

Västra Götalandsregionen

Koncernkontoret

Datum: 2026 01 30

Mötesanteckning

Samråd hbtqi

Tid: 13.00 - 16.00

Plats: Lokal Bommen, Stationshuset konferens, Göteborg

Deltagande organisationer

West Pride

RFSL Göteborg

RFSL Skaraborg

Transammans väst

Homan

FPES

Övriga deltagare

Tony Willner (S), Beredning mänskliga rättigheter

Eva-Karin Torhem Arnell (C), Beredning mänskliga rättigheter

Anna Wallgren (KD), Beredning mänskliga rättigheter

Mathias Alvidius, Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska
Universitetssjukhus

Kajsa Söderblom, Koncernstab digitalisering

Camilla Salén, Hållbarhetsavdelningen

Carolina Martinsson, Länsstyrelsen Västra Götaland

Maria Talja, Hållbarhetsavdelningen

	Anteckning
1.	<p>Incheckning</p> <p>Alla presenterade sig.</p>
2.	<p>Tidigare mötesanteckningar</p> <p>Anteckningarna godkändes.</p>
3.	<p>Dialog för ökad och jämlik digitalisering, Camilla Salén och Kajsa Söderblom</p> <p>Digitalisering är en möjlighet för många men ska inte ske för digitaliseringens skull och inte vara ett hinder. VGR behöver skapa jämlika förutsättningar för att använda de tjänster som regionen tillhandahåller. Vi har fått ett uppdrag av strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden om att ta fram en handlingsplan.</p> <p>Ni i samråden diskuterade digitalisering inom hälso- och sjukvården på tvärsamrådet 2024. Dokumentationen från tvärsamrådet är ett underlag i detta arbete. Mycket av det som lyftes 2024 är fortfarande aktuellt men det har hänt mycket sedan 2024 med exempelvis AI.</p> <p>Smågrupper fick diskutera:</p> <p>Vad fungerar nu?</p> <p>Vilka utmaningar/förbättringsområden ser ni?</p> <p>Hur ser ett önskat läge ut?</p> <p>Vad behövs för att det digitala ska fungera för er?</p>

Anteckning

Grupp 1: Det inkluderande språket är viktigt, som att ni exempelvis skriver slidbärare och penisbärare. Patienter behöver få möjligheten att kunna få uppge sitt pronomen. De som tar första kontakten ska ha koll på detta och inte behöva utbilda personalen vilket är extra vanligt för transpersoner. Chattfunktioner kan vara svåra för flera grupper. Ett videomeddelande kan vara lättare för många som exempelvis äldre och de som pratar andra språk. I chattar används AI och de behöver tränas och frågan är hur den kommer tolka vid översättningar. Även informationssöket kan utgå från ett binärt könstänkande ifall VGR använder AI. Jakten på snabb vård ska inte riskera att vården blir sämre. Det är viktigt att mångfald ska finnas i kommunikation och bilder så hbtqi och andra minoriteter känner att de finns med. Privat vård hänvisar till offentlig vård vilket blir onödigt. Patienter ska hamna rätt med en gång.

Grupp 2: Kommunikationen behöver vara tydlig. Juridiskt kön ska inte begränsa vårdmöjligheter vilket förekommer. Könet ska inte antas av vårdpersonal. Juridiskt kön säger inte var patienten befinner sig under könsbekräftande vård. Det är jobbigt att behöva remiss för att träffa en specialist. Många har inget bank-id eller personnummer.

Grupp 3: Människor ska slippa möta begrepp som är svåra för folk att förstå. Meddelanden ska testas på vanligt folk innan de används. Systemen måste vara enkla och begripliga. Även robotsvarare ska gå att förstå. Det går att

	Anteckning
	<p>ange hur robotsvarare ska prata. Telefonkontakt och sms fungerar bra. De ringer upp den tid det är sagt att de ska. Könsidentitet ska respekteras oavsett juridiskt kön.</p> <p>Grupp 4: Närhälsan Online fungerar bra och 1177 och att förnya recept digitalt. Men frågan är om det fungerar bra för 15-åringar som ska klara av det själva. Chatt passar vissa men inte alla. Alla delarna i vården borde kunna kopplas till 1177. Millennium vore bra eftersom då hade inte alla behövt repetera sin sjukdomshistorik. Digital kommunikation på andra modersmål behöver fungera. Den nära vården behöver utvecklas, inte akuten. Ett hälsofrämjande arbete är nödvändigt. Tillgängligheten på telefon med mera behöver vara bra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - För transpersoner som har bytt juridiskt kön kan tidigare journaler döljas för att få ett mer respektfullt bemötande. Det är viktigt att inte tidigare journaler leder till stigma. - Vårdmötet ska handla om det den söker för och inte bli en utbildning i transfrågor och att sjukvårdspersonalen överfokuserar på könsidentiteten. - Vi kan bistå med expertstöd om ni behöver. Ni kanske vill diskutera vissa delar under processen med att ta fram planen.
2.	Den könsbekräftande vården, Mathias Alvidius

