETEN I ATT TA EMOT STÖD FRÅN UTREDNINGSTEAMET**

---

### **Upplevelser av stöd från mottagningen**

I förra kapitlet visade jag att det är centralt huruvida utredningen upplevs som en trygg plats eller inte. Det här har även bäring för upplevelser av det psykosociala stödet. De deltagare som upplevde det som att de hade fått bra stöd av utredningsteamet var de som också beskrev relationen till utredningen och utredningsteamet som tillitsfull. Deras utredningar präglades vanligen av att de under utredningen hade upplevt det som att de hade getts goda möjligheter till att utforska och/eller prata om sin könsidentitet, och andra eventuella relevanta aspekter, utan att de känt sig granskade och värderade. De tryckte också på att det för dem hade varit bra att utredningsteamet såg deras psykiska mående som ”en helhet”, där inte endast könsidentiteten var av relevans. Exempelvis Charlie berättade att han först hade fått samtalskontakt med en kurator vid mottagningen, detta för att han skulle må bra nog för att orka med utredningen.

Charlie: Alltså jag kände ju såhär att om dom här ändå ska in och gräva i min hjärna så kan jag ju lika gärna säga som det är från början. För jag tror att... jag tänkte nog att det kommer att bli liksom mycket lättare om dom också vet liksom allt annat som försiggår i min hjärna. [...] [J]ag tänkte att om jag kan jobba med dom så har dom det mycket lättare att jobba med mig. Och att liksom få fram att det inte bara är nåt som sitter i mitt huvud eller att det inte är nånting som är konstigt med mig eller såhär. [...]

Lisa: Att du hade haft kontakt med kontaktpersonen innan, var det också en aspekt av det, tänker du? Att du på nåt sätt ändå hade haft samtal då tidigare om andra... det som du pratade om som grundproblemet på nåt sätt.

Charlie: [...] Jag tror att det blev mycket lättare också för mig att få en helhetsbild av mig själv på ett sätt, genom att få utforska också såhär vad jag gör... jag hade ju förstått att jag mådde skit liksom men jag visste ju inte alls hur jag skulle liksom hantera det. För det var nånting som jag aldrig hade behövt hantera innan liksom. Så att hantera allting som ett paket var ganska hjälpsamt för mig faktiskt. (Charlie, 25–30 år)

Till skillnad från upplevelser likt Charlies var det många deltagare som beskrev det som att de inte vågade, eller ville, ta emot stöd från mottagningen. Dessa deltagare var vanligen oroliga över att vad de sade och tog upp antingen skulle förlänga utredningen betydligt eller att det skulle användas som orsak för att inte ge dem diagnos (se också Linander et al. 2017: 13). Många deltagare valde därför att inte lyfta vissa aspekter. Det här hade ofta med psykiskt dåligt mående att göra, och innefattade erfarenheter såsom depression, ångestproblematik och ätstörningar. De deltagare som inte vågade vara öppna med exempelvis sitt dåliga mående upplevde det som att de blev värderade, och att denna värdering påverkade utredningen. Denna problematik med att vårdsökande under utredningen inte vågar vara öppna om, exempelvis, sitt mående är välkänd och förstås i de nationella kunskapsstöden som utredningsteamets ”dubbla roller” (Socialstyrelsen 2015, 2022). Det står i kunskapsstöden att den vårdsökande ”behöver ges utrymme att utforska sin könsidentitet och relaterade aspekter utan att känna sig värderad” och ”[o]m det inte går att uppnå någon fungerande terapeutisk allians bör man medverka till att personen får en stöd- eller behandlingskontakt utanför teamet” (Socialstyrelsen 2015: 39).

Deltagarna som inte hade vågat vara öppna gentemot mottagningen svarade vanligen att de hade velat kunna vara det.

Lisa: Hade du velat vara mer öppen och liksom inte tänka på vad du säger och inte?

Kalle: Ja, det hade jag velat. Jag hade velat veta vilken hjälp det fanns att få, för mina andra mentala problem jag hade som ung liksom, som jag inte vågade söka hjälp för.

Lisa: Mm.

Kalle: För jag vågade inte söka hjälp till exempel via UMO för jag var rädd att dom skulle få reda på det i Alingsås då och kanske sätta stopp för min utredning. (Kalle, 18–24 år)

Om jag hade haft en bra utredning och litat på dem så hade det kanske känts tryggare att få något stöd av dem, men efter ett tag kändes det som att allt jag sa vändes emot mig eller tolkades hur som helst utan att fråga mig om detaljer... jag hade inte känt mig trygg med att ha ännu mer kontakt med dem och prata om mitt mående för jag vet att det känns som att gå in i en fälla. (Kaj, 25–30 år)

Flera beskrev det också som att utredningen främst handlade om att svara på frågor, vilket inte skapade utrymme för stöd. Det är också så vi kan förstå hur jag tidigare beskrev det som att flera deltagare såg tidslinjen och testerna som moment som främst används i utredningssyfte. Det här belyser vad vi kan förstå som en inneboende spänning mellan utredarnas ”dubbla roller”; mellan utredningen som *en bedömning i diagnostiskt syfte* och som *en utforskande och stöttande process*.

Lisa: [...] Vad upplever du att du fick för stöd från Lundströmmottagningen under processen, nu tänker jag psykosocialt stöd? Du pratade om att du gick hos kuratorn efteråt, men under utredningen.

Johan: Inte under utredningen upplever jag inget stöd utan man var där för att svara på frågor och sen åkte man hem och så fanns det inte utrymme... samtidigt är man medveten om tids... att det finns så få tider och att man vill bli klar. Då kan man... det hade kanske funnits läge att ta upp saker själv, men då vet man att då blir utredningen uppskjuten för att de måste få svar på sina frågor och att man tar tid från sig själv om man skulle ta upp något. (Johan, 25–30 år)

Johan beskrev genomgående sin utredning som trygg och tillitsfull. Trots detta valde han att inte ta upp vissa aspekter kring sitt mående, då han upplevde det som att det skulle fördröja processen. Till syvende och sist var utredningen för honom främst en bedömningsprocess, inte terapi. ”Det känns som... att de utreder för sin egen utrednings skull, de har en utredning för att de ska reda ut vad de tycker om saken och vad de bedömer”, sade han. På samma sätt betonade Elin att ”[n]ånstans var det ändå mest för dom; det var inte för mig vi hade dom här mötena”. Elliot sade på liknande vis att utredningen inte var terapi utan ”nån slags intervju av mig”. Elliot betonade också genomgående under intervjun att utredningsteamet just är ett utredningsteam, inte en vårdinstans. Därför beskrev hen även utredningen som i *grunden* ifrågasättande, vilket gör att det blir omöjligt som vårdsökande att ta emot stöd. Denna spänning som ligger i utredningsteamets ”dubbla roller” återfinns också i Philips resonemang:

Lisa: Men hade du velat kunnat prata mer om aspekterna med mottagningen...

Philip: Ja, det...

Lisa: Och mer då kunna vara öppen då med dina funderingar så?

Philip: Ja, det hade varit jättebra. Men sen samtidigt så känns det ju som att... jag har svårt att se att mottagningen skulle pusha mig åt att jag är trans typ, eller liksom min upplevelse, bild av det, är att dom inte vill säga att man är trans förrän man är 100%. Att mottagningen skulle inte säga men du kanske ska testa hormoner och se om det känns rätt? Det hade dom ju aldrig sagt! Det känns som att absolut inte, för dom är... för det är så samhällsklimatet typ är, nä man kommer ångra sig och bla bla bla. Det är som att dom vill hålla en ifrån det. (Philip, 25–30 år)

Philip tog upp att han har svårt att se att det, även om det hade varit bra, är möjligt att ta emot samtalsterapi eller psykosocialt stöd från utredningsteamet. I likhet med Elliot belyste han en inneboende spänning som har att göra med att utredningsteamet behöver bedöma vårdsökandes vårdbehov. Det här betonade flera deltagare, såsom jag varit inne på tidigare, gjorde det svårt för dem att uttrycka osäkerhet kring sin könsidentitet; istället behövde de markera sin säkerhet och sitt behov av vård.

Philip kontrasterade flera gånger under intervjun utredningsteamet med en privat samtalskontakt han hade haft. Han beskrev sin privata terapeut som avgörande för de beslut han hade tagit under utredningen, inte minst vad gäller hormonbehandling.

Philip: [...] Men min terapeut [som han gick hos privat] kunde mer såhär leka med idén med mig och såhär få mig att faktiskt öppna mig för möjligheten typ.

[...]

Lisa: Men du upplevde att du kunde ha liksom ett liksom friare samtal på nåt sätt med...

Philip: Ja, på andra ställen. [...] Den personen sitter inte och håller i nyckeln för mig liksom. Medan på transvården då är det... jag är i rätten liksom. Jag ska få min dom. (Philip, 25–30 år)

I samklang med tidigare intervjubaserade studier med personer med erfarenhet av könsdysforiutredning (Linander et al. 2017), tog flertalet deltagare i denna studie också upp att de vände sig till vänner och familj för stöd, istället för till mottagningen. Det här kan förstås som att problematiken med utredningsteamets dubbla roll i *praktiken* medför att ansvaret för psykosocialt stöd läggs på individen och på dess familj och vänner. Eftersom vårdsökande inte vågar ta emot psykosocialt stöd från utredningsteamet, läggs istället ansvaret över på dem själva och på deras omgivning (eller om de har råd och/eller av annan orsak möjlighet, på en privat terapeut).

I samstämmighet med Linander et al. (2017: 13) tog flera deltagare upp att de hade önskat en separat samtalskontakt som var oberoende av utredningsteamet och deras bedömning.

Lisa: Är det nåt stöd du känner att du hade behövt men inte fick?

Andreas: Jag känner att jag hade nog behövt ha liksom nån psykolog att prata med om liksom depression och ångest och så utan så mycket fokus på könsidentitet.

Lisa: Mm.

Andreas: Och... det hade jag önskat att dom hade kanske kunnat remittera mig till någon. Men det fick jag ju inte tyvärr. Men det önskar jag nog att jag hade haft. Såhär jag känner liksom okej jag kan prata med den här personen utan att jag hela tiden måste tänka, hur kommer det här påverka deras beslut? Som var mer oberoende. (Andreas, 25–30 år)

Sammantaget pekar dessa svar på att en oberoende samtalskontakt skulle kunna göra att patienter vågar reflektera mer öppet och förutsättningslöst om aspekter relaterade till deras könsidentitet och/eller välmående. Det skulle innebära att de ges möjlighet att prata om både sitt psykiska mående och om möjliga osäkerheter och tveksamheter kring sin könsidentitet.

### **Att delta i stödgrupper: upplevelser av att inte passa in**

Flertalet av deltagarna hade fått tips om att delta i en stödgrupp med andra som genomgick utredning och/eller fick könsbekräftande behandling. Vissa hade deltagit i stödgrupper som hade anordnats av Lundströmmottagningen, medan andra hade sökt sig till exempelvis RFSL. En del deltagare var nöjda med och ställde sig positiva till

sådana grupper. En av dessa var Simon, som vid tiden för sin utredning inte hade fått höra om någon sådan grupp (hans utredning ligger något tillbaka i tiden). Istället kom han att gå med i sådana grupper några år efter utredningen. Han tryckte på att han tror att det hade hjälpt honom, om han hade fått möjlighet till det även under utredningen.

[D]et är just det att man får träffa liksom andra transpersoner och som man har den kopplingen till och som man kan relatera till. [...] Tack vare [socionomen] då så fick jag höra om dom här grupperna på [sjukhus] som träffas fem gånger. Och det ville jag ju jättegärna gå på då för att få träffa andra transpersoner. Och jag tyckte det var helt fantastiskt! [...] Och efter det har jag hittat ännu mer. Jag har både gått på nån sån här transträff hos RFSL [i ort] för nåt år sen, eller för två år sen blir det. [...] [D]et var nästan det som jag hade behövt under utredningen men det var också vad jag behövde nu. [...] Så jag tänker det är oavsett var man är i utredningen, eller om man är klar... [...] Otroligt viktigt. Och jag känner speciellt att vissa av de som var med i den gruppen som jag var med i väntade ju fortfarande på att kanske få sin första hormonspruta och sånt där och det märktes ju på dom att det var så värdefullt för dom att träffa andra transpersoner som kommit längre i processen [...] (Simon, 25–30 år)

Till skillnad från deltagare såsom Simon var det dock påfallande få av deltagarna som var nöjda med sådana stödgrupper, av olika orsaker. Många hade också valt att inte delta då de upplevde det som att formatet inte passade dem; någon annan tryckte på att de inte ville gå då Lundströmmottagningen stod bakom. Ytterligare andra betonade att de redan har det stöd de behöver från familj och vänner, eller att de föredrog stöd via Facebook-grupper. Särskilt de yngre deltagarna tog också upp att de redan har det stödet de behöver på andra ställen, såsom genom Facebook och vänner. Till skillnad från detta ställde sig flera av deltagarna som var något äldre sig positiva till idén om gruppstöd, men de beskrev det som att deras känsla och/eller erfarenhet var att grupperna inte passade dem. Rut hade exempelvis inte deltagit själv då hon kände att hon ”inte passar in där”. Hon sade:

[J]ag förmodar att om man hittar rätt där så är det säkert bra. Det är alltid bra att prata. [...] Men det känns som att jag åtminstone inte har hittat nån som jag har tyckt verkat... som passar helt enkelt. Jag vet inte vad det varit för fel. Ofta har det väl varit att dom har känts alldeles för unga. (Rut, 61–65 år)

Den vanligaste erfarenhet av de som hade deltagit i gruppstödsamtal var att de kände det som gruppens sammansättning inte gjorde att det blev så bra samtal som det hade kunnat bli, vilket också är i samklang med Ruts farhåga. Ofta handlade det om att deltagarna var för olika i ålder, i för olika faser av sin utredning och/eller behandling, eller att de saknade personer med samma könsidentitet som de själva i gruppen. Mattias, exempelvis, betonade att hans upplevelse var att han hade väldigt lite gemensamt med de andra i den grupp han hade deltagit i; enda gemensamma nämnaren var den könsbekräftande vården. Jenny tryckte, i sin tur, på att hon hade varit ensam som *male-to-female (MTF)*-identifierandes:

Jag var med på ett sånt gruppmöte också... [...] Jag var den enda som gick åt det hållet. Var den enda som var MTF, alla andra var FTM. Så det var också en stor svårighet, att vara helt ensam i det. (Jenny, 36–40 år)



Maria lyfte att hennes erfarenhet hade påverkats av att de i gruppen var i så pass olika faser.

Maria: Ja jag var med i nån patientgrupp, jag tror två stycken möten med en patientgrupp på [sjukhus]. [...]

Lisa: Hur var dom mötena för dig?

Maria: Alltså dom var väl okej, dom var helt okej. Dom skulle både kunna vara bättre och sämre [...] Dom var okej, inte superduperbra men inte jättedåliga heller.

Lisa: Vad var det som inte var så bra?