Anteckning

Mathias ansvarar för arbetet med bland annat bipolaritet, personlighetssyndrom och utredning av könsdysfori. VGR har valts ut för att bedriva nationell högspecialiserad transvård och inom ramen för det är Mathias med i att starta ett nationellt råd. Ett nationellt vårdprogram håller på att tas fram som ska gå ut på remiss före sommaren.

Kalibreringsövningar skulle behöva göras för att se till att olika verksamheter gör lika bedömningar på olika ställen.

- Är tanken att ett eventuellt nationellt råd ska prata om vissa patientfall eller kommer det fungera som Socialstyrelsens rättsliga råd?

Rådet kommer vara rådgivande och inte bestämmande som Socialstyrelsens råd var. Om en vårdgivare som utreder om könsdysfori säger nej till att en patient ska få könskorrigering och en annan ja behöver vårdgivarna inte följa den andras bedömning. Men det behöver diskuteras varför bedömningarna är olika.

- Det har varit svårt för många att vänta länge. Instiftandet av rådet betyder väl inte att väntetiderna blir längre?

Vi behöver bygga ett ledsystem för att tillse att det inte finns flaskhalsar. Vi kommer inte ha en gemensam kö i hela landet. Vi är plågsamt medvetna om flaskhalsar i hela landet. Köerna är längre än vad som är rimligt. Vi kanske tillsammans kan vara en starkare röst. Ökat inflöde av remisser, vakanser, för lite resurser med mera har byggt en lång kö när Södra Älvsborgs sjukhus (där könsidentitetsmottagningen var placerad tidigare) inte

Anteckning

hade personal. Vi har en minskande kö, de andras köer ökar. I Umeå finns det en kortare kö. Vi har minskat med 40% sedan maj. Detta är en viktig fråga för den operativa nämnden. Hela vårdprocessen har flaskhalsar som till exempel endokrinologen.

- Det framkommer mycket kritik och Diskrimineringsombudsmannen utreder ett diskrimineringsärende.

Det är ett misslyckande att VGR har ett antal diskrimineringsärenden och att

Diskrimineringsombudsmannen utreder. Får vi ett svar att vi har diskriminerat säger det att vi har gjort fel. Men bara anmälningar är dåligt och betyder att vi behöver göra något. Vi måste tolka ärenden och förbättra verksamheten därefter. Transvården är inte annorlunda än annan vård, den ska vara likvärdig över landet.

- När kommer ni påbörja kalibreringsprocessen?

Först behöver vi ha klar vårdprocessen och implementera den. Vi har gjort liknande vad gäller annan vård. Det kommer nog vara ett utvecklingsarbete under en längre tid men vi måste komma i gång så snart som möjligt. Det är inte mer än 10–12 personer som kan samlas under längre tid. Vi har ingen data över att olika vårdgivare gör olika.

- Det kommer ge styrka hos de som bedömer.

Eftersom vissa behandlingar är irreversibla behöver läkare stöd.

- Kön har väl minskat eftersom det inte går att skriva en egenremiss och utan alla behöver gå genom BUP.

Anteckning

Inflödet av remisser ökar för varje år. Vid framtagandet av RMR:en fick arbetsgruppen välja väg. Flera av de remisser som är egenremisser leder inte till utredning. Det finns en bred nationell samsyn kring att detta är en bra väg. Det finns en kunskapsutmaning eftersom alla som ska göra bedömningar ska ha tillräcklig kunskap för att kunna göra det.

- Köerna hade kunnat vara längre men de kanske hade behövt vara längre om alla som behövde vård skulle få det.

Att människor inte får den vård de behöver betyder att BUP gör felaktiga bedömningar. Vi vet inte om det är så men de som gör bedömningarna skulle behöva en kompetenshöjning. Vi ska starta ett regionalt samordningsråd i VGR eftersom det finns massa vi behöver jobba med i regionen. Det finns ingen annan högspecialiserad vård där det går att skriva en egenremiss men det behöver inte betyda att det är rätt.