Maria: Det blir väl lite styligt och det kändes också som en del utav det.... Det blir en del saker som... det kändes som det var personer som var ganska långt... i olika faser utav sin transition då. Till exempel då, som jag upplevde det, att det kanske var somliga utav dom som inte riktigt hade... inte alls samma diagnos helt enkelt. Vilket gjorde att det blev lite konstigt och spretigt och sådär. Och man visste inte vad man kunde... det hämmade mig litegrann i vissa saker som jag kanske skulle ha velat säga men inte visste hur det skulle tas emot och sånt där. [...] (Maria, 36–40 år)

### Önskan om mer praktiskt stöd

Graden av stöd från mottagningen kring praktiska frågor var central för deltagarnas erfarenheter. Många tog antingen upp att de hade uppskattat att de hade fått sådant stöd under utredningen, eller att de hade önskat att de hade kunnat få det. Det här gällde inte minst information om remisser, vilket jag redan delvis varit inne på i relation till erfarenheter av väntan under och efter utredningen. Skillnaden mellan deltagarnas erfarenheter innebär konkret att medan vissa beskrev det som att de hade fått praktiskt stöd, beskrev andra det som att det var just det som hade saknats. Dock vill jag betona att en majoritet upplevde det som att det praktiska stödet hade varit bristfälligt.

Några deltagare tog upp att de kunde vända sig till ”deras” socionom eller psykolog för att fråga om praktiska frågor och några tog också upp att personalen visat personligt engagemang genom att själva höra av sig till dem om hur det går med remisserna. Det här upplevdes som positivt och som viktigt för deras sammantagna erfarenhet av utredningsteamet och utredningen.

Men där hörde [hen] av sig, min socionom. [...] Och när där det hade gått exakt sex månader fick jag ett sms ”nu har det gått ett halvår så nu skickar vi in!” Hade [hen] skrivit upp i sin kalender helt enkelt. (Lotta, 61–65 år)

Återigen måste jag... då är jag väldigt tacksam för min psykologkontakt eftersom [hen] har varit... tagit på sig själv att vara ett nav i det här eftersom att [hen] verkligen förstått [hur krångligt det kan vara]. Och liksom hjälpt mig personligen. Det har gått och maila [hen] och det har gått att lägga på olika rekvisitioner och remisser och sånt där. Så jag har ju haft en stor hjälp av den kontakten. För det är ju utanför [psykologens] uppdrag såklart att [hen]... [...] För det förstår jag ju att det inte är [psykologens] huvudsakliga uppdrag, utan det har ju varit, utan det har [hen] gjort för att [hen] är snäll liksom. (Maria, 36–40 år)

Erfarenheter av ett personligt engagemang kring praktiska frågor från personalen kan kontrasteras med flertalet deltagares erfarenheter av ett bristande praktiskt stöd. Det här gällde både deltagare vars erfarenheter av utredningen kan förstås som positiva och de

som kan förstås som mer negativa. Till exempel Anton, som överlag var positiv till utredningen och till utredningsteamet, tryckte flera gånger under intervjun på problemet med att det administrativa stödet brast, vilket för honom hade innefattat en känsla av frustration och av att lämnas ensam mellan mötena.

Jag vet att jag blev bortglömd en vända från ett möte. De skulle boka in ett nytt möte och de glömde bort mig för jag skrevs upp på en post-it-lapp som tappades bort i almanackan [...] Under utredningstiden fanns det inga kontaktuppgifter alls utan då skulle man gå via receptionen och att ringa dit går inte, du måste ringa mellan åtta och fem... minimalt fönster och det går inte att få tag på dem och då får man bombadera deras mejl på 1177 istället [...] Jag vet inte vems fel det är eller vad som ligger bakom, men så fort man ska ta kontakt eller ändra tider eller få hjälp med något eller ställa frågor så är det alltid krångligt att få tag på någon, det tar tid att få svar... det är bökigt hela vägen runt. Det skulle jag säga är det som står ut för mig mest, oavsett vem jag frågar så tycker de att det är krångligt. (Anton, 25–30 år)

Deltagare såsom Anton hade erfarenhet av att ha fått mycket lite praktiskt stöd vad gäller information om sina remisser. Det här kan sättas i kontrast till erfarenheter såsom Marias, där just detta praktiska stöd lyftes som något positivt. Maria, och några andra deltagare, tog emellertid också upp att det är ett problem att vissa – såsom Maria själv – får hjälp av sina kontaktpersoner på mottagningen och att andra inte får det. Maria föreslog att det bör finnas en samordnande funktion på mottagningen så att det administrativa stödet inte brister och inte hänger på enskilda anställdas personliga engagemang. Hon tryckte på att detta skulle göra vården mindre ojämn.

Det borde ju finnas någon tjänst som har en samordnande.... uppdraget liksom. Och det verkar ju inte finnas. Såklart det finns någon sekreterare men det skulle ju helt klart behöva förbättras. [...] Att det finns någon som enbart jobbar med att samordna och se till att patientens alla kontakter kommer i rätt ordning och sådär. Och att ärendet kommer dit det ska. För det verkar det ju inte göra alltid. Jag tror det skulle vara bra. [...] Alltså det är klart... det borde ju inte hänga på att en person så att säga tar det på sig att ”jag hjälper dig att få fram numret till den här då”. ”Nu ska du ringa den här personen”, och sådär. Och kan upplysa om hur det ligger till. Utan det ska ju finnas någon som man kan... som man kan få tag på. (Maria, 36–40 år)

Eftersom deltagarna i denna studie haft så skilda erfarenheter av huruvida de har kunnat få praktiskt stöd, kring exempelvis remisser, eller inte, så pekar det här mot en situation där stödet från mottagningen varit ojämnt.

### **Sammanfattning av kapitlet**

Det här kapitlet har visat på en skillnad vad gäller deltagarnas upplevelser av olika former av stöd under utredningen. Sådant stöd kan både handla om att ges psykosocialt stöd under möten med utredningsteamet, men kan även inkludera olika former av stöd mellan, och utöver, mötena. I kapitlet har även vad jag har kallat för praktiskt stöd inkluderats, vilket främst handlat om administrativa frågor kring remisser. I samklang med förra kapitlet visar det här kapitlet att många inte vågar ta emot psykosocialt och

samtalsterapeutiskt stöd från utredningsteamet, detta då de är oroliga för att exempelvis aspekter kring deras psykisk ohälsa kan påverka utredningsbeslutet. Dessutom visar kapitlet att stödsamtal i grupp, vilket också var den huvudsakliga form av stöd utanför utredningen som deltagarna rapporterade att de hade fått rekommenderat till sig, av en majoritet upplevdes som bristfälligt. Kapitlet lyfter slutligen en skillnad mellan deltagarna vad gäller huruvida de hade fått praktiskt stöd från mottagningen eller inte.

Upplevelser av att inte våga ta upp vissa aspekter kring sin psykiska ohälsa visar att vårdsökande inte har samma möjligheter att ta emot psykosocialt stöd av utredningen. Med andra ord pekar resultatet mot att utredningsteamets ”dubbla roller” skapar en ojämn vårdsituation där många vårdsökande inte erfar att utredningen präglats av ”en fungerande terapeutisk allians” (Socialstyrelsen 2015: 39). I relation till rätten till bästa möjliga hälsa, och tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster som möjliggör detsamma, skapar det här en ojämn tillgång till psykosocialt stöd (jmf. Yogyakarta Principles 2017). Viktigt att påpeka är att även om tillgången finns ”på pappret” så visar den här rapporten på att det för många patienter erfars som omöjligt att i *praktiken* ta emot sådant stöd. Eftersom stödsamtal i grupp dessutom inte fungerade väl för många, visar det här på en situation där många patienter lämnas utan fungerande psykosocialt stöd. För att stärka de vårdsökandes möjlighet att åtnjuta sina mänskliga rättigheter, visar det här på behovet av en oberoende stödkontakt utanför teamet som en möjlig tillgång för alla patienter. Vidare visar skillnaderna mellan de vårdsökandes tillgång till praktiskt stöd på en ojämn vårdsituation. Som jag redan varit inne på i tidigare kapitel är det här ett hinder för patienters rätt till en vård som är informationsmässigt tillgänglig.

## ATT FÅ EN KÖNSDYSFORI-DIAGNOS

---

### En stor glädje och lättnad efter en lång väntan

I stort sett alla deltagare beskrev beskedet om att få diagnosen som en stor glädje och lättnad. Majoriteten redogjorde för att denna glädje och lättnad hade att göra med att de var klara med väntan före och under utredningen och att de därmed kunde få tillgång till könsbekräftande behandling. Det här är en viktig aspekt, då dessa narrativ måste förstås *som en effekt* av att ha behövt vänta under en längre tid. Det var också tydligt i dessa narrativ att det inte var diagnosen i sig som var källan till glädje och lättnad, utan den vård den möjliggjorde för personerna ifråga. Det här kan exemplifieras med Cleos svar:

Diagnosen är också en garant för just att jag kommer få behandling. Och då kan jag börja leva mitt liv igen typ... för då var det också den här... det är skitjobbigt att vänta. Det är själsdödande. Men det att man inte lever i ovisshet [längre].  
(Cleo, 18–24 år)

Som jag tog upp tidigare betonade många av deltagarna väntan som en tid kanträd av ovisshet. Cleo kopplade beskedet om diagnos till en upplevelse av att veta att en del av denna ovisshet därmed försvunnit; hen visste att hen skulle få behandling. Det här påminner också om Philips svar:

Det var som en, jag har aldrig känt nåt liknande! Det var... det specifika tillfället är när hon den här sekreteraren som bara ringde och sa vi har en tid... vi har en läkartid som du kan få. Jag kände mig som en... jag började gråta direkt liksom! [...] Men jag liksom kände hur tyngden av det här lyfte från... aldrig känt det innan att det här verkligheten... en fysisk lättnad... alltså en kroppslig tyngd som försvinner från kroppen. Och bara känner mig lätt och liksom... det är såhär som att det surrar i hela kroppen, att det här är över på nåt sätt! Sen var det ju inte över där och då, men det var också det, för jag visste jag kommer få träffa läkaren, jag kommer få receptet, jag kommer börja på hormoner! (Philip, 25–30 år)

Även om majoriteten, såsom Philips och Cleos svar här har fått exemplifiera, beskrev diagnosen som en källa till glädje och lättnad, skiljer sig dock deltagarnas berättelser åt vad gäller vad diagnosen mer konkret betyder för dem, samt huruvida de var oroliga för om de skulle få diagnosen eller inte. Jag kommer nu gå över till att analysera det här.

### **Att redan veta att man är trans eller att få diagnosen som en bekräftelse**

Vissa deltagare beskrev diagnosen som en bekräftelse på att ”de hade haft rätt” om sig själva, då medicinsk och psykologisk expertis har bekräftat att de är trans. Det här gällde särskilt deltagare som betonade att utredningen hade hjälpt dem att utforska sin könsidentitet och att förstå sig själva bättre. I dessa narrativ sågs ofta också utredningsteamets expertroll som viktig, då det var genom medicinska och psykiatriska experters bedömning som deltagarna ifråga förstod det som att de hade haft rätt om sig själva. Med andra ord kan dessa narrativ tolkas som att deltagarna relaterade sin förståelse av sig själva, och sin könsidentitet, till en medicinsk förståelseram för vad könsdysfori och transidentitet är (jmf. Dewey & Gesbeck 2017; Johnson 2019).

Lisa: Minns du när du fick diagnosen, hur kändes det?

Niklas: Jag satt med [psykologen]... [och jag sa] ”ja, jag har kommit fram till det, jag är transsexuell”. ”Okej, det har jag sett hela tiden”, [sa psykologen]. Det var nog då [hen] berättade att det har vi förstått, vi såg det på en gång nästan. Det var... fan också, måste jag vara det? Men mest en befrielse att jag äntligen accepterade det för mig själv. (Niklas, 36–40 år)

Det kändes... kändes som... då har jag gjort rätt, då har jag känt rätt. Då är det inte bara jag som har fått för mig nånting, eller vad man ska säga. Utan då fick jag det svart på vitt att dom tycker också det. (Erik, 25–30 år)

Det här kan jämföras med de deltagare som beskrev det som att de, under utredningen, redan visste att de var trans och därför inte behövde ha mottagningens – och därmed medicinska och psykiatriska experters – bekräftelse. Istället var diagnosen först och främst, återigen, ett sätt att få tillgång till könsbekräftande vård. Vissa av dessa deltagare beskrev en oro kring att inte få sin diagnos, men många tryckte på att de inte hade varit oroad just för att de själva var säkra på sin könsidentitet. Mattias pratade sålunda genomgående om hans utredning som främst en fråga om ”formalia”, något som också innefattade diagnosen.

Var självklart en lättnad men sen var det ganska givet för mig att jag skulle få det liksom formellt. Men det var givetvis en stor lättnad. [...] Jag förväntade mig bara att också det skulle vara formalia, att det inte skulle bli ett nekande [...] (Mattias, 41–45 år)

De som uppgav att de kände sig säkra på sin könsidentitet sade främst att de hade varit oroade för att något skulle hända som skulle förlänga deras väntan, innan diagnos kunde sättas. En viktig faktor för att förstå det här är också att dessa personer utretts under de senaste åren, när väntetiderna ökat betydligt (se också Linander & Alm 2022).

Lisa: Men har du varit oroad för att du inte skulle få den eller hur såg det ut?

Elias: Alltså jag var orolig ett tag och jag bara ”nä, jag kommer aldrig få min jävla diagnos”, typ. Men samtidigt så... vad ska man säga? Jag visste ju att jag visste. Så jag bara hoppades att dom också visste. (Elias, 18–24 år)

Lisa: Men var du orolig för att du inte skulle få diagnosen?

Elin: Nä, det var jag inte. För jag var så säker då på mig själv. Så jag visste att... jag var rädd... jag var orolig för att det skulle bli krångel. Jag var orolig för att nånting skulle göra att det tog väldigt lång tid. (Elin, 18–24 år)

Flera deltagare tog även upp att de inte hade varit oroade över diagnosen då de hade fått indikationer på att de skulle få den under utredningens gång. Sådana indikationer upplevdes som något positivt och något som gjorde dem mindre oroade. Oskar tog, till exempel, upp att han hade fått höra återkommande från mottagningen att han var ”ett självklart fall”, vilket gjorde att han inte oroade sig över att inte få diagnosen. Medan jag kommer återkomma till termen ”ett självklart fall” längre fram, för detta kapitel är termen viktig då den gjorde Oskar lugnad kring sin diagnos. För honom och andra dröjde diagnosen istället vanligen till följd av väntetider och brist på läkartider. Maria beskrev det såhär:

Men jag var ju också så att säga informerad om att det här var liksom inte ifrågasatt i nån större... på mottagningen då. Utan det var nåt som dröjde på grund utav formaliteter dels och att den här huvudläkaren... [hen] jobbade inte varje dag helt enkelt. Utan [hen] var inne då och då. Så det hängde mer på såna saker. (Maria, 36–40 år)

På detta sätt hade många av deltagarna inte varit oroliga över att de inte skulle få sin diagnos, utan det var väntan och eventuella administrativa problem som hade varit de stora orosmomenten. Deltagare som var ickebinära uttryckte emellertid mer oro kring huruvida de skulle få diagnosen. Elliot tryckte på att hen under utredningen inte hade någon aning om hur det skulle gå, då hen inte fick några indikationer kring detta. Hen tog upp att mottagningen hade sagt att en ny läkare kunde tänkas vara mer tveksam till att sätta en diagnos.

Där jag frågade såhär men vad är... hur ser mina chanser ut att få en diagnos som leder till att jag kan få en mastektomi? Och då sa dom såhär att just nu så har vi ingen läkare på mottagningen och det innebär att vi vet inte vem som kommer att sätta diagnos och vi kan inte förutspå därför för det beror också på... vi tror att om det kommer in en ny läkare som inte har arbetat inom könsdysforivården länge så finns det ju en risk att dom är ganska nervösa av sig och inte vågar sätta diagnos, jämfört med om du har nån som är erfaren och liksom känner sig trygg med att sätta en könsdyfori-diagnos och liksom veta vad det kommer leda till eller kan leda till och sådär. Så att det fanns en väldigt stor osäkerhet som var... som handlade om läkaren som individ och att den personen hade väldigt mycket makt som ja... att tolka utredningen. (Elliot, 25–30 år)

Det är inte helt klart från Elliots narrativ om situationen var relaterad till en möjlig otröygghet hos läkaren i att sätta den diagnos som hen som ickebinär skulle få – *könsidentitetsstörning, ospecificerad* – eller om det handlade om osäkerhet att sätta en könsdysforidiagnos generellt. Oavsett det här betonade Elliot återkommande under intervjun att hen kände sig osäker på om hen skulle få en diagnos, under hela utredningen. Hen beskrev det som att ”hela processen hade varit så total... känsla av, nä, men vad som helst kan hända”; hen sa att hen inte hade haft någon ”inblick i vad utredningsteamet egentligen tänker”. På liknande vis betonade Cleo att hela processen med utredningen på Lundströmmottagningen för hen hade varit kantråd av en upplevelse av att bli ifrågasatt och att inte veta hur det kommer att gå. Bland annat tryckte hen på att hen hade ”extremt mycket ångest” under utredningen till följd av ”[d] en här ovissheten i att såhär om jag inte får diagnos, vad gör jag då?”. Till skillnad från personer som Maria och Oskar hade Elliot inte fått tydliga indikationer från mottagningen kring att diagnos skulle komma. Cleo, i sin tur, hade blivit nekad behandling, men sedan fått det på en annan mottagning. På så vis tolkar jag det som att Elliots och Cleos erfarenheter skiljer sig från, till exempel, hur Oskar fick höra att han var ”ett självklart fall”. Även om de nationella kunskapsstöden (Socialstyrelsen 2015, 2022) inkluderar möjlighet till könsbekräftande behandling för ickebinära, pekar det här mot en möjlig ojämn vårdssituation där normer kring binärt kön påverkar vilka som upplever diagnosen som en självklarhet och vilka som inte gör det.

### **Sammanfattning av kapitlet**

Det här kapitlet har visat att besked om diagnos av deltagarna vanligen upplevts som en glädje och en lättnad, inte minst till följd av långa väntetider och en ovisshet kring antingen om, eller när, man kommer få sin diagnos. Kapitlet har särskilt redogjort för en skillnad mellan de som erfart det som osäkert kring hurvida de kommer få diagnos och de som inte har det, och pekat mot en skillnad mellan de med en binär, respektive, ickebinär könsidentitet. Medan många med en binär könsidentitet redogjorde för hur de hade fått indikationer på att de skulle få en diagnos, tryckte de med en ickebinär identitet på att utredningen för dem hade präglats av ovisshet. De som upplevde en ovisshet kring diagnosen betonade att det här hade skapat ångest och oro.

I enlighet med att patientlagen ”ska stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i mötet med vården” är det ett steg i rätt riktning att många deltagare i denna studie blivit inkluderade i den diagnostiska processen genom att de fått indikationer under vägens gång kring hur det

går (jmf. Västra Götalandsregionen 2022c). I relation till det här, samt i relation till rätten till likabehandling och icke-diskriminering, är emellertid skillnaden i upplevelser mellan de med en binär och de med en ickebinär könsidentitet problematisk. Även om det är viktigt att påpeka att det givetvis inte går att uttala sig på ett generellt plan på basis av tre intervjuer med ickebinära tidigare patienter, pekar likväl skillnaden i materialet mot en möjlig orättfärdig skillnad mellan två olika patientgrupper, på basis av könsidentitet (jmf. Västra Götalandsregionen 2021). En norm om binärt kön skulle därför kunna tänkas medföra att en könsöverskrivande identitet (transman eller transkvinna) behandlas som överlägsen en annan (ickebinär könsidentitet), vilket inte är förenligt med rätten till icke-diskriminering på basis av könsidentitet (Yogyakarta principles 2017; OHCHR 2019). ”Överlägsen” behöver i det här sammanhang förstås som att en viss könsidentitet förstås som mer ”självlklar” i relation till en könsdysfori-diagnos än en annan. I sammanhanget kan en sådan skillnad tänkas innebära att gruppen ickebinära utsätts för en ökad risk för psykiskt dåligt mående – exempelvis i form av en ökad grad av ångest och oro under utredningen – medan de med en binär könsidentitet till en lägre grad utsätts för samma risk. Dessutom innebär det i så fall att ickebinära inte ”ges samma makt att forma [...] sina egna liv” (Västra Götalandsregionen 2021: 7).

## NORMER OCH FÖRVÄNTNINGAR KRING KÖN OCH SEXUALITET UNDER UTREDNINGEN

---

### Att navigera strategiska positioner kring kläder och andra kroppsattribut

En vanlig erfarenhet var att ha förberett sig inför utredningsmötena, vilket bland annat handlade om vad man hade på sig för kläder. Flera hade hört från andra personer med erfarenhet av könsdysforimottagningar att deras könsuttryck, såsom kläder, skulle komma att bedömas. Flera tryckte också på att de anpassade sin klädsel, andra kroppsattribut och rörelsemönster, för att passa in i ett normativt könsuttryck. Såsom tidigare forskning betonat, kan det här förstås som ett strategiskt ”görande” av femininitet och maskulinitet, för att passera inför ögonen på utredarna (Hilário 2019; Linander et al. 2019). Att passera innebär här också att passera binärt; som man *eller* kvinna.

[F]rån att jag klädde mig väldigt feminint så kunde jag gå dit mycket mer nedtonat. Mycket mer maskulint då helt enkelt. [...] Jag med mening klädde mig ganska maskulint varje gång jag gick dit. Eller väldigt liksom... t-shirt och jeans. Hm... för att jag själv ville inte ta den diskussionen. Jag tyckte det var ganska irrelevant hur jag klädde mig och hur jag annars liksom uppträdde mot den. (Lucas, 18–24 år)

Såsom Lucas gjorde beskrev flera deltagare att de valde att anpassa sin klädsel då de själva såg en diskussion om dessa frågor som irrelevant för utredningen. De ville undvika en diskussion om detta, vilket gjorde att de exempelvis anpassade vad de hade på sig. De beskrev det också som att de inte var beredda på att ”ta risken” att deras klädsel och andra kroppsattribut skulle påverka deras diagnos.

De flesta deltagare tog samtidigt upp att de inte hade specifika erfarenheter av att få kommentarer om sitt könsuttryck. De som dock hade det, beskrev det som att det hade

skapat oro över att dessa aspekter skulle tas med i bedömningsprocessen; att sådana aspekter skulle påverka deras möjlighet att få en diagnos.

Anton: Jag fick någon kommentar en gång... på hur jag satt. Jag sitter med benen ut, jag satt i fåtöljen och då fick jag en kommentar av kuratorn att du sitter väldigt manligt och jag hade inte riktigt tänkt på det innan att det skulle vara en grej de letade efter. Jag hade bara satt mig.

Lisa: Du bara satt.

Anton: Jag bara satt, men då blev man lite nervös efter det... tänk om [hen] letar efter hur jag går och hur jag pratar och hur jag för mig... [...] Men det har nämnts att jag satt manligt. (Anton, 25–30 år)

Deltagaren Philip tog upp att han hade läst i sin journal efteråt att han beskrevs ”som en vanlig ung kille”.

[N]är jag har läst journalerna i efterhand, så minns jag att en av anteckningarna om mig är han... patienten ser ut som en helt vanlig ung kille liksom. Och jag tänkte ”Yes! Jag klarade det liksom! I fucking nailed it!” Klär sig och för sig som en rätt vanlig ung kille liksom. (Philip, 25–30 år)

Det här kan förstås som att Philip blev glad över att se att han tycktes ha lyckats med att förkroppsliga den strategiska position som han hade strävat efter i mötet med utredningsteamet. Han beskrev hur han aktivt hade försökt klä sig som en ”helt jävla vanlig pojke”. Bremer (2011) och Linander et al. (2019) beskriver hur patienter erfar att utredare agerar smakråd åt dem och ger dem kommentarer om huruvida de är feminina eller manliga nog. Det kan också handla om kommentarer som är knutna till vilka kroppstyper som anses vara feminina eller maskulina. Bremer (2011: 123) beskriver således hur utredare agerar gränsvakter för vilka kroppar och utseenden som är önskvärda och Linander et al. (2019) visar att patienter erfar att klädesval, samt sätt att föra sig och prata, kopplas samman av utredare med en specifik könsidentitet. Kommentarer såsom den Anton hade fått om hur han satt eller, som i Philips fall, att det står i ens journal att man ser ut som en vanlig kille, kan förstås som i enlighet med de här resultaten.

Erfarenheter av denna typ är dock ovanliga i mitt material. Det här kan bero på flera saker, inklusive vad många av mina deltagare beskrev som att ”de levde upp till” vad de såg som mottagningens förväntningar kring könsuttryck. Det här hade antingen att göra med att de, oavsett utredningen, uttryckte sitt kön i enlighet med rådande könsnormer eller att de såg till att så göra i möten med utredningsteamet. Exempelvis Elin sade att hon kunde vara ärlig i mötet med utredningsteamet då ”jag tyckte väl ändå att... min identitet och hur jag kände mig var tillräckligt konventionell för att Sveriges gamla mögliga transvård inte skulle tycka det var konstigt eller annorlunda”. Med andra ord beskrev deltagare som Elin det som att det inte blev några problem – såsom att de skulle blivit ifrågasatta – just för att det inte fanns något att anmärka på.

Trots det här pekar ändå bristen på exempel från utredningsmötena om kommentarer, eller liknande, om könsuttryck mot en möjlig förändring över tid vad gäller normer kring könsuttryck. Det finns också vissa exempel från de av mina deltagare vars utredningen är något längre bakåt i tiden som exemplifierar de erfarenheter Bremer



(2011) och Linander et al. (2019) tar upp, vilket ytterligare stärker en sådan tolkning om förändring över tid. Karin tog till exempel upp att ”dom var väldigt på en att man skulle klä sig som tjej”. Hon sade detta i kontexten av att hon kom ut under utredningen och att mottagningen då hade varit på henne om att hon behövde klä sig annorlunda. Det här sades i sin tur som del av hennes så kallade *real life-experience* (RLE); att hon under en längre tid ska ha levt i enlighet med sin könsidentitet.

### **Motsägelsefulla könsnormer**

Många deltagare anpassade inte bara sin klädsel, utan också sin berättelse. Dessa deltagare betonade att de upplevde det som att de behövde ”bevisa sig” som ”trans nog” genom att ta upp aspekter från, inte minst, barndomen som passade in i vad, de upplevde, mottagningen såg som en typisk trans-berättelse. Flertalet deltagare betonade just att det var mycket fokus på barndomen i utredningsteamets frågor. Cleo kopplade det här explicit till diagnoskritikerna:

Men i allmänhet pratade vi väl mycket under båda utredningarna om min barndom främst, tror jag. Mycket så hur var du som barn? Och det tillhör väl anamnesen för liksom diagnoskriterierna och så, att man går igenom det.  
(Cleo, 18–24 år)

Hen sa också att ”man trycker på dom punkterna som man har... [...] till exempel jag var väldigt pojkgig som barn”. Mottagningens fokus på barndomen är kopplat till deltagarnas erfarenhet av att behöva anpassa sin historia. Just för att det var mycket fokus på barndomen, var en vanlig erfarenhet, såsom i Cleos fall, att deltagarna under utredningen hade lyft erfarenheter om barndomen som ”passade in i mallen”. På liknande vis som med kläder och andra kroppsattribut, berättade de sin berättelse strategiskt för att den skulle passa in i en normativ förståelse av kön. Som Cleos narrativ exemplifierar, gällde det här även de med en öppen ickebinär könsidentitet under utredningen; även de beskrev hur de till en viss del anpassade sin berättelse för att passa in i en normativ (och binär) förståelse av kön. Det här kan förstås som ett strategiskt användande av ett trans-narrativ, vilket användes för att inte riskera sina chanser att ges tillgång till könsbekräftande vård (Linander et al. 2019). Det här behöver förstås i relation till det faktum att utredningsmottagningar återkommande har fått kritik för att förmedla binära och linjära normer kring kön (Bremer 2011; Lindroth et al. 2016; SOU 2017:92).

Jag hade sagt till morsan nån gång när jag gick i... alltså typ... första, andra, tredje klass... när vi hade nån skolavslutning, att mamma måste jag verkligen ha kjol? Typ. Och det kan man ju absolut tänka att ja det kanske är ett tecken men det kan ju lika gärna bara vara att jag gillade inte ha kjol liksom! Väldigt fokuserat på sånt och då kändes det som att då kan [jag och mamma] använda det här [...] (Erik, 25–30 år)

Det här kan tolkas som att Erik och hans mamma strategiskt använde sig av exemplet med att han inte ville ha kjol för att ”göra” linjärt kön i mötet med mottagningen. Som flera andra deltagare också gjorde beskrev han det som att mottagningen letade efter ”tidiga tecken” på att man är trans, vilket gjorde att han strategiskt använde sig av exemplet på detta. Fokuseringen på ”tidiga tecken” kan förstås i relation till det

nationella kunskapsstödet, där ”könsidentitet diskursivt konstrueras som ett stabilt tillstånd som inte förändras över tid” (Linander et al. 2021: 312, min översättning från engelskan) och där social könsroll diskursivt kopplas till könsidentitet. Det här kan ”ha effekten att utredningen fortsätter att fokusera på och privilegiera barndomsbeteende och en konsekvent social könsroll, och ett konsekvent, agerande över tid” (Linander et al. 2021: 316, min översättning från engelskan).

Samtidigt finns det en spänning i narrativ såsom Eriks. Han och flera andra deltagare som utretts under de senaste åren beskrev det som att de hade blivit positivt överraskade; de hade trott att utredningsteamet skulle uttrycka könsnormativa förväntningar, men att så inte var fallet. Erik sade:

Erik: Jag tänkte att man måste verkligen vara enligt en perfekt bild för att man skulle bli tagen på allvar. Att det skulle finnas specifika traits som man var tvungen att ha. Ja...

Lisa: Men du kände inte att det var så när du väl var där?

Erik: Nä. [...] Så det kändes som ganska fort att jag behövde inte... jag kunde släppa det liksom. Det finns liksom inte... det där med könsroller och exakt hur en man ska vara eller exakt hur en kvinna ska vara, det fanns liksom inte där. Och det var väldigt skönt. (Erik, 25–30 år)

Så å ena sidan spelar det ingen roll hur man är som tjej och kille, och å andra sidan upplevdes det som att mottagningen trots allt letade efter ”tidiga tecken”. Denna motsägelsefullhet i Eriks berättelse är belysande då den pekar på paradoxala förståelser av kön under utredningen.

Flera deltagare tog också upp att frågorna som ställdes av utredningsteamet var ledande. Det här handlade ofta om att de upplevde det som att utredningsteamet just letade efter tecken på att de skulle ha agerat könskonträrt i sitt beteende, och inte minst i barndomen.