- Finns det en plan för att lösa kompetensbristen för vuxna? Finns det förebyggande åtgärder så inte många inte får den vård de behöver.

Vem ska göra bedömningarna? Ska alla göra det eller kanske några på olika mottagningar ska ha specialkompetens. De som gör bedömningarna ska ha kunskapen så det inte blir flaskhalsar. Vi behöver en manual för bedömningarna annars blir det ojämnt.

- Många transpersoner upplever att det är så många köer och personer man behöver träffa.

Anteckning

Vuxenpsykiatri är ytterligare en insats att köa till och träffa. Det kan upplevas som att man hålls borta från vården i stället för att få vård. Finns det samtal kring att förkorta processen och träffa färre psykologer eller liknande? Utredningen handlar ju om att komma fram till vad som är bäst för patienten. Vissa behöver ingen utredning eftersom de redan har kommit fram till beslutet.

Olika personer behöver olika mycket tid. Vi bedömer ju inte könsidentitet utan könsdysfori. Vi bedömer vilket lidande det leder till. Det skulle kunna finnas en kortare standardutredning och en mer omfattande utredning för att känna sig trygg med det långsiktiga beslutet. Det finns ingen egentlig tanke om att det ska vara tillräckligt med en träff och en kontakt men det kanske kan vara besök där patienten träffar olika professioner samtidigt och därmed slipper upprepa sig. Måste det exempelvis vara med en kurator eller liknande, jag är tveksam till det vid vuxna, vid barn behövs det. En kliniker som kan ta ett snabbare beslut ska kunna göra det men det finns olika behov.

- Irreversibla operationer kan ge men, men hormoner ger inte men. Varför anses transvården vara så annorlunda än annan vård. Jag fick antidepressiva på en dag och ett möte men för att få hormoner som inte är irreversibelt tar det så lång tid. Varför kan jag inte få hormoner snabbt.

Anteckning

Jag har inte detaljkunskap och är inte endokrinolog. Vissa hormonbehandlingar för unga leder till irreversibla symptom.

- Känner ni att det är ert ansvar att se till att inget går fel?

Ja det är vårt ansvar. Fördelarna ska vara större än nackdelarna. Det finns ett något klenet vetenskapligt stöd för behandlingar, men det finns erfarenhetsbaserat stöd. Det behöver läkare ha med sig. Vi behöver se till att det görs bra långsiktiga studier. Att det skulle gå lika lätt att behandla könsdysfori som depression tror jag inte.

- Transpersoner slängs under bussen för de som ångrar sig skull. Om någon som går på hormoner i många år och får en långsam utveckling skulle ångra sig. Ångerargumentet upprepas.

En kunskapslucka finns, vi har ingen systematisk kunskap om hur många som ångrar sig och varför. Det behövs stöd från de som finansierar forskning. Skulle det ha gått att hitta något som riskerar att personer ångrar sig. Ingen ska kastas under bussen. Det är ett problem att transpersoner känner så. Denna vård ska vara precis likadan som annan vård. Det är inget särdrag att denna vård kan vara irreversibel.

- Det finns massa internationell forskning kring ånger och den visar att färre ångrar könsbekräftande vård än annan vård som till exempel höftoperationer. Personer som har genomgått könsbekräftande vård är enormt positiva till resultaten. Det blir en

Anteckning

överförsiktighet som drabbar alla transpersoner. Jag fick en "snabb" process på 8 år i jämförelse med andra. Det är lätt att känna att vården motarbetar en på grund av att de är överförsiktiga. Vården behöver se de positiva resultaten.

De som tittar på forskningen har olika uppfattning som exempelvis Fotis Papadopolous från Stockholm. Hur många studier finns det och vilka slutsatser kan vi dra? Visar studierna att livet har blivit mycket bättre? Det sägs att det inte finns lika många studier inom detta område som inom andra områden.

- Det finns en enorm frustration över att vid annan vård får du hjälp och vårdpersonalen är inte lika försiktig. Området särbehandlas mycket.

Jag tror att det finns köer och långsam vård på grund av försiktighet, vissa personer behöver en viss tid för att beslutet ska kännas välgrundat. Med tanke på att inflödet av remisser är så stort finns det för lite resurser.

- Det ska finnas en möjlighet att göra en snabb bedömning.

Ni kommer få lämna remiss på den nationella handlingsplanen. Det kommer finnas en standardutredning och eventuellt en annan på grund av andra diagnoser men också en snabbutredning. Vissa behöver mer tid och många mindre. Vi slösar med resurser och ökar lidandet.