Det var liksom som att dom ibland kunde ställa frågor liksom lite mer, ganska, vad ska man säga, ledande frågor. [...] Det kan ju... när jag pratade liksom så här om hur jag var som barn. Alltså jag hade ju... jag hade ju liksom kompisar, både tjejer och killar och gjorde allt möjligt. Men det kändes som jag nästintill var tvungen att prata liksom inte om dom här grejerna du gjorde som liten som var typiskt feminina. [...] Prata inte liksom om att du tyckte det var kul att sminka dig ibland även fast det var jobbigt på ett annat sätt. Och det... såna grejer. (Andreas, 25–30 år)

Det här exemplifierar, åter igen, en spänning i materialet mellan en föreställning om att könsroller inte spelar någon roll och deltagares upplevelser av att utredningen *de facto* letar efter könsavvikande ”tidiga tecken” från barndomen, i enlighet med könsnormativa föreställningar om manligt och feminint agerande. Som Linander et al. (2021) är inne på kan vi förstå det som att denna spänning också återfinns i det nationella kunskapsstödet.

Erik tog, som jag redan varit inne på, upp exemplet med att han inte ville ha kjol som barn som ett exempel på hur utredningsteamet grävde efter ”tecken”. På liknande vis tog Oskar upp att han upplevde det som att ”tidiga tecken” påverkade att han snabbt

blev bedömd som ”ett självklart fall”. Han sa att han återkommande fick höra av personalen att han var just ”ett självklart fall” (ibland under intervjun kallade han det för ”typiskt fall”). Detta kopplade han till att de hade identifierat ”tidiga tecken”:

Oskar: [...] För det verkar ju sen när dom hade insett att liksom... eller ja... när dom... när dom bestämde sig för att jag var normal med en klassisk könsdysfori typiskt fall då var det typ... ja, okej. Då vet vi det.

Lisa: Jo, det låter ju också som... ja, eftersom dom tog upp flera gånger att du är ett typiskt [självklart] fall och allt det där.

[...]

Oskar: Så jag... på nåt sätt hittade jag deras... deras utbildningspowerpoint. Där det var typ såhär vi har två fall. Den ena har vetat om det här sen dom var jätteliten whatever visat tecken sen... och så är dom där, den andra har kommit på det först efter puberteten, vi... det är oklart, föräldrarna har inte vetat nånting. Hm, nånting sånt. Och då tror jag dom ganska snabbt att dom bara du är där... tidiga tecken, whatever. [...] (Oskar, 18–24 år)

Under intervjun beskrev han det som att han inte riktigt förstod vad mottagningen lade i termen ”ett självklart fall”, men samtidigt kopplade han samman det med ”tidiga tecken”. Vad som kan förstås som ”tidiga tecken” i hans narrativ, liksom i flera andra deltagares, handlar om tankar och handlingar som visar på en sedan tidig känsla av att tillhöra det motsatta könet. Sammankopplingen mellan ”självklart fall” och ”tidiga tecken” kan ses som ett uttryck för en norm kring linjärt kön; en föreställning om att en persons könsidentitet och könsuttryck är entydigt maskulint eller feminint kodade och stabila livet ut (Bremer 2011; Alm et al. 2016). I relation till en förståelse av maktutövning som något som på subtila sätt är sammankopplade med normer i samhället, är spänningar likt dessa vad gäller kön inte förvånansvärda (se t.ex. Butler 2006).

För att vidare belysa det här kan vi ta ett ytterligare exempel. Deltagaren Johan tryckte på att utredningsteamet under hans utredning, när han hade lyft könsidentitetsfunderingar, hade betonat att könsroller inte spelar någon roll, varken nu eller i barndomen. Likt i Eriks narrativ, tog han upp att de trots detta ”fiskar efter” vad han kallade för ”transbeviset”:

Men jag tror att de fiskar lite för mycket i barndomen kanske... som jag kände var lite irrelevant, kring hur jag var som barn. Att hitta transbeviset att... en pojkflicka fast samtidigt framhäver de under det vi pratade om att könsroller spelar ingen roll och sen är det ändå det de letar efter, att man har brutit... och om det är trauman de är ute efter och olika reaktioner som kan leda fram till en avvikande könsidentitet... då kan man fråga om det, mer specifika saker. Det har inte med att göra om jag lekte med bilar. [...] Man får intrycket att det underlättar om man hade varit ett normativt avvikande barn, att det hade styrkt tesen om hur man är när man är tjugosju. (Johan, 31–35 år)

Fokusering på vad Johan benämnde som ”transbeviset” visar på en spänning mellan en föreställning om att könsroller inte spelar någon roll och att samtidigt försöka identifiera ”tidiga tecken” som något som används i bedömningsprocessen för att stärka underlag för att sätta diagnos. Det finns, återigen, en spänning mellan att under möten understryka att könsroller inte spelar någon roll, men att sedan ändå leta efter

könskonträra beteenden i barndomen. Därmed pekar mitt material mot att medan den könsbekräftande vården förändrats vad gäller kroppsattribut såsom kläder, så tycks ett cisnormativt antagande om *linjärt* och *över tid stabilt* kön (Linander et al. 2019) prägla värderingen av vilka som bedöms som ”självklara fall” och inte. Det här är i samklang med Socialstyrelsen (SOU 2017:92: 617) där det framkommer att patienter erfar ”att beteende i barndomen utforskas som att [det] skulle säga något om personens könsidentitet idag”.

Avslutningsvis kan denna spänning kring syn på kön belysas genom vad deltagaren Anton kallade för att tillhöra ”normlådan”.

Det har jag känt genom utredningen att jag har ändå haft turen att vara... att identifiera mig som binär kille, det är inget ickebinärt, jag är heterosexuell så det är inget med det, mina könsuttryck hör till de manliga, mina pronomen är manliga... [...] [M]en jag har fått intrycket av andra att det är lättare om man tillhör den där normlådan. Då ifrågasätts det inte så mycket. (Anton, 25–30 år)

Tillsammans med hur jag beskrivit att de ickebinära i studien var mer osäkra på om de skulle få en diagnos, pekar mitt material mot att binära könsnormer präglat mina deltagares upplevelser av sin utredning. Genom upplevelser av att mottagningen ”grävt efter” tidiga tecken så uppstår en spänning för deltagarna mellan att få höra att könsroller inte spelar roll och att de *de facto* verkar spela roll. På detta vis kan upplevelser av att, man som Oskar, få höra att man är ”ett självklart fall” ses som ett exempel på att tillhöra vad Anton kallar för normlådan.

### **Linjärt kön och exemplet beslut om könsbekräftande behandling**

Flera deltagare tog upp att de upplever könsdysfori-mottagningar, inklusive Lundström-mottagningen, som mindre binära än de har varit tidigare. Det här är i enighet med de nationella kunskapsstöden som togs fram 2015 där också ickebinära personer ges möjlighet till könsbekräftande behandling (Socialstyrelsen 2015, 2022). Elliot tog såldes upp att en orsak till att hen, efter många år av att hålla sig därifrån, bestämde sig för att söka sig till Lundströmmottagningen var att mottagningen ”faktiskt blivit bättre i sitt bemötande mot ickebinära”. Deltagaren Simon, som beskrev sig som en transman med ett (i alla fall delvis) feminint könsuttryck, sade, i sin tur, att han, om han hade genomgått utredningen idag, kanske hade vågat vara mer öppen under utredningen med de delar av hans barndom och identitet som inte passar ”in i alla dom här manliga stereotyperna för att vara transman”. Han tryckte också på att det inte fanns mycket kunskap om ickebinära vid tiden för hans utredning. Under intervjun sade han dessutom återkommande att han idag vågar visa att han dras till feminina könsuttryck; ”[o]m cis-män kan vara feminina så kan vi det också”. På relaterat vis betonade Charlie att om han hade genomgått utredningen idag så hade han vågat vara mer öppen med könsidentitetsfunderingar som inte passar in utifrån en binär och stereotyp syn på kön (jmf. Lindroth et al. 2016).

För Charlie, som använder pronomen han men idag definierar sin könsidentitet som ”mer flytande”, handlade det här bland annat om att vara öppen med sin osäkerhet kring vilka könsbekräftande behandlingar han ville göra och inte. Jag tolkar, som jag redan skrivit, Charlies uttalande om att hans mer flytande könsidentitet som jämförbart

med termen *genderfluid*. För Elliot, i sin tur, handlade det om att hen endast ville göra en mastektomi, till följd av sin könsdysfori. Bremer (2011) visar att normen om linjärt kön vid tiden för hennes studie innefattade en förväntan om att vilja göra alla könsbekräftande behandlingar, för att omforma kroppen så att den är i linje med en binär könsidentitet. På så vis har en önskan om ”hela paketet” med behandlingar setts som ett tecken på en genuin transidentitet. Forskning och rapporter visar att denna norm gjort att ickebinära personer har antagit en binär könsidentitet under utredningen, både i Sverige och utomlands, för att ges tillgång till nödvändig vård (Lindroth et al. 2016; SOU 2017:92; Hilário 2017). Charlie sade:

Så det var ju också liksom... det var också lite svårt för mig att tänka att jag inte skulle göra allting sen [alla behandlingar] för att själva tänket under utredningen var ju väldigt binärt liksom. Så det var liksom lite så antingen är du tjej eller antingen är du kille och så fanns det liksom ingenting däremellan, just då i alla fall. Det här med ickebinära fanns ju såklart men det var ju absolut inte lika omtalat som det är nu och det kändes lite som att utredningsteamet också propsade på att antingen gör du inget eller så gör du allt typ, på ett sätt. (Charlie, 25–30 år)

Kaj, vars utredningen också genomfördes innan de nationella kunskapsstöden kom, betonade att mottagningen var könsbinär i sitt tänk. Likt Charlies svar belyser hans svar en norm om att man förväntas göra alla behandlingar:

De tyckte till exempel absolut inte om att jag definitivt skulle göra en mastektomi, men var osäker på hormoner. De gillade inte att jag var osäker på eller inte ville ha underlivskirurgi... (Kaj, 25–30 år)

Det här är också överensstämmande med narrativet från Cleo, som inte slutförde sin utredning på Lundströmmottagningen utan bad om att bli remitterad till en annan region efter hen blivit nekad behandling på Lundströmmottagningen. Cleo upplevde att hen blev nekad då hen endast ville göra en mastekomi och inte börja på testosteron.

För när jag kom till utredningen på Lundströmmottagningen så sa dom ”ja men vi behandlar absolut ickebinära, dom kan absolut få vård hos oss”. Det är var alltså [årtal] när det fortfarande var rätt... det fanns fortfarande väldigt lite info när det kom till behandling, när det kom just till behandlingsmöjligheter för ickebinära. Diagnoskriterierna var också lite såhär all over the place då. [...] Och jag tror att mycket anledningen till att dom nekade mig var att jag inte ville ha testosteron. Hade jag velat ha testosteron, dom hade nog absolut kunnat säga samma sak då men jag tror ändå att dom hade haft mindre grund att stå på, just för då hade jag ändå en mer traditionell premiss liksom för behandling, men också för diagnos. (Cleo, 18–24 år)

Cleo upplevde det som att beslutet att neka hen vård hade att göra med att hen bara ville ha mastekomi och inte börja på testosteron, detta då det inte, såsom hen beskrev det, följer den traditionella premissen. Den traditionella premissen kan här förstås som en norm om linjärt kön; att vilja anpassa sin kropp i enlighet med en manligt *eller* kvinnligt kodad kropp och utifrån en förståelse av kön som något stabilt livet ut. Eftersom hen sedan fick tillgång till könsbekräftande vård via en annan mottagning,

stärktes misstanken hos Cleo att det här hade att göra med vad vi kan förstå som att hen inte visade att hen ville förändra sin kropp i enlighet med normen om linjärt kön. Trots att det är några år sedan, pekar Cleos narrativ mot att för personer som blivit tilldelade könet kvinna vid födseln kan en norm om att man ska vilja ha både mastekomi och testestoron tänkas påverka hur de upplever sin utredning.

Medan Charlies, Kajs och Cleos narrativ överensstämmer med Bremers (2011) resultat, visar mitt material från de som genomgått utredningen mer nyligen på en möjlig förändring. I narrativen från nyligen genomförda utredningar återfinns inte tydliga upplevelser av att man känt en förväntan om att genomföra alla behandlingar – oavsett om man har en binär eller ickebinär könsidentitet. Istället har det ofta uppmuntrats att vänta och fundera vidare, vilket möjligen kan förstås i relation till fokuseringen på risk för ånger i nuvarande debatt om den könsbekräftande vården (Linander & Alm 2022). Dessutom är det viktigt att påpeka att det i de nationella kunskapsstöden står att patienter inte behöver göra alla behandlingar (Socialstyrelsen 2015, 2022). Linander et al. (2021: 313) beskriver det här som att kunskapsstöden försökt hantera de problem som funnits med en ”allt eller inget”-modell där en stark önskan om *alla* interventioner har setts som ett diagnostiskt tecken, i enlighet med en norm om linjärt kön.

Flera av transmännen i denna studie hade blivit uppmuntrade att vänta och fundera kring underlivsoperation. Det var också flera som själva valt att inte göra underlivskirurgi. Det är här viktigt att ta upp att det finns en skillnad mellan underlivskirurgi för transmän och transkvinnor; kirurgin för transmän har även tidigare varit mer vanlig att ”hoppa över”, detta då kirurgins resultat ofta blir bristfälliga (Bremer 2011). Dock kan tänkas att en uttryckt *önskan om* underlivskirurgi – om det hade funnits bra metoder – kan ha använts som grund för bedömningen om huruvida man har en genuin transidentitet eller inte. Deltagaren Erik, exempelvis, tog upp att han i förväg hade bestämt sig för att ”vara ärlig” under utredningen, vilket för honom innefattade att ta upp att han kanske inte ville göra underlivskirurgi. Det här kan förstås som att hans förståelse av utredningen i förväg var att just en *uttryckt önskan om* underlivsoperation kan tänkas vara till fördel i bedömningen, men att han trots det bestämde sig för att vara ärlig. I hans narrativ finns det dock inget som pekar mot att det här skulle ha blivit ifrågasatt av mottagningen. Han beskrev det som att det här gjorde honom positivt överraskad.

[J]ag kanske inte är en picture perfect alfamale typ av person men jag känner ändå som jag känner och så. Och att jag kanske inte ville gå hela vägen. Jag har inte gjort den nedre kirurgin och kommer inte göra det heller. (Erik, 25–30 år)

På relaterat vis, när Kalle tog upp med mottagningen att han ville göra underlivskirurgi så hade han blivit uppmuntrad att vänta med beslutet. Han sa att han vid tiden för utredningen inte hade haft sex och att han hade han uppmuntrats att ”testa” vad han tyckte om innan han fattade ett beslut. Även om Kalle underströk att han hade känt sig obekvämt med frågorna om sex och samtalen om att han borde ge sig ut och ”testa allt”, så tryckte han på att diskussionen hade hjälpt honom.

Kalle: [...] Det var väldigt mycket i samband med nedre kirurgi. [...] Det tyckte dom då att jag skulle ge mig ut och testa. Bland annat, sa dom till mig... jag kommer inte ihåg vem som sa det... men att jag skulle absolut ge mig ut och testa allt innan jag bestämde mig för nånting.

[...]

Lisa: Kände du att du förstod varför ni pratade om det? Nu kommer jag med mina frågor om syftet här igen...

Kalle: Ja, men det förstår jag nog i efterhand, det var nog ganska så... för jag har inte gjort nedre kirurgi och kommer nog inte göra det. Och det är nog lite varför. Så att jag inte hade liksom... för när jag kom in på det var jag nog ganska säker på att jag ville göra... jag var i tankarna... men det ställde om lite när dom sa att det är nog bra att du går ut och testat lite vad du tycker om innan du bestämmer dig för nånting. Så på så sätt kanske det har varit bra.

(Kalle, 18–24 år)

Medan jag kommer återkomma till deltagarnas upplevelser av att få frågor och kommentarer om sex och sexualitet, så vill jag här lyfta att Kalles (och Eriks) narrativ belyser ett annat förhållningssätt till underlivskirurgi än Charlies och Kajs, samt annorlunda från tidigare studier och utredningar (Bremer 2011; SOU 2017:92).

Vad gäller mastektomi var detta något alla deltagare som var transmän och ickebinära i studien hade, så vitt jag förstår, velat göra, och det framkommer inte i materialet om det hade varit diskussion om detta under utredningen. Det här kan ha många orsaker, inklusive att jag under intervjuerna missade att fånga upp denna dimension. En annan möjlig tolkning är att en önskan om mastektomi är norm, vilket gör att det här blev en icke-fråga för både deltagarna och mottagningen. Det här påminner delvis också om hur beslut om hormonbehandling framkommer i mitt material; den stora majoriteten hade under utredningen uttryckt en önskan om hormonbehandling. De som skiljer sig från mängden är Elliot och Cleo, som båda har en ickebinär könsidentitet. Medan jag tolkar det som att det inte blev en diskussion under Elliots utredning kring att hen inte ville börja med hormonbehandling, visar, såsom jag redan varit inne på, Cleos narrativ mot en möjlig tolkning att kombinationen av hormonbehandling och mastektomi ses som norm för personer som blivit tilldelade könet kvinna vid födelsen.

Flera av transkvinnorna i denna studie hade gjort, eller beslutat att göra, underlivskirurgi. Samtidigt var det ett fåtal som hade valt att, i alla fall vid tiden för intervjun, att inte göra det. Materialet pekar mot att de inte blivit ifrågasatta för detta beslut, samt att kirurgin inte använts som vad Bremer (2011) beskriver det som ett gränsvaktande, där diagnosen villkoras av en önskan om en sådan operation. Exempelvis Rut tog upp att hon endast gjort hormonbehandling och epilering, samt att hon fortfarande inte "lever som kvinna fullt ut" utanför hemmet. Likaledes tog Elin upp flera behandlingar hon gör och vill göra, men det här innefattade inte kirurgi i dagsläget. Även om mitt material är tydligare i relation till transmännens beslut att inte göra underlivskirurgi, pekar narrativen, i enlighet med de nationella kunskapsstöden, sammantaget mot ett annat förhållningssätt än ett nyttjande av underlivsoperation som "ett tvingande snarare än valbart kroppsligt ingrepp" (Bremer 2011: 122).

### **Att få frågor om sex och sexualitet: relevant eller inte?**

Som jag redan varit inne på så fick många frågor om sex och sexualitet. Många hade

upplevt det här som jobbigt och vissa tryckte även på att de inte såg dessa frågor som relevanta för deras utredning; sexualitet i sig är inte kopplat till könsidentitet och könsdysfori behöver inte medföra problem i sexuella relationer. På detta vis upplevdes ”frågor om sex och sexualitet som kränkande” (SOU 2017:92: 618) av flera av mina deltagare.

Flera gånger rent utav kränkande typ ordagrant vad tänker du på när du onanerar. Vad är det för jävla fråga liksom? (Philip, 25–30 år)

[T]ill exempel frågade de om jag föredrar att penetrera eller bli penetrerad och det känns i frågan så vill de att jag ska svara, jag ska alltid vara den som penetrerar. Om jag har haft sex med män och kvinnor... jag minns inte om de frågade mig det, men jag vet att de har frågat andra vad man tänker på när man onanerar och ens sexfantasi, är man mannen eller kvinnan? Vad har man för könsorgan i ens sexfantasi? Det känns som att det kan vara relevant om... jag vill göra underlivskirurgi eller jag fantiserar om att min kropp ser ut på ett specifikt sätt och det är för att jag vill... men det känns som att frågan... kan vara väldigt personliga [...] (Kaj, 25–30 år)

I Kajs narrativ är det särskilt sammankopplingen mellan sex och könsidentitet som blir problematisk, där en hetero- och cisnormativ idé om linjärt kön är verksam i utredningsteamets frågor. Elias, i sin tur, tryckte på att han på ett sätt kan förstå att man frågar om sex, men att det samtidigt är ett problem att transpersoner förväntas ”hata sina kroppar jättemycket och hata allt och att man inte liksom vill ha sex typ och att det blir lite såhär att man shamar för att man kan och vill typ”. Det här är i samklang med forskning som visar ”att idén om transpersoner som så fyllda av självhat att deras sexuella möten kommer att bli begränsade, om ens möjliga, inte lyckas fånga de heterogena sätt som transpersoner erfar sina kroppar och sexualiteter” (Latham 2016: 347, min översättning från engelskan).

Som jag också var inne på tidigare när jag diskuterade bemötandet från utredningsteamet, var det flera av deltagarna, inklusive Philip och Kaj, som tryckte på att deras negativa upplevelser hade att göra med *vilka* frågor om sex de hade fått, och *hur* dessa frågor hade ställts. Det här känns också igen från Cleos narrativ.

Cleo: Jag minns ju att jag själv fick till exempel frågor om hur jag hade sex. [...] [V]äldigt såhär specifika kring om jag använder sexleksaker eller inte och vilken sort det var då. Och typ såna grejer... där jag kan känna att underlaget för varför man ställer dom frågorna är kanske... går att ifrågasätta. [...] Jag var absolut beredd på att få frågor om sexliv... Det var väl mer vissa detaljer som jag kan ifrågasätta. Hur mycket detaljer krävs det att man får...

Lisa: Mm.

Cleo: ... som läkare? Alltså hur viktigt är det att veta dels så om man onanerar eller hur man gör det, men också hur man har sex med andra som ska vara mer ingående än såhär vi har ”penis i vagina”-sex. [...] Jag som så många andra har erfarenheter av att vara utsatt för sexuellt våld vilket gör att såna frågor... både i barndomen och sen efteråt liksom... att det finns väldigt mycket såna frågor där jag känner att man behöver vara lite försiktig med hur man går fram med dem. [...] (Cleo, 18–24 år)

Bland annat för att Cleo hade erfarenhet av sexuella övergrepp, lyfte hen vikten av hur man ställer frågor kring sex. Även om hen tog upp att hen kan förstå varför vissa frågor



kring sex behöver ställas, så tryckte hen på vikten av att gå försiktigt fram. Hen jämförde också med erfarenheten från den mottagningen där hen sedan slutförde sin utredning:

Och om man jämför med [mottagning]... jag är rätt säker på att jag också där fick frågor om hur jag hade sex med folk men det var inte alls lika invasivt i hur dom gick fram med dom frågorna. (Cleo, 18–24 år)

På detta sätt menade Cleo att problemet på Lundströmmottagningen hade haft att göra med *på vilken detaljnivå* samt *hur* frågor om sex hade ställts.

De negativa erfarenheterna skiljer sig från deltagarna med mer positiva erfarenheter. Dessa deltagare hade vanligen erfarit upplevelser av sexuella relationer som relevanta för funderingar kring könsidentitet och sin könsdysfori. Det här innebär inte nödvändigtvis att de hade upplevt det som givande för dem att prata om det här *under utredningen*, utan mer vanligt var att deltagarna beskrev det som *i sig* potentiellt relevanta frågor *inom ramen för* en könsdysfori-utredning. Några deltagare tog också upp att frågor om sex hade kommit upp under möten med utredningsteamet men att det inte hade varit något centralt, varken för dem eller för utredningsteamet. Till skillnad från det här hade Oskar upplevt frågor om sex som relevanta för hans utredning:

Lisa: Men... hur kändes det att prata om [sex och sexualitet]?

Oskar: Alltså, just då var det lite såhär... spelade inte egentligen någon roll. Jag hade ju själv typ såhär... alltså jag tror det var lite det som var katalysatorn för varför man kom fram till att det antagligen var nån slags dysfori. Att... typ i alla relationer... jag kunde se mig själv i straight förhållande men jag kunde inte se mig som kvinnan i det straighta förhållandet, typ. Men okej... det mest logiska skulle väl vara då att man var lesbisk. Det var det inte alls! (Oskar, 18–24 år)

Bland deltagarna fanns det ofta en medvetenhet kring att frågor om sex och sexuella relationer, som en del av könsdysfori-utredningar, är en omtvistad fråga bland transpersoner. Flera av de som ställde sig positiva till att dessa frågor är en del av utredningen placerade därför samtidigt sina egna erfarenheter i relation till en kollektiv diskussion om frågor om sex som en del av könsdysfori-utredningar. Charlie benämnde således denna fråga som "en vattendelare" bland transpersoner. Han fortsatte:

Charlie: [...] [J]ag kan förstå att vissa inte tycker att det är relevant på ett sätt för att... som för mig var det ju inte relevant. [...] [M]en så finns det ju också dom som har väldigt svårt för intima situationer och för dom kan det ju vara högst relevant att få utforska och prata om såna saker om dom tycker liksom att det är jobbigt eller svårt. [...]

Lisa: Men du känner ändå då att även om det inte var relevant för dig så var det ändå på nåt sätt bra att det togs upp så att ni kunde utforska om det var relevant på nåt sätt?

[...]

Charlie: Ja, men precis. (Charlie, 25–30 år)

I samklang med hur jag tidigare diskuterade upplevelser av bemötandet från utredningsteamet, hade de deltagare som hade fått förklarar för sig under möten varför frågor om sex ställs upplevt det som något positivt. Det hade också uppskattats att utrednings-

personalen hade tagit upp att det kan uppfattas som integritetskränkande frågor. Det här är i samstämmighet med hur Socialstyrelsen skriver att om man inte får information om vad syftet med frågorna om sex och sexualitet är ”kan det påverka ens uppfattning av situationen, av utredningen och av vårdgivarna” (SOU 2017:92: 618). Johan menade att transparensen han hade upplevt kring det här visar på en förändring i Lundström-mottagningens arbete:

För det var folk som hade utredning bara några månader före mig, som det här med sexfrågor hade jag hört jättemycket om medan psykologen när [hen] tog upp det, [hen] inledde med att ”det här kan vara obekvämt och det är väldigt... integritetskränkande att ställa de här frågorna, men jag vill bara ställa den här frågan för att jag ska förstå det här”. [Hen] gav mig en förklaring samtidigt som [hen] ställde den och sen la [hen] ändå till, ”om du inte vill svara på det så behöver du naturligtvis inte det”. Jag kände mig inte som att... jag måste ge upp massa detaljer om mitt sexliv för att gå vidare utan... det kändes som att det var mer nytt. Jag kan tänka mig att det var... mer reflektion och... det är väl det som har blivit bättre eller behöver bli bättre och kanske blir det... vad är syftet? (Johan, 31–35 år)

Deltagaren Elliot betonade, i sin tur, att det hade varit svårt att under utredningen prata om sex och sexualitet på ett sätt som inte gjorde att hens könsidentitet ifrågasattes. Hen beskrev sex som av relevans för hens könsidentitet, men att det hade varit svårt att göra sig själv begriplig under samtalet om detta under utredningen.

Jag vet att jag sa det liksom att i dom sexuella kontakter som jag känt att jag kunnat liksom njuta mest av eller känna mig mest trygg i har varit när jag har haft sex med personer som jag upplever inte bara ser mig som kvinna. Och då är liksom frågan såhär men hur märker du det, hur skiljer det sig från... och att det såhär... det är jättekonstiga samtal att ha i det här sammanhanget bara. [...] Det var frågor jag absolut inte hade nåt svar på och den här känslan av att ja men hur kan jag prata om det här på ett sätt som inte får personen jag pratar med... får den att ifrågasätta min könsidentitet? Hur kan jag liksom prata om det här väldigt abstrakta och varierande i det här sammanhanget utan att typ göra nån förvirrad eller nånting? För det är som att... man är så rädd för då liksom att dom här väldigt spridda upplevelserna som jag har ska på nåt sätt ställa till det här... [...] Jag kände att där var jag ändå väldigt ärlig med att det kan se så himla olika ut... jag har jättemycket olika erfarenheter. [...] Det kan se jätteolika ut och också... jag har ju ändå haft upplevelser som varit ganska såhär feminint kodade och jag har inga problem med det. Och om jag då förhåller mig till mina liksom feminina sidor så att såhär säga såhär men jag är fine med det så finns det risk att jag sätter min diagnos på spel. [...] Om jag liksom bekräftar min femininitet. (Elliot, 25–30 år)

Elliot's narrativ visar på utmaningar om att göra sig begriplig som ickebinär i utredningen och på en rädsla för att icke linjära könsidentitets-erfarenheter av sexuella relationer kan sätta diagnosen i fara. Det här kan jämföras med de många deltagare i studien som definierade sig som binära och som hetero- eller homosexuella. I dessa narrativ tycks frågor om sex och sexualitet mindre ofta skapat en känsla av att bli ifrågasatt.

Sen frågade läkaren lite mer om sex specifikt och då var det... hur vill du ha sex? Det var jag inte blyg av att prata... jag vill ha det så här och la mig själv i en manlig roll i det hela. Det var också lättare för henne att hänga med... (Anton, 25–30 år)

Dom frågade om man hade nån partner och lite sånt och jag är ju attraherad av män och det tänkte jag också det kanske är en konstig grej, men det var det inte heller för dom. Dom sa väl i princip bara ”så då är du gay då” och så säger man ”ja, det är jag och så...” [...] Dom accepterar alla... vad man gillar och inte gillar och hur man känner och inte känner så att det var aldrig nåt konstigt. (Andreas, 25–30 år)

Anton sade att han upplevde det som att det blev lättare för läkaren att förstå honom eftersom han tydligt placerade sig ”i en manlig roll” när han talade om sex. Andreas, i sin tur, betonade att hans sexualitet inte hade mötts med något ifrågasättande. Lotta, för att ta ett ytterligare exempel, sade att sexualitet kom upp ”nån gång, men jag inte minnas att det var... att det var nånting vi diskuterade mycket”. Dessa narrativ kan sättas i kontrast med Elliots narrativ, där erfarenheten av sexuella relationer där hen ”inte bara uppfattas som kvinna” möttes med följdfrågor kring hur hen kan veta detta. Det här pekar mot en möjlig utmaning för ickebinära att positionera sig som ”begripliga” subjekt under utredningen, något som behöver förstås i relation till normen om linjärt kön.