- Resurser har varit problematiskt vad gäller utredningar om könsdysfori, men även hos

Anteckning

endokrinologin. Finns det en tanke kring att tillsätta mer resurser?

Det finns en brist på resurser med tanke på köerna.

Problemet kan vara vakanser vilket var vad som hände på Könsidentitetsmottagningen. Nu är mottagningen nästan fullbemannad. Tittar vi på detta över Sverige kommer vi sannolikt behöva mer resurser överallt.

- Många har själva skickat en remiss till Anova i Stockholm vilket handlar om att VGR:s

Könsidentitetsmottagningen har för lite resurser.

Vi behöver också titta på vår kö och hur många som inte är från Västra Götaland. Vi ska ta emot andra från resten av landet men vi skulle behöva samköra köerna nationellt.

Många står ju i flera köer. Det är juridiskt svårt att dela data. Det hade varit bra att ha en nationell kö. Många diagnosgrupper behöver mer resurser.

- Ett stort problem är att folk har blivit remitterade till en mottagning långt ifrån. Blir en ekonomisk fråga med resekostnader.

Det är ett problem bland annat eftersom det är viktigt att vården inte tappar kontakten med individerna vilket kan hända om mottagningen ligger långt ifrån. Det finns mycket att förbättra vilket är stimulerande. Vi måste se till att korta köer, att denna vård ska vara som annan vård.

Det är en varningsklocka att köerna ökar på många håll i Sverige. Det behövs specialiserad kompetens för vården och ingen privat aktör har den kompetensen så det är inget alternativ att köpa in privat vård för att minska köer.

Anteckning

Könsidentitetsmottagningen har haft mottagning på lördagar och lärt upp läkare för att minska köerna. Det är en jätteutmanande med kön till endokrinologen.

- Har ni kontakt med "Imago" i Europa?

Har inte hört om Imago men kanske andra i det nationella rådet känner till dem. Vi vill lära oss av andra inom alla vårdområden så tack för tipset.

- Vissa började tänka på att genomgå könsbekräftande vård nyss men många har tänkt på det länge. Det känns som ett resursslöseri med massa möten.

Det finns en genomsnittlig utredning där olika besök med olika professioner behövs. Vi måste ha en variation.

- Ni kan fråga om patienter är säkra och anpassa utredningen efter det.

Ja varför ska en person låtsas som den är säker på att den vill få könsbekräftande vård om den inte är det. Men även om en person är övertygad kan det finns olika lager. Vi behöver hitta kortaste effektiva utredningstid som blir bra. Jag behöver prata med andra som jobbar med transvården och ska gå över alla öppenvårdsmottagningar på SU. Vi måste hushålla med våra resurser och det finns inte så många som kan jobba i sjukvården. Om vi träffas om två år hoppas jag att det ser bättre ut än idag. Alla personer ska känna sig rättvist behandlade. Jag kommer gärna tillbaka när programmet är klar. Kommer gärna tillbaka kvartal 4. Maila Mathias med frågor och synpunkter på mathias.alvidius@vgregion.se.

	Anteckning
3.	<p>Information från Länsstyrelsen i Västra Götaland, Carolina Martinsson</p> <p>Länsstyrelsen i Västra Götalands län har fått ett liknande uppdrag i regleringsbrevet som tidigare år vilket innebär att de ska arbeta med mänskliga rättigheter och där ingår hbtqi. Länsstyrelsen har även i uppdrag att arbeta med barnrätt som tidigare. Tips om ett nytt metodstöd i rättighetsbaserat arbetssätt. Länsstyrelsen har också ett nyhetsbrev, ni kan maila Carolina carolina.martinsson@lansstyrelsen.se eller Timmy timmy.jensen@lansstyrelsen.se om ni vill få det.</p>
4.	<p>Återkoppling från beredning mänskliga rättigheters sammanträde 2 december, Tony Willner, Eva-Karin Torhem Arnell, Anna Wallgren</p> <p>Samråd nationella minoriteter lyftes. Beredningen beslutade att skicka iakttagelsen om skolinformation till de fem delregionala nämnderna. Beredningen fick information från patientnämnderna och de som anmäler mest är unga kvinnor 30–39 år men också män i den åldern. Här är analysrapporten patientnämnderna har tagit fram om diskriminering.</p>

Nästkommande möten

Nästa möte ska tidigareläggas. 1 april kl. 13 – 16 blir nytt datum.