### **Önskan om att få prata om att orientera sig i hur man ska ”göra kön”**

Slutligen vill jag belysa en tematik som hade att göra med erfarenheter av, eller en önskan om, att prata om könsidentitet i relation till samhällets normer kring kön och sexuella relationer. Flera deltagare betonade att det hade varit bra för dem att prata om just detta, och vissa tryckte på att de hade velat få göra så mer. Exempelvis Elin tog upp att det hade varit viktigt för henne att socionomen hade fått henne att öppna upp sig inför tanken att det finns många sätt att vara kvinna på, och att dessa inte behöver vara i enighet med en traditionell femininitet. Även om hon upplevde att socionomen hade tagit upp det här på ett klumpigt vis sade hon ändå:

[H]en pratade väldigt mycket med mig om att... att ja det här... hormonterapi det är inte magi, det kan inte göra allting liksom. Du måste vänja dig att det här kommer... kanske kommer du aldrig ha exakt den kroppen du vill ha. Kanske måste du... som på ett litet klumpigt sätt förmedla att du måste också anpassa din bild av hur en kvinna kan vara liksom. För att ja, medicinering och kirurgi kan inte lösa allt typ. Jag tror ändå [hen] hade rätt i det även om jag kanske hade förmedlat det på ett annat sätt. [...] Men om det är nåt jag har med mig av [socionomen] så är det väl det ändå. (Elin, 18–24 år)

Elins narrativ visar på att det kan vara viktigt att prata om könsidentitet i relation till samhälleliga normer kring vad det innebär att vara man eller kvinna. Ett annat exempel på detta är Charlie, som hade uppskattat att få prata om sexualitet i relation till könsidentitet.

Charlie: Men jag tror att det var ganska bra att prata om sexualitet i relation till könsidentitet ändå för jag tror att det lätt är nåt som man glömmer bort. Alltså det är ju nånting som kan förändras beroende på hur samhället ser en, till det yttre liksom.

Lisa: Men var det då nånting som just var fokus på... samhället kan se annorlunda på det efter behandling?

Charlie: Ja, jo... det tror jag, var den stora... jag tror att dom kanske ändå ville förbereda en på att det kan förändras och... har du en annan könsidentitet, även om... även om du dejtar tjejer så kommer du ju ses som hetero liksom och hur man kände inför såna saker typ. (Charlie, 25–30 år)

Charlie, som genomgående hade haft sexuella relationer med kvinnor, identifierade sig trots detta inte som heterosexuell. Hans erfarenhet var därför att det hade varit bra för honom att prata om dessa frågor under utredningen, då det gav honom chans att bearbeta och fundera över vad könsbekräftande behandling skulle innebära för honom vad gäller hur folk kommer att förstå hans sexualitet. På relaterat vis betonade Mattias att det hade varit bra för honom om han hade fått prata mer om hur identitet och intima relationer kan tänkas påverkas av könsbekräftande behandling. Mattias var inte nöjd med den hjälp han hade fått via mottagningen och hade därför velat bli mer förberedd på, och få prata om, sexuell intimitet och könsidentitet efter behandling.

Och det är nånting dom inte pratar om speciellt mycket om Lundströmmottagningen och det kan jag väl tycka hade varit bra. Det kanske också skulle vara ett sånt där område man pratar mer kring, hur man ser på sig själv efteråt och det här med dejtandet, oavsett vad man dras till och liksom... [...] Inte bara vad som händer med dom fysiska förändringarna och ens inre liksom, det här med... könsdysforin och det. Men mer det här, ett liv utifrån ditt nya... din nya könstillhörighet. (Mattias, 41–45 år)

Likt hur Mohr (2020) lyfter att diagnoser och efterföljande behandlingar kan medföra nya sätt att se på sexualitet och sexuella relationer, handlar Charlies och Mattias svar om relationen mellan könsbekräftande behandling, personliga förväntningar och samhälleliga normer kring könsidentitet och sexualitet (se också Lindroth et al. 2016). Medan Mattias betonade vikten av att prata om eventuell sexuell problematik efter könsbekräftande behandling, visar Charlies svar snarare på att det kan upplevas givande att prata om sexualitet mer brett i relation till könsidentitet och samhälleliga normer. Bägge dessa svar behöver dock sättas i relation till hur jag tidigare tagit upp att flera deltagare upplevde frågor om sex som kränkande. Det här visar att det är av yttersta vikt att närma sig dessa frågor med öppenhet för den vårdsökande ifråga och dennes situation och önskemål. Samtidigt vill jag just betona en skillnad mellan att fokusera på *sexuell praktik i relation till könsdysfori* och att mer brett sätta *sexuell identitet i relation till könsbekräftande behandling och samhällsnormer om kön*.

Även Johan såg positivt på att få prata om sina tankar om könsidentitet, både i relation till normer i samhället och i relation till sexualiteten. Men däremot återkom han flera gånger under intervjun till att även om han upplevde det som att han hade getts utrymme att så göra, hade mottagningen inte haft den kompetensen som hade behövts för att föra dessa samtal med honom.

[J]ag såg att de inte riktigt hängde med eller inte riktigt hade förståelse för vissa saker. Det var kanske den expertisen jag hade förväntat mig från dem. Det var jag nog lite besviken på just då eller det känns som att jag var inställd på att här ska vi... verkligen dividera grejer medan det blev bara som att jag kände att jag satt av tid på utredningen, att det inte var så... utmanande eller stimulerande mot mig själv.

Lisa: När du säger utmanande, vad tänker du på då?

Johan: Ja... om jag pratar om... [...] hur jag ska orientera mig i ett annat genus som jag inte är van vid, som jag ser på utifrån och försöker vara en detektiv och förstå, vad betyder det här eller hur orienterar sig folk i det här? Om jag vill lyfta mer sådana resonemang, hur man... får ihop det med att vara ett kön, men inte ett genus, men ändå... för att underlätta i livet, leva enligt genus för att kunna ge uttryck för ett kön... det är ganska komplicerat, det förhållandet och då kanske förståelsenivån, om jag lyfte det, var mer i linje att... du måste inte börja däck eller väldigt grund könsrollsförståelse som... och det var kanske inte det som jag går och oroar mig över, att jag måste byta däck. Det tycker jag verkligen inte att jag behöver göra. (Johan, 31–35 år)

Johan upplevde det som att när han lyfte tankar om hur han ska orientera sig kring frågor om genus (eller könsuttryck) i relation till sin könsidentitet kunde inte mottagningen möta honom där. Istället kände han det som att hans funderingar avfärdades med, såsom han också sade, ”det där är bara könsroller och det är bara konstruktioner”. I kontrast till det här hade han dels velat kunnat diskutera dessa saker med utredningsteamet, dels kunna få råd kring hur han kan hantera dessa frågor i framtiden.

Johan uttryckte också att han upplevde utmaningar med att leva som man idag; han beskrev det som att han känner utmaningar i att orientera sig som man i vardagen. Det här var också något som andra tog upp. Exempelvis sade Andreas att han ”vet fortfarande inte riktigt hur man betar sig med andra män” och att det är ”en lite märklig upplevelse kanske att man ändå har socialiserats som kvinna”. Det här är i enlighet med tidigare studier som lyft att, exempelvis, transmän kan uppleva det utmanande att navigera att leva som män efter könsbekräftande behandling, då de inte lärt sig fullt ut hur de ska ”göra maskulinitet” på ”rätt” sätt (Schilt & Lagos 2017). Johans resonemang sätter erfarenheter likt dessa i relation till samhällsnormer om kön:

Man kan vara man på vilket sätt som helst och kvinna på vilket sätt som helst och så är det, men det besvarar inte frågan hur jag som individ ska orientera mig i det här för att det är faktiska händelser som sker hela tiden oavsett vad jag tycker om det på ett intellektuellt plan, så är det något jag måste hantera. Att ha fört lite mer samtal kring just det, tror jag. (Johan, 31–35 år)

Johans narrativ belyser en spänning mellan en syn på könsroller som ”bara konstruktioner” och att samhället *de facto* präglas av könsnormer, vilka påverkar personer som genomgår könsbekräftande behandling på en mängd sätt. Därför kan det, såsom Charlies erfarenhet av att få prata om könsidentitet i relation till hur samhällliga normer exemplifierar, också finnas behov av att prata om hur man kan orientera sig kring dessa komplexa frågor om könsidentitet och könsuttryck i framtiden. Medan Elins erfarenhet var att det var bra att få höra att hon kan vara kvinna på många olika

sätt, visar Johans, Andreas, Mattias och Charlies svar samtidigt på vikten av att förstå det här i relation till att samhället trots allt är präglad av könsnormer, vilka gör vissa sätt att göra kön på enklare och, för andra, mer begripliga än andra.

### Sammanfattning av kapitlet

Det här kapitlet har visat att den könsbekräftande vårdens förhållningssätt gentemot vårdsökandes sexuella identiteter och könsuttryck – såsom kläder och andra kroppsattribut – och förväntningar på vilka könsbekräftande behandlingar man förväntas vilja ha tycks ha blivit mindre könsnormativt under de senaste åren. Samtidigt pekar kapitlet mot en kvardröjande norm om linjärt kön, detta då många av deltagarna i den här studien hade erfarenheter av att utredningsteamet letade efter ”tidiga tecken” på att de som barn hade agerat könskonträrt. Det här skapar en spänning mellan en norm om att könsroller inte ”spelar någon roll” och erfarenheter av situationer där könsroller – exempelvis utifrån att frågor om barndomen fokuseras – likväl tycks spela roll i bedömningen. Kapitlet pekar också mot en skillnad mellan deltagare som upplevt det som att utredningen gått bra då de ”passar in” i en könsnormativ binär norm, och de som exempelvis fått följdfrågor när de berättat ett narrativ som avviker från en norm om linjärt och binärt kön. Dessutom visar kapitlet att många vårdsökande anpassar sitt könsuttryck i mötet med utredningsteamet eftersom de *inte vågar riskera* att det här ska påverka deras utredning.

Den förändring som kapitlet pekar mot vad gäller en ökad öppenhet, och ett mer könsbekräftande förhållningssätt, kring könsuttryck och sexuella identiteter är viktig i relation till rätten till likabehandling och icke-diskriminering. Här pekar kapitlet mot en förbättring i den könsbekräftande vårdens arbete, där orättfärdiga skillnader på basis av stereotypa könsnormer och en heteronorm tycks spela en minskad roll (jmf. Västra Götalandsregionen 2021). På liknande sätt är en frihet att själv besluta om vilka könsbekräftande behandlingar man vill göra, utan att känna att det beslutet kan påverka ens möjlighet att få diagnos, helt avgörande för att ”se till att alla personer är informerade om och bemyndigade att fatta egna beslut beträffande medicinsk behandling och vård på grundval av ett verkligt välinformerat medgivande, utan diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet” (Yogyakartapinciperna 2006: 19). Samtidigt visar det faktum att vårdsökande anpassar sitt könsuttryck till följd av att de inte vågar riskera att det kan påverka bedömningen på en situation där transpersoner fortsatt *i praktiken*, i mötet med den könsbekräftande vården, inte kan uttrycka sig könsuttryck fritt från begränsande stereotypa könsnormer (jmf. Västra Götalandsregionen 2021). Vidare pekar fokuseringen på barndom och ”tidiga tecken” mot att en norm kring linjärt kön finns kvar inom den könsbekräftande vården (jmf. Linander et al. 2021). En sådan norm skapar en reell risk att de med ickebinära och *genderfluid* könsidentiteter – och som har könsdysfori – bemöts annorlunda inom den könsbekräftande behandling. Det här handlar om att deras könsidentitet inte nödvändigtvis är lätt att göra begriplig i relation till en förståelse av könsidentitet som något stabilt livet igenom. Konkret innebär det här att finns en risk att dessa personer kommer behandlas olika på basis av (hur man redogör för sin) könsidentitet, där vissa blir mer ifrågasatta kring sin könsidentitet än andra. Det här står givetvis i kontrast mot rätten till en jämlik och icke-diskriminerande vård, oavsett könsidentitet.

## ERFARENHETER AV KÖNSBEKRÄFTANDE BEHANDLING OCH HUR UTREDNINGEN OCH BEHANDLINGEN FÖRÄNDRAT LIVET IDAG

---

### Hur utredningen har påverkat livet idag

Utredningen var för deltagarna tätt sammankopplad med att få diagnosen och ges möjlighet till könsbekräftande behandlingar. Därför var det vanligen svårt för dem att särkoppla utredningens påverkan på livet idag med de behandlingar utredningen möjliggjort. Istället var det just många som betonade att det utredningen främst gett dem är att de fått möjlighet till behandlingar. Det här gäller inte minst de deltagare i studien som främst hade upplevt utredningen som en bedömningsprocess, som hade varit till för mottagningen och inte för dem. Dessa deltagare tryckte vanligen på att utredningen idag är något de lämnat bakom sig och att den endast var något de behövde ”få gjort”, med målet att få behandlingar.

Utredningen var ju lite såhär... det var ju bara nånting man behövde komma igenom. (Oskar, 18–24 år)

[S]å det var liksom såhär nu är det över, nu behöver jag faktiskt inte tänka på det. Det var inte traumatiserande, det var inte så att det satte djupa spår i mig. Så det var bara såhär skönt att vara färdig med. Och resultatet av den har ju varit fantastiskt. (Elliot, 25–30 år)

Till skillnad från dessa deltagare var det någon som tog upp att utredningen lämnat kvar en känsla av maktlöshet. Den här känslan av maktlöshet handlade om att under utredningen upplevt att mottagningen bestämde om man var trans eller inte, samt att ens könsidentitet och förståelse av sig själv hade blivit ifrågasatt under utredningen. Kaj beskrev hur hen efteråt har behövt bearbeta utredningen med andra psykologer:

Efter att jag flyttade till [stad] och gick i psykiatri... jag fick prata med mina nya psykologer där om hur utredningen hade varit och försökte bearbeta det... och med alla mina vänner... försöka hitta tillbaka till mig själv igen och känna att jag hade kontroll över mitt liv och makt över min kropp. [...] Min egen fysiska transition kan jag fortfarande känna mig väldigt glad över, men att tänka på själva utredningen som ledde till det gör mig fortfarande... arg och ledsen och besviken att... fler ska behöva gå igenom det. (Kaj, 25–30 år)

Det här kan också jämföras med de som upplevde att utredningen gjort dem mer trygga i sig själva. Dessa deltagare tog upp att mötena med utredningsteamet gjort att de idag förstår sig själva bättre, detta då de fått ”reda ut vad som är vad” i deras liv och historia. Denna grupp av deltagare var också bland de vars utredningsmöten präglades av en trygghet att utforska frågor om könsidentitet och/eller andra eventuella relevanta aspekter i livet.

Utan [utredningen] så vet jag inte riktigt om jag hade levt, om jag ska säga på rak svenska. [...] På alla plan, dels att jag har fått hjälp att bearbeta barndomen och sen med transsexualismen, det är två stora saker de har hjälpt mig med. (Niklas, 36–40 år)

Och sen har jag ju mycket med mig från utredningen som jag ändå såhär... såhär samtalskontakter, att jag har benat ut väldigt mycket i mig själv liksom. [...] Och jag tror ju också att hela den här utredningsbiten har också gjort att jag har blivit mer trygg i mig själv. Och vet liksom vem jag är och vad jag vill typ (Charlie, 25–30 år).

Dessa mycket skilda resultat är i enlighet med rapportens resultat i sin helhet, där erfarenheter som är mer positiva samexisterar med mer negativa sådana. Jag vill också, återigen, trycka på komplexiteten i deltagarnas narrativ. Även om det finns ett fåtal deltagare som genomgående idag ställer sig negativa eller positiva till utredningen, så har de flesta deltagarna komplexa erfarenheter där saker som inte fungerat bra existerar sida vid sida med mer positiva exempel.

### **Hur den könsbekräftande behandlingen hjälpt: mindre könsdysfori, men "att passera" som en villkorad erfarenhet**

Deltagarna sade att den behandling de fått hjälpt dem och att de inte ångrar den eller att de valde att genomgå utredningen. De beskrev ofta sina erfarenheter genom att berätta om specifika behandlingar och hur dessa hjälpt dem. Det fanns ett antal deltagare som var missnöjda med, till exempel, ärr efter mastektomi eller hur deras hårväxt påverkats av hormonbehandlingen. Samtidigt betonade dessa personer likväl att de var glada över den könsbekräftande behandling de kunnat få.

Deltagaren Maria hade vid tiden för intervjun nyligen genomgått underlivskirurgi och använde sig därför av detta som exempel för att beskriva sin glädje över den vård hon kunnat få.

Lisa: Om jag just frågar mer om det... ehm... den vården du har kunnat få, vad betyder den för dig?

Maria: Ja, den är ju otroligt viktig. Jag ska säga som... jag... jag har ju precis genomgått operationen och det var ju en otrolig känsla att vakna upp efter den som jag ännu är väldigt uppfylld av ska jag säga. Alltså hur otroligt viktigt det är... det förstod jag inte riktigt innan kan jag säga. Det är nånting som man har... varit... som jag har skjutit undan så pass mycket. Att... och lärt mig att leva med liksom. Otroligt lycklig av den vården. (Maria, 36–40 år)

Många beskrev glädjen över de behandlingar de fått som starkt kopplad till att de idag inte känner, eller känner betydligt mindre, kroppsligt obehag. Med andra ord var deras könsdysfori borta eller nästintill borta. Elliot, till exempel, betonade att hens mastektomi har hjälpt henne mycket då hen idag inte har någon könsdysfori. Hen kopplade könsdysforin tätt samman med just en känsla av kroppsligt obehag.

Elliot: Det [könsdysfori] är ju nåt som... som man ju bär med sig hela tiden och som... för mig har det ju gett så här ångestsymtom som har varit väldigt bara såhär kroppsliga och påverkar hur jag rör på mig. Alltså jag har ju inte sprungit, jag har inte hoppat, jag har tyckt att det varit obehagligt att bada, alltså det spelar ingen roll om det är bland folk eller om jag är själv. Och plötsligt så slipper jag ju det! Alltså jag har ju börjat springa! Jag kan också såhär bara klä mig och inte tänka på min kropp och...

Lisa: Det är ju fantastiskt!



Elliot: Ja ja, ja, verkligen! Så... alltså plötsligt så är kroppen en ickefråga.  
(Elliot, 25–30 år)

Även Andreas uttryckte stark glädje och relaterade det här till sin hormonbehandling och mastektomi. Som också Elliot gjorde, beskrev han sin erfarenhet som att han idag inte har något kroppsligt obehag.

Jag har liksom inget obehag längre. Jag behöver inte tänka på liksom oroa sig för att någon ska se mig som tjej längre. Och jag hade liksom väldigt mycket dysfori över speciellt min röst, minns jag. Var nog nästan det värsta innan jag började på hormoner. Och det har ju... när den förändrades så var det fantastiskt! Och också liksom när jag gjorde min bröstoperation, att det... det kändes också bokstavligen som en lyft... en vikt hade lyfts. Och jag kan liksom ha på mig vad jag vill utan att jag behöver oroa mig för att min kropp skulle se konstig ut eller såhär. Jag behöver inte ha nån binder på mig längre. Ja, det känns befriande. (Andreas, 25–30 år)

Andreas svar belyser också en annan dimension av könsdysfori än enbart den kroppsliga. Han betonade att behandlingen hjälpt honom då han inte behöver riskera att andra ska se honom som tjej. Det här belyser en social, och inte bara kroppslig, dimension av könsdysfori, som handlar om att inte behöva vara rädd för att bli felkönad (RFSL 2019). Flera deltagare tog just upp det befriande i att inte bli tolkade som fel kön:

Min toppkirurgi var väldigt lyftande. Jag är jättenöjd med den. Den gav mig väldigt mycket frihet i mitt liv och väldigt mycket mindre frågor. Mitt skägg är väldigt givande. Det löser många problem. När det kommer till typ felkönning och sånt där och min röst har lagt sig väldigt bra. (Kalle, 18–24 år)

Deltagare beskrev det som att de idag känner sig mindre begränsade i det sociala, då de inte är rädda för att andra tolkar dem som fel kön. Medan Johnson (2019) påpekar att transpersoner i mötet med vården, i enlighet med rådande diagnoskriterier, ofta lyfter de kroppsliga aspekterna, belyser mitt material också den sociala könsdysforin som en viktig aspekt.

Känner mig mycket mer social på ett sätt. Har alltid varit ganska social men jag känner mig mer... jag kan va mer direkt och jag kan va mer med... hänga med i gänget. [...] Det... jag mår... jag mår så mycket bättre efter allt det här att det är svårt för mig att tänka mig hur jag mådde då. Det är nog bästa sättet jag kan förklara det. Det är svårt att tänka tillbaka och hur konstant den känslan kunde vara... och hur mycket grejer den fick mig att göra... att när jag inte hade hunnit börja med testosteronet... att jag kände mig låst, att jag inte kunde göra fler grejer. (Lucas, 18–24 år)

Ingen skulle misstänka något annat än att jag är den man jag är idag. Och det där märkte jag ju också, vad ska jag säga, efter hormonerna började kicka in... att... vilken lättnad och hur jag växte ännu mer i mig själv... i och med att det är såna här markörer kring maskulinitet, som exempelvis ansiktsbehåring... ja, men, rösten förändrades... och såna saker. Det blev på nåt sätt också det som legitimerar mig på nåt sätt. Som gör att jag går ut... jag lämnar mitt hem och vet att det finns ingen utanför den här lägenheten som har en aning om min historia, liksom... dom ser bara en man. Och den lättnaden! (Mattias, 41–45 år)

För flera av deltagarna var tacksamheten över behandlingarna kopplat till glädjen av att ”kunna passera”, och så var det även för Lucas och Mattias. Att passera innebär att bli sedd av andra som den könsidentitet man själv identifierar sig med (Transformering 2022). Både Lucas och Mattias, som bägge går på hormonbehandling och gjort mastektomi, tryckte på att de idag mår mycket bättre än de gjorde innan behandlingarna startade, vilket de kopplade till erfarenheten av att kunna passera. Lucas tog upp att han exempelvis inte ville dejta innan för att han inte hade velat gå på dejter när han inte såg ut som han kände sig. Han sade vidare:

Det känns så mycket bättre än vad jag kunde föreställa mig att det skulle kännas [att passera]. Precis, som jag sagt, liksom grejen att jag får bestämma för mig själv vad folk ska veta om mig runt omkring mig... känns mycket, mycket skönare. Det känns som, ja, en frihet på ett sätt. Att liksom... folk tittar inte på mig. Och inte för att folk pratade om mig... men folk har inte samma... att... att det finns nåt att prata om kanske. [...] (Lucas, 18–24 år)

På detta sätt beskrev flera deltagare, såsom Lucas, Mattias och Kalle, ”att passera” som en känsla av frihet, befrielse och lättnad. Samma gällde Niklas, men han beskrev det i termer av att kunna vara anonym och smälta in som ”lite mer Svensson”:

Niklas: Sen blir det en vardag och jag tänker inte ens på hur lyckligt lottad jag är. Här är det inte alla som vet heller, i [ort]... jag var mer känd där som den transsexuella som jobbade i [yrke]. Här är det lite mer anonymt. Då kan jag vara lite mer Svensson. En allmän fråga [från folk är] ”ska ni inte skaffa barn?” Nja... det är ändå skönt, du har inte märkt något.  
Lisa: Det är skönt att kunna passera helt?  
Niklas: Otroligt skönt. (Niklas, 36–40 år)

Att passera kan det vara något som transpersoner känner en stark längtan efter (Schilt & Lagos 2017). Dessutom, som Andreas, Mattias och Niklas svar visar, kan det dessutom vara något som gör livet enklare då samhället präglas av binära könsnormer kring hur våra kroppar ska se ut. På det här sättet kan könsbekräftande behandlingar bekräfta transpersoners identitet, men också underlätta livet då människor förväntas ”göra genus” utifrån könsnormativa idéer om hur kroppar ska se ut (Butler 2006; Johnson 2019). Utifrån ett perspektiv som fokuserar transpersoners egna erfarenheter är det därför, på detta sätt, viktigt att lyfta och belysa många transpersoners längtan efter att leva vanliga liv, trygga från fördomar, utsatthet och utanförskap.

Men som forskning samtidigt visar är ”att passera” inte något självklart. Just för att det är kopplat till könsnormer kring hur kroppar ska se ut så har inte alla personer samma förutsättningar för att kunna passera (Bremer 2011). Flera av deltagarna som erfor att de idag passerar tryckte följaktligen på att det här gör saker enklare för dem, men att de vet att det inte är lika självklart för andra.

Lisa: Men du sa att det kändes skönt att på nåt sätt att kunna... passera?  
Oskar: Mhm, ja, det är jätteskönt. [...] Jag ser ut som jag vill och folk verkar se mig som jag vill. Så det blir lite såhär... fett. [...] Men jag har ju haft tur också, ja.  
Lisa: Tur på vilket sätt menar du?

Oskar: Delvis det att typ... jag ser ut som en stereotypisk man. Att rösten ändå har droppats så lågt att jag kan passera. (Oskar, 18–24 år)

I kontrast till narrativ likt Oskars var det vissa deltagare som beskrev hur andra inte alltid läser dem i enlighet med deras könsidentitet; istället blir de ibland sedda som transpersoner. Vissa, såsom Kalle, tryckte på att det här inte är något problem för dem. Han sade att ”när folk träffar mig så... dom flesta brukar tro att jag är tjej liksom, när dom ser mig” och ”[s]å det är svårt att dölja men jag har inga som helst problem med det”. Andra personer tog dock upp erfarenheter av utsatthet och fientlighet. Det här var särskilt tydligt i Jennys narrativ. Hon pratade flera gånger under intervjun om att hon inte känner sig säker när hon rör sig utanför hemmet.

Jenny: [...] Jag klär mig mycket mer feminint än jag gjorde då men det är också att jag kan inte gå ut så som jag klär mig hemma. Det är inte säkert så.

Lisa: Hur klär du dig när du går ut?

Jenny: Jag brukar fortfarande ha en kjol över byxorna så men kanske en lite mer neutral tröja eller... och ja... ett par svarta byxor eller bara jeans, jacka.

Lisa: Men du upplever att det ofta är utsatt att gå ut med vissa kläder för dig?

Jenny: Ja. [...] Det känns som jag är lite för avtrubbad för att märka av det så mycket mer än bara hålla mig säker. (Jenny, 36–40 år)

Att lyfta utsatthet likt Jennys är viktigt för att möjliggöra en förbättrad vård, och ett starkt stöd, för berörda personer, både under och efter en könsdysfori-utredning. En sådan utsatthet behöver förstås i relation till termen cisnormativitet; att vi lever i ett samhälle som präglas av ett vanemässigt antagande om att kroppar ska vara entydigt feminint eller maskulint kodade (Nord et al. 2016). Som Jennys narrativ exemplifierar så är personer som andra läser som trans – som inte passerar – extra utsatta vad gäller både våld, kränkningar och diskriminering (Socialstyrelsen 2015, 2022). Mitt material pekar på att aspekter likt denna kan fångas upp ytterligare under utredningen genom att samtal förs om hur framtiden kan tänkas te sig efter könsbekräftande behandling, där fokus är både på möjligheter och eventuella farhågor. Sådana samtal behöver då också föras med insikt om hur vi kan förstå det här i relation till den cisnormativitet som präglar vårt samhälle.

### **Sammanfattning av kapitlet**

Det här kapitlet har visat att deltagarna i den här studien är nöjda med att de genomgått utredningen, främst för att den gett dem tillgång till könsbekräftande behandling. I samklang med vad som i tidigare kapitel diskuterats som en spänning mellan utredningen som en värderande bedömningsprocess och som ett värderingsfritt utforskande har jag dessutom belyst en skillnad mellan de som upplever att de idag, tack vare utredningen, är säkrare på sig själva och de som endast erfarit den som något de behövde ta sig igenom. Vidare visar kapitlet att deltagarna är tacksamma över de könsbekräftande behandlingar de fått, inte minst för att den stora majoriteten idag inte lider av könsdysfori, eller har betydligt mindre sådan. Samtidigt pekar kapitlet mot en skillnad mellan de som idag ”passerar som” män eller kvinnor och de som andra riskerar läsa som trans.

I relation till rätten till jämlikhet och frihet från diskriminering belyser deltagarnas positiva erfarenheter av könsbekräftande behandling sådana behandlingar som centrala för många transpersoners möjlighet att kunna leva i enlighet med sin könsidentitet utan att riskera att utsättas för våld, trakasserier och kränkningar (jmf. Yogyakartaprinciperna 2006; OHCHR 2022a). I relation till rätten till bästa möjliga hälsa är det också av vikt att betona hur deltagarnas könsdysfori blivit hjälpt av behandlingarna. Samtidigt visar skillnaden mellan de av de tidigare patienterna som idag passerar och de som inte gör det (men vill göra det) på ett behov av att ytterligare stärka transpersoners rättigheter genom adekvat stöd och behandlingar som minskar risken för utsatthet, trakasserier och diskriminering.

# Rapportens slutsatser

Syftet med den här rapporten har varit att erhålla kunskap om tidigare patienters erfarenheter av könsdysforiutredning vid Lundströmmottagningen, samt hur de upplever att utredningen och den könsbekräftande vården har påverkat deras nuvarande livssituation. Särskilt har fokus lagts på hur de tidigare patienterna upplevt väntetiden, bemötandet från utredningsteamet och utredningens innehåll, samt eventuella förväntningar på dem relaterade till könsidentitet och könsuttryck. I rapporten har jag utgått från en kombination av teoretiska perspektiv som sätter transpersoners erfarenheter och upplevelser i fokus och perspektiv som belyser diagnosticering som en social process där patienters och vårdpersonals olika erfarenheter och förståelser möts och förhandlas med. Jag har också satt rapportens resultat i relation till tidigare forskning och utredningar om vårdsökandes erfarenheter av könsdysforiutredningar och av den könsbekräftande vården. Eftersom fokus för rapporten är Sverige har jag särskilt använt mig av tidigare forskning och utredningar från denna nationella kontext, men jag har också, när så hjälpt analysen framåt, relaterat till internationell forskning om den könsbekräftande vården. Slutligen har jag satt varje kapitels slutsatser i relation till relevanta konventioner om patienters rättigheter och de mänskliga rättigheterna.

I linje med tidigare forskning visar den här rapporten att vårdsökande upplever väntan inför, och under utredningen, som psykiskt påfrestande (Bremer 2011; SOU 2017:92; Linander et al. 2017). Eftersom flera av deltagarna genomfört sin utredning under de senaste åren när väntetiderna ökat visar samtidigt studien på en skillnad över tid. Medan flera av de som hade genomgått utredningen några år tillbaka i tiden hade upplevt väntan som ”hanterbart” lång, redogjorde de som genomfört den under senaste åren för en stark känsla av frustration och ovisshet. Det här hade både att göra med att deras tider flyttades framåt allt eftersom och att de hade haft svårt att få information och stöd från mottagningen vad gäller deras remisser. Ett centralt resultat från studien är att en stor del av deltagarna hade önskat mer praktiskt stöd i denna process av väntan, vad gäller information om deras remisser under och efter utredningen.

Deltagarna hade både positiva och negativa erfarenheter av bemötandet från utredningsteamet, och av specifika moment såsom personlighetstester och närstående möte. Aspekter som bidrog till ett positivt bemötande var personal som var inkännande, engagerad och tillmötesgående. De med mer negativa upplevelser tryckte istället på att de hade upplevt det som att de inte hade blivit förstådda, att utredningsteamet hade ”hakat upp sig” på irrelevanta aspekter och/eller att specifik personal ställt frågor utan att känna in dem som individer. Vidare lyfte också deltagare, både med positiva och negativa erfarenheter, vikten av transparens kring vad som är syftet med utredningen, varför vissa frågor ställs och varför vissa moment ska göras (se också SOU 2017:92). Följaktligen betonade generellt de som hade upplevt en sådan transparens från mottagningen det som något positivt, medan de som inte erfarit detsamma, det som något negativt.

En avgörande faktor för hur deltagarna upplevde bemötandet var huruvida de hade varit trygga eller inte under utredningen och/eller med specifika personer från utredningsteamet. För de som inte hade varit trygga under utredningen hade det här ofta att göra med det faktum att utredningen just är en utredning; deras erfarenhet var

att de behövde ”bevisa sig” som ”nog trans” och att deras könsidentitet blev ifrågasatt av utredningsteamet (se också SOU 2017:92; Linander et al. 2019). Till skillnad från det här var erfarenheten från de som var trygga under utredningen att den hade gett dem utrymme och möjlighet att utforska frågor kring könsidentitet och/eller andra eventuellt relevanta aspekter utan att vara rädda för att det skulle påverka utredningens resultat negativt.

Skillnaden i deltagarnas narrativ är kopplad till utredningsteamets ”dubbla roller” (Socialstyrelsen 2015, 2022); teamet ska samtidigt agera som bedömare och som stöd. Till följd av dessa dubbla roller var det många deltagare som inte hade vågat vara öppna kring sitt psykiska mående och eventuella osäkerheter kring sin könsidentitet. Istället kände de sig tvungna att visa sig både ”trans nog” och som nog psykiskt stabila (se också Bremer 2011; Linander et al. 2017). Många hade också velat kunna ta emot psykosocialt och samtalsterapeutiskt stöd från utredningsteamet, men till följd av utredningsteamets dubbla roller hade de svårt att se hur det skulle kunna gå till. Ett viktigt resultat från studien är att många av deltagarna önskade att de under utredningen hade getts tillgång till en separat samtalskontakt, oberoende av utredningen (se också Linander et al. 2017).

Studien pekar mot att den könsbekräftande vårdens förhållningssätt till vårdsökandes könsuttryck delvis under senare år tycks blivit mindre könsnormativt, vad gäller erfarenheter av att utredningsteam kommenterar klädsel och andra kroppsattribut (jmf. Bremer 2011; SOU 2017:92; Linander et al. 2019). I enlighet med gällande nationella kunskapsstöd (Socialstyrelsen 2015; 2022) visar rapporten vidare på erfarenheter av ett mer flexibelt förhållningssätt till beslut om könsbekräftande behandling. Det här står i kontrast mot tidigare studier och utredningar som har rapporterat om en ”allt eller inget”-modell, där en önskan om att vilja ha alla könsbekräftande behandlingar setts som ett diagnostiskt tecken på att man är trans ”på riktigt” (Bremer 2011; SOU 2017:92).

Samtidigt visar rapporten på motsägelsefulla könsnormer inom dagens könsbekräftande vård. Rapporten beskriver en spänning mellan att som utredningsenhet uttrycka att ”könsroller inte spelar någon roll” och att samtidigt fokusera på ”tidiga tecken” på att den vårdsökande agerat könskonträrt som barn. Dessutom pekar rapporten på en möjlig skillnad mellan de med en binär könsidentitet och de med en ickebinär könsidentitet. Medan många med en binär könsidentitet beskrev hur de fått indikationer på att diagnos skulle komma, beskrev de ickebinära oro och ovisshet kring utredningens utfall. Även om det är viktigt att betona att studien endast innefattar tre med ickebinär könsidentitet, pekar det här ändå mot att förmågan att passera binärt kan tänkas påverka vårdsökandes erfarenheter av den könsbekräftande vården.

Rapporten bekräftar tidigare forskning som redogjort för en ojämn vårdsituation till följd av långa väntetider och olikheter mellan patienter vad gäller om de fått och/eller kunnat ta emot praktiskt stöd under och efter utredningen (Linander & Alm 2022). Flera deltagare tog upp att de ”tagit saken i egna händer” och ringt runt till andra mottagningar för att få en remiss till en annan region, för exempelvis läkarbesök eller könsbekräftande behandling. Som detta är ett exempel på så förflyttas därmed *de facto* ansvaret för vården från vårdgivaren till den vårdsökande (jmf. Linander et al. 2017). Det här visar på en situation där de långa väntetiderna och de eventuella skillnaderna

i praktiskt stöd från den könsbekräftande vården skapar en ojämn vård, där personer som orkar och har möjlighet kan få bättre vård och/eller stöd. Eftersom många vård-sökande mår dåligt till följd av, inte minst, sin könsdysfori, skapar det här en situation där huruvida man mår bra nog och/eller får praktiskt stöd riskerar att påverka den könsbekräftande vårdens tillgänglighet.

Slutligen bekräftar rapporten hur andra studier visat på transpersoners erfarenheter av könsbekräftande behandlingar som något som hjälpt dem mot deras könsdysfori, vad gäller både kroppslig dysfori och sociala aspekter. Medan väntan beskrevs av den här studiens deltagare som att livet ”stannade upp”, beskrevs behandlingen som en befrielse då deras nya och/eller ”riktiga” liv äntligen kunde ”sätta fart”. Medan rapporten visar att det här ofta var knutet till erfarenheter av ”att passera” som det kön de känner sig om, betonas samtidigt att alla transpersoner inte vill passera. Dessutom belyser rapporten ”att passera” som en villkorad erfarenhet där personer som av andra läses som trans löper en fortsatt risk för utsatthet, kränkningar och diskriminering.

# Referenser

- Alm, E., Bremer, S., Nord, I., & Schmitt, I. (2016). Queer- och transforskning. I Lundberg, A., & Werner, A. *En introduktion till genusvetenskapliga begrepp*. Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning.
- Alvesson, M. (2010). *Interpreting Interviews*. London: Sage.
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2021). Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1): 58–71.
- Bremer, S. (2011). *Kroppslinjer: kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering*. Göteborg: Makadam förlag.
- Butler, J. (2006). *Genus ogjort: kropp, begär och möjlig existens*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Dewey, J. M., & Gesbeck, M. M. (2017). (Dys)functional diagnosing: mental health diagnosis, medicalization, and the making of transgender patients.” *Humanity & Society*, 41(1), 37–72.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777–795.
- Hilario, A. P. (2017). Contestation, instrumental resistance and strategic conformation within the diagnostic process of gender dysphoria in Portugal. *Health*, 21(5), 555–572.
- Johnson, A. H. (2019). Rejecting, reframing, and reintroducing: trans people’s strategic engagement with the medicalisation of gender dysphoria. *Sociology of Health & Illness*, 41(3), 517–532.
- Latham, J. R. (2016). Trans men’s sexual narrative-practices: introducing STS to trans and sexuality studies. *Sexualities*, 19(3), 347–368.
- Linander, I. (2018). *”It was like I had to fit into a category”: People with Trans Experiences Navigating Access to Trans-specific Healthcare and Health*. PhD thesis, Umeå University.
- Linander, I., & Alm, E. (2022). Waiting for and in gender-confirming healthcare in Sweden: an analysis of young trans people’s experiences. *European Journal of Social Work*, 1–12.
- Linander, I., Alm, E., Goicolea, I., & Harryson, L. (2019). ”It was like I had to fit into a category”: care-seekers’ experiences of gender regulation in the Swedish trans-specific healthcare. *Health*, 23(1), 21–38.
- Linander, I., Alm, E., Hammarström, A., & Harryson, L. (2017). Negotiating the (bio)medical gaze – experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine*, 174, 9–16.
- Linander, I., Lauri, M., Alm, E., & Goicolea, I. (2021). Two steps forward, one step back: a policy analysis of the Swedish guidelines for trans-specific healthcare. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 309–320.
- Linander, I. & Repka, A. (2021) Stopp för behandling av unga transpersoner är oetiskt. *Läkartidningen*, 2021-05-29. Tillgänglig på: <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2021/05/oetiskt-stopp-for-behandling-av-unga-transpersoner/>. Hämtad: 2022-05-16.
- Lindroth, M., Deogan, C., & Mannheimer, L. (2016). *Rätten till hälsa: Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Mohr, S. (2020). The performative effects of diagnosis: thinking gender and sexuality through diagnostic politics. *Kvinder, Kön og Forskning*, 29(1), 19-32.
- Namaste, V. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nord, I., Bremer, S., & Alm, E. (2016). Cisnormativitet och feminism. *Tidskrift för genusvetenskap*, 37(4), 2–13.
- OHCHR (2019). Born free and equal: sexual orientation, gender identity and sex characteristics in International Human Rights Law. Tillgänglig på: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Born\\_Free\\_and\\_Equal\\_WEB.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Born_Free_and_Equal_WEB.pdf). Hämtad: 2022-05-17.
- OHCHR (2022a). About LGBTI people and human rights: OHCHR and the human rights of LGBTI people. Tillgänglig på: <https://www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights>. Hämtad: 2022-05-16.
- OHCHR (2022b). OHCHR and the right to health. Tillgänglig på: <https://www.ohchr.org/en/health>. Hämtad: 2022-05-27.
- Pearce, R. (2018). *Understanding Trans Health: Discourse, Power and Possibility*. London: Policy Press.
- Pitts-Taylor, V. (2020). ”A slow and unrewarding and miserable pause in your life”: waiting in medicalized gender transition. *Health*, 24(6), 646–664.
- Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter (RFSL). (2019). Frågor och svar om vård för unga med könsdysfori. Tillgänglig på: <https://www.rfsl.se/verksamhet/trans/fragor-och-svar-om-var-d-for-unga-med-konsdysfori/>. Hämtad: 2022-05-17.



- Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner, queeras och intersexpersoners rättigheter (RFSL). (2020). Alla transpersoner som behöver vård ska få det – RFSL kommenterar Uppdrag granskning. Tillgänglig på: <https://www.rfsl.se/verksamhet/trans/uppdrag-granskning-om-varld-for-unga-transpersoner/>. Hämtad: 2022-05-16.
- Schilt, K., & Lajos, D. (2017). The development of transgender studies in Sociology. *Annual Review of Sociology*, 43, 425-443.
- Shepherd, A., & Hanckel, B. (2021). Ontologies of transition(s) in healthcare practice: examining the lived experiences and representations of transgender adults transitioning in healthcare. *Health Sociology Review*, 30(1), 41-57.
- Socialstyrelsen (2015). God vård av vuxna med könsdysfori: nationellt kunskapsstöd. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-4-7.pdf>. Hämtad: 2022-05-16.
- Socialstyrelsen (2022). Stöd, utredning och hormonbehandling vid könsinkongruens hos barn och ungdomar: delvis uppdatering av kunskapsstöd. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-2-7774.pdf>. Hämtad: 2022-05-16.
- SOU (2017:92), Socialstyrelsen. *Transpersoner i Sverige: förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor*. Elanders: Stockholm.
- Smith, D. E. (1992). Sociology from women's experience: a reaffirmation. *Sociological Theory*, 10(1), 88-98.
- Strauss, P., Winter, S., Waters, Z., Wright Toussaint, D., Watson, V., & Lin, A. (2021). Perspectives of trans and gender diverse young people accessing primary care and gender-affirming medical services: findings from Trans Pathways. *International Journal of Transgender Health*, 1-13.
- Timmermans, S., & Tavory, I. (2012). Theory construction in qualitative research: from grounded theory to abductive analysis. *Sociological Theory*, 30(3), 167-186.
- Transformering (2022) Ordlista. Tillgänglig på: <https://transformering.se/vad-ar-trans/ordlista>
- Västra Götalandsregionen (2021). Mål för social hållbarhet 2030 för Västra Götalandsregionen och de verksamheter som finansieras av Västra Götalandsregionen. Tillgänglig på: [https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs3259-357170841-108/native/210x297\\_VGR\\_Mal\\_for\\_social\\_hallbarhet\\_2030%5b5%5d.pdf](https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs3259-357170841-108/native/210x297_VGR_Mal_for_social_hallbarhet_2030%5b5%5d.pdf). Hämtad: 2022-05-16.
- Västra Götalandsregionen (2022a). Lundströmmottagning Alingsås. Tillgänglig på: <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-2/psykiatri-affektiva/enheter/lundstrommottagning-alingsas/>. Hämtad: 2022-05-16.
- Västra Götalandsregionen (2022b). Människorättsbaserat arbete. Tillgänglig på: <https://www.vgregion.se/regional-utveckling/verksamhetsomraden/manskliga-rattigheter/rattighetsbaserat-arbete/>. Hämtad: 2022-05-16.
- Västra Götalandsregionen (2022c). Patientens rättigheter. Tillgänglig på: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/varldadministration/patientens-rattigheter/>. Hämtad: 2022-05-17.
- Yogyakartapinciperna (2006). Yogyakartapinciperna: principer om tillämpning av det internationella skyddet av de mänskliga rättigheterna vad gäller sexuell läggning och könsidentitet. Regeringskansliet: Stockholm.
- Yogyakarta Principles Plus 10. (2017). Additional Principles and State Obligations on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics, to Complement the Yogyakarta Principles. Tillgänglig på: <http://www.yogyakartapinciples.org/principles-en/yp10/>. Hämtad: 2022-05-16.

## Uppdragsforskning om mänskliga rättigheter i teori och praktik

De mänskliga rättigheterna är internationella överenskommelser, samtidigt som det dagliga arbetet för mänskliga rättigheter behöver utgå från lokala och individuella förutsättningar.

Västra Götalandsregionens beredning för mänskliga rättigheter har uppdraget att stödja utvecklingen av ett systematiskt arbete för mänskliga rättigheter och att skapa förutsättningar för att förverkliga dem i regionens verksamheter. För att göra det krävs kunskap: Vad innebär mänskliga rättigheter i Västra Götaland som län och i Västra Götalandsregionen som organisation? Denna rapport är ett bidrag till tolkningen och översättningen av de mänskliga rättigheterna från den internationella nivån till praktisk tillämpning i Västra Götalandsregionen.

Genom samarbete mellan forskare och tjänstepersoner inom offentlig förvaltning är det möjligt att skapa nära kopplingar mellan teori och praktik. Forskare kan hämta in erfarenhetsbaserad kunskap från tjänstepersoner för att få en bättre förståelse för hur de mänskliga rättigheterna implementeras. För Västra Götalandsregionen innebär samarbetet en kompetenshöjning, där forskningsunderlagen kan användas för att skriva bättre underlag till politiska beslut och bidra till ett stärkt arbete för att respektera, skydda, uppfylla och främja de mänskliga rättigheterna.

Rapporten kan laddas ner på [vregion.se/manskligarattigheter/forskning](http://vregion.se/manskligarattigheter/forskning)



GÖTEBORGS UNIVERSITET



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN