

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Att må sämre för att må bättre – om könskorrigering,  
utredning och upplevelsen av psykisk hälsa**

Jon Vinberg

Examensarbete 30 poäng  
Psykologprogrammet  
Vårterminen 2014

Handledare: Mats Eklöf

# Att må sämre för att må bättre – om könskorrigering, utredning och upplevelsen av psykisk hälsa

Jon Vinberg

*Sammanfattning:* Med en kvalitativ ansats baserad på en semistrukturerad *critical incidents*-intervju och *Interperative phenomenological analysis* undersöktes en frågeställning om transexuellas egna upplevelser av hur deras välmående och psykiska hälsa påverkas av att de genomför utredning som syftar till en könskorrigering. Informanterna, 5 stycken totalt, varav 4 var Male-to-female och 1 Female-to-male, rapporterar både positiv och negativ påverkan från utredningstiden. Studien sammanställer de sammanhang som informanterna rapporterar har haft störst inverkan på deras välmående och psykiska hälsa, till exempel väntan, real life-test och bemötande. Ur intervjuerna framträder ett komplicerat förhållande mellan utredare och behandlare kontra den som utreds, där den professionelles agerande kan få stor betydelse för hur den utredde uppfattar att utredningen påverkar deras psykiska hälsa och välmående.

I Sverige har det med stöd i lag sedan 1972 (lag 1972:119) varit möjligt att genomföra könskorrigering och få ändrad juridisk status gällande vilket kön man tillhör (Alm, 2006; Bremer, 2006; Evertsson & Staveborg, 2008; RFSL, 2009; Socialstyrelsen, 2010). När lagen trädde i kraft var Sverige det första landet i världen att införa sådan lagstiftning. Antalet som genomgår en fullständig könskorrigering anges av Evertsson och Staveborg (2008) till ett genomsnitt av 30 personer per år, och gruppen består i deras rapport av 60 % Male-to-Female (MtF) och 40 % Female-to-Male (FtM) (se Appendix I) med en genomsnittsålder på 25 år (Bremer, 2006, refererad till i Evertsson & Staveborg, 2008). Forskning visar att genomförande av könskorrigering kan leda till positiva resultat i fråga om livskvalitet (Evertsson & Staveborg, 2008).

För att genomföra juridiskt könsbyte och inom vården få tillgång till kirurgiska ingrepp (hädanefter könskorrigering eller könskorrigering behandling) i Sverige, krävs idag att man genomgår en så kallad *Ts-utredning* (se Appendix II för en översikt) (Bremer, 2006; Bremer, 2011; RFSL, 2008; RFSL, 2009). Vanligen remitterar en allmänpsykiatrisk avdelning till ett utredningsteam, men vissa utredande enheter accepterar enligt M. Göransson (personlig kommunikation, 10 februari, 2014) remiss från vad de bedömer som sakkunnig, exempelvis en psykolog eller läkare som kan arbeta utanför psykiatrin. Inom *Ts-utredningen* genomförs först en psykiatrisk utredning vars syfte är att fastställa huruvida diagnosen transsexualism föreligger. Denna del tar i vanliga fall cirka ett år att genomföra. När diagnosen är fastställd öppnas möjlighet att få tillgång till exempelvis hormonell behandling, bröstoperationer och hårborttagning från vården och det inleds ett så kallat Real life test (RLT) där individen skall leva i enlighet med den könsidentitet som individen önskar korrigera juridisk status till. Under denna process förväntas individen använda sig av de kulturella uttryck, exempelvis kläder, frisyr, accessoarer och uttryck som normativt tillhör den könsidentitet som man "korrigerar till" (eller *är*, som mina informanter hade uttryckt det). Fokus ligger förutom på diagnos även på att utreda individens möjligheter att skapa ett välfungerande

liv efter en könskorrigering och att granska huruvida personen har sociala och emotionella förutsättningar för att genomgå processen.

Efter genomgången Ts-utredning med diagnos kan man insända utredning till Socialstyrelsens *Rättsliga råd* som prövar fallet. Rådet fattar beslut om ändrad könstillhörighet vilket medför möjlighet till byte av könsspecifikt namn och tillgång till könskorrigering kirurgi, så kallad *Sex Reassignment Surgery* (SRS, se Appendix 1 för närmare beskrivning).

Personer under 18 år ges ej tillgång till operation innan de är myndiga, men kan få tillgång till hormonell behandling som bromsar pubertal utveckling (Bremer, 2006; RFSL, 2008; RFSL, 2009).

Inom gruppen transsexuella är prevalenstal för psykisk ohälsa, suicidtankar, depression och ångest avsevärt högre än i övrig population, enligt studier av Arumburu (2011), Budge, Adelson och Howard (2013), Clements-Nolle, Marx och Katz (2006), Fitzpatrick, Euton, Jones och Schmitdt (2005), Jiang, Floderus, Wasserman och NASP (2010), Leander (2004; refererat till i Evertsson & Staveborg, 2008), Poteat, German, och Kerrigan (2013), RFSL (2008), Statens Folkhälsoinstitut (2005a), Statens folkhälsoinstitut (2006), Statens folkhälsoinstitut (2008), Ungdomsstyrelsen (2010) och Ungdomsstyrelsen (2012).

Detta förklaras i somliga studier till viss del bero på att personer som inte efterlever normativa uppfattningar kring kön, utseende och uttryck i hög grad stigmatiseras och är utsatta för diskriminering och våld, snarare än att könsidentiteten är en riskfaktor i sig (Clements-Nolle et al., 2006; Ungdomsstyrelsen, 2010). Andra studier lyfter fram att stigmatisering och diskriminering finns närvarande i kontakt med olika samhällsinstanser så som vård, skola och polisväsende. (Arumburu, 2011; Poteat et al., 2013; Ungdomsstyrelsen, 2012). Vidare påvisas i studier att kvaliteten på bemötande inom vården påverkar patienters, och i vissa studier transsexuella patienters, upplevelse av välmående och psykisk hälsa (Ungdomsstyrelsen, 2012), och att det finns samband mellan diskriminering och psykisk ohälsa i form av sänkt livskvalitet, ångest, självmordstankar, och nedstämdhet, samt ökat bruk av psykiatriska resurser (Statens folkhälsoinstitut, 2005b; Ungdomsstyrelsen, 2010).

En förklaring till diskriminering av transsexuella inom vården anges i studier vara att den vård som ges i många fall vilar på normativa grunder, att utbildning och egen kunskap i HBTQ-frågor är bristfällig hos vårdpersonal samt att patientens fysiska kön snarare än patientens egen könsdefinition är styrande i vårdkontakten (Arumburu et al, 2011; Benson 2013; Poteat et al, 2013; Larson et al., refererat i Ungdomsstyrelsen, 2010).

Gällande utredning för könsdysfori (vidare Ts-utredning) (American Psychiatric Association, 2013), tidigare transsexualism (American Psychiatric Association, 2000), anger Signe Bremer, i sin avhandling *Kroppslinjer* (2011), att väntan som uppstår under könsidentitetsutredningar påverkar de som genomgår sådan utredning och att utredningstiden kan upplevas så outhärdlig att suicidala tankar kan uppstå (Bremer, 2011. s. 17, s. 78-80).

Negativa upplevelser av bemötande i vården (Mäger & Akbardolatabadi, 2010), även gällande de sammanhang där patienter sökt för att inleda utredning för könskorrigering, är ett återkommande tema i återberättande i sociala medier, på bloggar och debattsidor. En studie påvisar missnöje även med utredande instanser (Ungdomsstyrelsen, 2010). En annan studie anger att Ts-utredning ”riskerar att generera en betydande psykisk ohälsa” (Bremer, 2006, s. 34). Det blir med detta i åtanke viktigt

att undersöka vad inom processen som förknippas med negativa upplevelser hos den som genomgår utredning.

### *Begreppsutveckling*

En svårighet med att ange aktuella och exakta hälsotal för gruppen transsexuella är att studier genomförts utifrån sexuell läggning där gruppen inte kan särskiljas från andra grupper utan fångas inom ett HBTQ-fält (Clements-Nolle et al., 2006; Fitzpatrick et al., 2005; Ungdomsstyrelsen, 2010). Vid sidan av detta används i studier begreppet *transperson*, ett paraplybegrepp för personer som överskrider könsnormer, som innefattar det mer specifika *transsexualism*, att ha en könsidentitet som inte stämmer med den juridiska könstillhörigheten (RFSL, 2009; transsexualism, 2008) och det är i vissa fall oklart vad som undersökts i studier, i synnerhet då nomenklatur kan variera något mellan olika språk. I engelskspråkiga studier som granskats undersöks begreppet *transgender* som i översättning bättre samstämmer med *transperson* men även betecknar personer med samma upplevelse av inkongruens mellan juridiskt kön och könsidentitet, men utan önskan om korrigerig. Studierna innefattar därmed *transsexualism*, men granskar det inte enskilt. Begrepp som *transperson* och *transgender* utgör enligt Benson (2013) samt Diamond, Pardo och Butterworth (2011) även en del av en levande och pågående diskussion inom olika forskningsfält där binära uppdelningar av könsidentitet vägs mot mer öppna begrepp som möjligen kan fånga kunskap som tidigare paradigmen inte kunnat. Slutligen har den diagnostiska terminologin förändrats i och med den senaste utgåvan av *Diagnosics and Statistics manual* från det tidigare *Gender Identity Disorder*, på svenska *Transsexualism*, till *Gender Dysforia*, på svenska *Könsdysfori* (American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2013) vilket ytterligare påverkar möjligheten att granska aktuell forskning.

I genomgången av forskningsläget kring transsexualism och psykisk ohälsa har det med ett undantag, *Att bli den man är* (Evertsson & Staveborg, 2008), inte framkommit litteratur som ur ett *psykologiskt* perspektiv nära beskriver transsexuella personers upplevelser av bemötande i utredning för könskorrigering och om bemötandet har påverkan på det psykiska välmåendet. I övrigt finns tidigare framtagen information att tillgå i RFSL:s broschyr *Att göra synligt, om unga transpersoner och bra bemötande* (RFSL ungdom, 2009) samt *Är du tjej eller kille – En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor* (RFSL, 2008). I övrigt konstateras i studier att forskningsläget kring transsexualism är bristfälligt (Bremer, 2011) inriktad på individuell patologi och diagnos eller begränsad av fokus kring sexuell orientering (Benson, 2013; Bremer, 2006) och dåligt representerad på det kvalitativa fältet med studier kring individens egen upplevelse (Evertsson & Staveborg, 2008, Poteat et al., 2013). I studier som innefattar frågor om bemötande i vården påvisas situationer där bemötandet bedöms av informanterna, men effekter på psykisk hälsa analyseras inte i större utsträckning (RFSL, 2008). Vidare genomförs i granskade studier analyser utifrån en helhetsbild av transiton och bevekelsegrunder i samband med könskorrigering (Evertsson & Staveborg, 2008; Ungdomsstyrelsen, 2010) eller med andra teoretiska analysmodeller än vad detta arbete avser att innefatta (Bremer, 2006; Bremer, 2011).

*Begrepp*. I den mån det har varit möjligt har informanternas terminologi använts. I enstaka fall har författaren använt omskrivningar eller formulerat egna beskrivningar

för att underlätta för oinsatta läsare. En ordlista över relevanta begrepp bifogas i *Appendix I*.

### *Syfte och frågeställning*

Denna studies syfte var att med en kvalitativ ansats utforska transexuella personers egen upplevelse av hur deras välmående och psykiska hälsa påverkas av en könsidentitetsutredning.

Mot bakgrund av tidigare nämnd prevalens för psykisk ohälsa inom gruppen transexuella var denna studies ansats att undersöka hur personer som sökt till, redan genomgår eller är i en avslutande fas av en könsidentitetsutredning upplever att en sådan utredning påverkar deras välmående och psykiska hälsa och vad det är som orsakar dessa upplevelser.

## Metod

*Val av metod.* Då syftet med arbetet var att insamla data, beskriva och i någon mån begripliggöra informanternas egna upplevelser och tankar kring deras välmående och psykiska hälsa under utredningsprocessen valdes en kvalitativ forskningsansats. Eftersom fokusområden inom studien skulle beröra sjukvård och hälsa valdes *Interpretative phenomenological Analysis* (IPA) som tolkningsmetod, en kvalitativ forskningsmetod som tidigare visat sig vara användbar för kvalitativ forskning inom just hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor enligt Smith, Flowers och Larkin (2013), Willig (2010), samt Evertson och Staveborg (2008).

I den teoretiska grunden för IPA fastställs att trots att syftet är att beskriva och belysa informanternas fenomenologiska upplevelse, är en granskning och analys alltid påverkad av forskaren, forskarens position och forskarens förförståelse av ämnet. Även om forskaren genom väl utförda studier kan närma sig fenomenet som önskas utforskas kan forskaren aldrig nå den fulla insikt som endast informanten, den som upplevt fenomenet, besitter (Smith et al., 2013; Willig, 2010).

Utifrån att författaren till arbetet är *Cis* (Appendix I), det vill säga att författaren upplever att hans juridiska kön samstämmer med hans upplevelse av egen könsidentitet, och att författarens uttryck för denna identitet på många sätt är normativ, och med en begränsad kunskap om transexuellas levnadsvillkor och upplevelser, ansågs det synnerligen viktigt att välja en metodansats som poängterade att resultatet är att förstå som författarens analyser av det som meddelas och inte en direkt sanning om informanternas upplevelser.

En metod anpassad till mindre grupper var önskvärd utifrån hur många informanter som kunde antas delta i studien då gruppen transexuella utgör en liten del av befolkningspopulationen, likaså att studiens urvalskriterier ytterligare minskade mängden tillgängliga informanter. IPA-metoden lämpar sig för att analysera enstaka fallstudier eller små grupper av respondenter (Smith et al., 2013), och är därför utifrån ovanstående och de tidsmässiga och ekonomiska ramar som ges för ett examensarbete på Psykologprogrammet vid Psykologiska institutionen i Göteborg en lämplig metodansats.

Som datainsamlingsmetod valdes enskilda semistrukturerade intervjuer för att kunna bereda plats för varje informants berättelse i tillräckligt hög utsträckning, i motsats till exempelvis en fokusgrupp. Den semistrukturerade formen antas kunna generera en adekvat mängd data av rik kvalitet (Smith et al., 2013; Willig, 2010).

Då endast övergripande riktlinjer fanns i den granskade litteraturen för hur en intervjuguide skall konstrueras och denna litteratur angav att IPA kan kombineras med data insamlat på ett flertal olika sätt valdes the *Critical Incident Technique* (CIT) (Flanagan, 1954; Butterfield et al, 2005). CIT fokuserar intervjun kring en enskild process eller händelse och ställer därefter frågor kring vad som gått rätt eller fel till och hur detta kan kopplas till hur händelsen eller processen har utvecklats. Eftersom CIT i huvudsak är en teknik för att uppnå en god datainsamling inom ett fokuserat område och inte är ett specifikt analysverktyg i sig, uppfattades det av författaren som möjligt att utvinna rik data som lämpade sig för analys enligt IPA.

### *Informanter*

Som metod för att nå informanter som kunde delta i studien användes så kallad *snowballing* eller *snöbollsurval*, en icke slumpmässig urvalsmetod (Smith et al., 2013). Metoden fungerar genom att forskaren via en eller flera initiala personer och deras nätverk når individer som besitter information om forskningsfrågan. Dessa kontakter kan i sin tur leda till ytterligare kontakter inom de nya personernas nätverk. I denna studie fortsatte insamlandet av respondenter inom sådana nätverk tills fem respondenter hade tackat ja till deltagande.

Urvalskriterier för studien var att informanter skulle befinna sig inom processen att genomgå en könsidentitetsutredning, närmare preciserat som att personen sökt remiss för att inleda utredning, deltar i utredning eller har avslutat utredning men ännu ej fått ändra den juridiskt angivna statusen för vilket kön personen tillhör. Det sista kravet kring juridiskt kön kom att omarbetas under intervjuprocessen på grund av att den sista informanten som anmälde sig till att delta hade passerat detta stadiet. Utifrån vad som framkommit i tidigare intervjuer kring vad respondenterna ansåg var en slutpunkt på processen och utifrån diskussion med handledare förändrades kriteriet *ej ändrat juridisk status till ej genomgått Sexual reassignment surgery (SRS)*.

För denna studie kontaktades en person som medverkar i offentliga sammanhang kring ämnen som transexualism, könsidentiteter och feminism. Via sitt digitala nätverk uppmärksammade denna person att studien skulle utföras och att intresserade kunde höra av sig.

Vid kontakt med författaren till studien presenterades studiens upplägg och inriktning via en förskriven text för de potentiella informanterna. Denna text innehöll även information om att studien följde forskningsetiska riktlinjer rörande anonymitet och sekretess samt innehöll kontaktuppgifter till handledare för arbetet. Vidare säkerställdes att informanterna passade urvalskriterierna för studien och informanterna fick ge sitt samtycke till att delta i studien. Initialt besvarades informantsökningen av tre personer som samtyckte till deltagande. Författaren reste initialt till respektive informants ort och genomförde intervju ansikte mot ansikte. När tre av fyra intervjuer genomförts kontaktades författaren av ytterligare en informant, som var villig att delta och redan hade fått information om studien från en bekant, som vidarebefordrat författarens informationsblad. Som ovan beskrivet ändrades urvalskriterierna så att

denne informant innefattades av studien. Det fanns ingen möjlighet för författaren att resa till denna informants hemort eller vice versa, varför det beslutades att genomföra intervjun via Skype. Informanten samtyckte till detta.

Den slutgiltiga informantgruppen bestod av fyra Male-to-Female (MtF) och en Female-to-Male (FtM), (se Appendix I) utspridda över hela landet. Informanterna var mellan arton och trettio år. Gemensamt för gruppen var att ingen av informanterna bodde på den ort där den ansvariga utredningsteamet fanns samlat, utan alla informanter hade en kontakt på hemorten och reste, i flera fall över två timmar enkel väg när de träffade ansvariga utredare och specialister. Inom gruppen angav två informanter att man yrkesarbetade och två att man studerade och arbetade bredvid studierna. En informant uppgav inte sysselsättning. Vid tillfällena för intervju hade alla fått en diagnos som transsexuell inom ramen för utredningen. Två av informanterna upplevde sig vara i slutfasen av processen och tre av informanterna uppgav att de befann sig mitt i. I gruppen som upplevde att de var mitt i processen skilde något mer än ett år mellan den som varit i processen kortast tid till den som varit längst i processen.

### *Intervjuer*

Innan varje intervju påbörjades lästes en text upp av författaren som förklarade att arbetet följde forskningsetiska riktlinjer gällande deltagande, anonymitet, sekretess och möjligheter att avböja sin medverkan. Efter att informanterna givit sitt medgivande till intervjun, spelades intervjuerna in. Varje informant intervjuades enskilt. En intervju skedde i kafé-miljö efter informants önskemål, två intervjuer höll i ett grupparbetsrum i universitetsmiljö och en intervju hölls i ett samtalsrum på en mottagning. Slutligen genomfördes en intervju via Skype. Intervjuerna varierade från mellan 1 timme och 10 minuter som kortast, till 2 timmar och 15 minuter som längst.

Vid slutet av varje intervju tillfrågades varje deltagare om de tillät att författaren kontaktade dem för kompletterande frågor. Samtliga godkände detta. Vidare efterfrågades om de önskade granska citat som skulle skrivas ut i arbete. Fyra informanter önskade göra det, och tre av dem hade vid granskning inga invändningar på de använda citaten. Ett citat ändrades i samråd med författaren så att det fortsatt beskrev informantens utsaga, men utan en tidigare, av informanten ej avsedd, identifikation med en manlig könsidentitet. Slutligen erbjöds varje informant att få arbetet sänt till sig i digital form då arbetet var klart. Samtliga informanter önskade detta.

### *Instrument*

Innan studien inleddes hölls ett samtal med en person i författarens bekantskapskrets som genomgick en könsidentitetsutredning. Personen deltog inte som informant i studien. De frågor som ställdes och det svar som gavs vid detta tillfälle användes som grund för att utarbeta en intervjuguide enligt *CIT*. Fokus för frågorna var informanternas upplevelse av psykisk hälsa och välmående i samband med processen att ansöka till och genomgå en könsidentitetsutredning. Efter de nedskrivna frågorna ställdes vid behov fritt formulerade följdfrågor som syftade att fördjupa data. Samtliga frågor från intervjuguiden och exempel på följdfrågor presenteras i *Appendix III*. Frågorna skrevs ut och placerades i en pärm som förevisades informanterna. På detta

sätt kunde de medans de besvarade frågan även läsa den och därmed få en möjlighet att behålla fokus kring frågorna som ställdes. I fallet med intervjun som genomfördes via Skype lästes frågorna upp av författaren. Den semi-strukturerade intervjutekniken och CIT tillät även författaren att ställa följdfrågor samt klarifiera eller omformulera frågan om informanten inte förstod den.

### *Databearbetning*

Samtliga intervjuer transkriberades med hjälp av programmet InqScribe, ett datoriserat verktyg för att skapa transkript utifrån ljudfiler. Inom IPA-metoden är kraven på transkript ställda så att transkribering av allt som sägs skall ingå i transkriptet men ovidkommande ljud kan utelämnas. Vad som är ovidkommande blir i slutändan upp till författaren att avgöra (Smith et al., 2013). I enlighet med detta utelämnades omgivningsljud även om de kunde definieras och vid ett tillfälle en konversation mellan informant och författare som ej rörde studien. I övrigt infördes allt uppfattat material från ljudfilerna och sammanställdes i transkript som förevisade tiden för alla uttalanden. Kodning, tematisering och analys av materialet genomfördes i enlighet med de riktlinjer som dras upp för IPA-analys i *Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research* (Smith et al., 2013) som presenteras nedan. Läsning, kodning, tematisering och analys av varje intervju skedde först enskilt och varje intervju bearbetades var för sig och i den ordning de gjorts. Först efter att varje intervju ansågs uttömd på dess unika teman och dessa analyserats i ljuset av den enskilda intervjun gjordes en jämförelse mellan de olika intervjuernas teman och mera övergripande analyser genomfördes.

*Steg I.* Det enskilda transkriptet lästes och återlästes samtidigt som författaren lyssnade till ljudfilerna för att fånga emotioner, uttryck och nyanser som inte framgick i text. Detta initiala stadie syftade till att fokusera uppmärksamheten på informantens utsagor. Under denna del antecknades tankar, funderingar och fria associationer som uppstod i en därför avsedd anteckningsbok, i huvudsak för att dessa inte skulle störa inläsningsprocessen. Sådana nedskrivna tankar lades initialt åt sidan och återanvändes i senare stadier för att bistå analysen av materialet. Ett flertal genomläsningar syftade vidare till att ge en god överblick av data så att forskaren gavs möjlighet att beakta frågor om inom vilka tidsrymder informanten beskrev händelser samt motsägelser eller paradoxer i det informanten berättade.

*Steg II.* I denna del av processen undersöktes data på en semantisk nivå. Allt av intresse noterades i en väl tilltagen marginal i dokumentet. Detta avsnitt av arbetet skall genomföras med få eller inga regler och hållpunkter för vad som tillåts noteras och vad för kommentarer dessa notat genererar, och i enlighet med detta genomarbetades varje transkript grundligt ett flertal gånger och samtliga understrykningar, kommentarer och tankar kodades med färg för att senare kunna särskilja dessa anteckningar som tillhörande steg II.

I steg II framarbetades tre typer av *kommentarer* till utsagorna i transkriptet i enlighet med instruktioner hämtade ur *Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research* (Smith et al., 2013).

*Deskriptiva kommentarer*, som beskriver innehållet i det som informanten säger, exempelvis ett starkt ifrågasättande av en del av processen.

*Lingvistiska kommentarer*, som fördjupar kring varje informants användning av språket, exempelvis informanternas egen användning av diagnostiska termer eller pronomen.

*Konceptuella kommentarer*, som tar formen av frågor kring riktningar, syftningar och intentioner i det som sägs, exempelvis "[d]e (syftande till utredande team) har alltid sagt...".

Slutligen sammanbands kommentarer av olika typ, *deskriptiva, lingvistiska och konceptuella*, från olika delar av transkripten utifrån noterade likheter upprepningar gemensam tematik.

De anteckningar som gjordes i detta stadium av analysen låg i fokus i nästa steg av processen.

*Steg III.* I denna del av arbetet påbörjades utarbetandet av teman. Utgångspunkten för dessa teman var de kommentarer författaren gjort och som i steg II beskrivits. I detta stadium skedde arbetet utifrån det teoretiska antagandet att trots att graden av detaljer reducerats i de genomarbetade kommentarerna bibehölls närhet och komplexitet genom den grundliga genomläsning och det fokus som utsagorna givits i steg I och II. Namnen på framväxande teman kontrollerades inte mot varandra utan noterades endast innan nästa tema identifierades. Efter att ha genomarbetat ett transkript och noterat teman gick samma text igenom igen, denna gång med ett mer sammanställande fokus som syftade att samordna teman som getts olika namn men som egentligen kundes sammanfattas inom samma tema. I detta stadiet avfärdades inga teman.

*Steg IV.* Här sammanställdes samtliga teman från ett genomarbetat transkript till en lista efter deras kronologiska ordning. Denna lista fördes i ett Excel-dokument. Temans koppling till kommentarer och citat bibehölls genom att teman nedtecknade i transkriptdokumentets marginal sammanbands med sina underliggande kommentarer och citat genom färgade pilar. När samtliga teman var nedtecknade uteslöts teman som ej var relevanta för frågeställningen. Resterande teman flyttades runt i dokumentet och klustrades intuitivt i grupper. När dessa grupper samlats och behovet av att flytta teman uttömts abstraherades ett övergripande tema som kunde sammanfatta underliggande teman för varje grupp. Ett fokus för hur teman klustrades och ansågs kunna samverka under ett övergripande tema var dess innehåll, det citat och understrykningar som de inledande stegen handlade om. Andra riktlinjer var dess förhållande till en tänkt tidsaxel i utredningsprocessen och om de berörde professionella eller privata möten och händelser samt om det hade en övergripande negativ eller positiv betydelse. Vid en slutgiltig jämförelse av teman inom grupperna valdes irrelevanta teman bort och närliggande teman som tillät det smältes samman och gavs vid behov ett nytt namn.

*Steg V.* När den kronologiskt första intervjun var genomarbetad enskilt enligt ovan beskrivna steg I till IV påbörjades arbetet med nästa enligt ovan beskrivna procedur tills samtliga transkript hade genomgått processen.

*Steg VI.* Samtliga listor av teman arrangerade under övergripande teman från varje transkript sammanställdes i ett Excel-dokument och betraktades för att jämföra likheter. Nya grupper av teman arrangerades utifrån sammanställningar av övergripande teman och teman med gemensamt innehåll sammanfördes över transkriptgränser.

Teman som framstod som ovidkommande för arbetets frågeställning sorterades bort. Det slutgiltiga resultatet sammanfördes i ett dokument som överblickade samtliga teman sorterade under övergripande temanamn. Detta dokument och de kommentarer

och delar av intervjuerna de kopplades till utgjorde det material som därefter analyserades.

### *Analys*

Varje tema skrevs ut i ett digitalt dokument och en förklarande arbetstext författades till varje tema. Genom återvändande till originaltexten och de citat och kommentarer som låg till grund för teman bibehölls en närhet till de utsagor som gjorts av informanterna. Initialt innehöll varje tema en stor del citat som ansågs förklarande för innehållet. Dessa omarbetades i möjligaste mån till analyser av innehåll i citaten för att bättre spegla den förståelse som författaren extraherade ur dem. Varje tema genomarbetades ett flertal gånger och jämfördes därefter med andra teman för att säkerställa att innehållet under varje temarubrik och dess innehåll var av sådan unik karaktär att det fenomenet som beskrevs inte bättre kunde beskrivas i samband med eller under ett annat tema.

Under analysarbetet kontaktade författaren vid fem tillfällen informanter, för klargörande om olika utsagor. Kompletteringarna gällde ämnena Real-life test, kronologisk ordning på kontakter, tidpunkt för diagnos, samt öppenhet inför utredare kring farhågor inför framtiden.

## Resultat

Informanterna uttryckte gemensamt en upplevelse av att utredning och processen som helhet var till positivt gagn för deras psykiska hälsa och välmående. Att genomgå utredning med syfte att korrigera juridiskt kön och genomgå hormonell och medicinsk behandling syftade till en högre livstillfredsställelse och ett ökat välmående. Ett sådant välmående uppnås eller skulle uppnås genom att informanterna juridiskt, socialt och i mötet mellan sitt inre och den egna kroppen lever inom den könsidentitet de själva anger. Samtliga informanter angav att processen dit och det slutliga målet innebar, och inom processen hade inneburit, en förväntan om ett ökat välmående.

En majoritet av informanterna beskrev samtidigt en motsatt verkan där innehåll i utredning kunde väcka obehag och under perioder ha en negativ påverkan på psykisk hälsa. I de fall där den negativa påverkan varit störst uttrycktes problematik i form av depressiva tillstånd, ångest och suicidtankar, samt riskbruk av alkohol. Den gemensamt och enskilt största faktorn för negativ inverkan på den psykiska hälsan var väntan och ovisshet kring utredningens utfall. Även olika former av bemötanden, samt i de fall man kände sig ofri eller styrd av någon annan, hade negativ inverkan på informanterna.

Informanterna beskrev även tydligt hur enskilda möten, bemötande, engagemang eller ointresse från utredare påverkade deras mående både positivt och negativt. Informanter nämnde vårdprofessionella som under processen betytt mycket för dem i fråga om stöd och hjälp att klara den psykiska belastning utredningen innebär.

Det stöd och engagemang som uppfattats från utredare hade enligt informanterna en positiv inverkan på välmående och psykisk hälsa, samt bidrog i vissa stadier av utredningen till att informanterna tog steg i processen vars utfall även bidrog till en känsla av kompetens och ökat välmående. Att ha en upplevelse av att ha övertygat sina utredare, särskilt i ett tidigt skede, har haft en positiv inverkan på välmående, och skapade ett skydd i senare påfrestande delar av utredningen.

Vidare gavs exempel på hur professionella brustit i bemötande och/eller kompetens, i vissa fall i fråga om kunskap kring HBTQ och frågor berörande transsexualism. Dåligt bemötande hade negativ inverkan på informanternas villighet att delta i undersökningar, men då man upplevde sig i beroendeställning till behandlare genomfördes dessa ändå. Resultatet av sådant deltagande var en känsla av ofrihet och tvång som i sin tur ledde till försämrat välmående och psykisk ohälsa.

Då utredningstiden i ingen av intervjuerna går att avspjälka från informanternas övriga liv var data rik på interaktioner mellan utredning och privatlivet, familj, vänner, relationer och livshändelser. I alla intervjuer utom en beskrivs hur en drastisk livsförändring har varit en del i att skapa ett utrymme, en plats eller en förutsättning för att kunna ge sig in i processen, och att denna plats därefter haft betydelse för hälsan under utredningen.

Slutligen är det värt att framhålla att samtliga informanter hade mycket tankar, funderingar och åsikter kring deras upplevelser i RLT, i interaktioner där könsöverskridande uttryck var en betydande beståndsdel och att detta i många fall kopplades till välmående och psykisk hälsa. Att genomföra RLT innebar att frekvensen av de tillfällen man hamnade i en situation där man kunde *passera* (Appendix I) ökade för dem som inte tidigare hade levt sin vardag med RLT:s uttryck och förhållningssätt till omgivningen full ut. Att *passera* rapporterades som glädjande och stärkande för informanternas välmående. Att inte göra det kunde vara tyngande och i somliga fall leda till en försämring av välmående och psykisk hälsa. Samtidigt rapporteras ett kurvlinjärt förhållande i graden av glädje och välmående när man passerar. Efter ett tag mattas effekten av och passerandet blir en del av vardagen.

RLT i sig innebar även känslor av ofrihet och granskning. Att använda sig av uttryck som var kongruenta med den egna bilden av könsidentitet kunde svärtas då det sammankopplades med utredarens granskning av dessa uttryck. Denna del av processen uppfattas som lång, och detta i kombination med granskningen och en känsla av att det var utredarens åsikter om vad som var könsspecifikt eller androgynt gjorde att vissa informanter upplevde att detta påverkade deras välmående negativt. Samtidigt finns även förväntningar på att inträdet i RLT i och med den ökade graden av identitetskongruenta uttryck kommer att ha en positiv effekt på välmående för de som ännu inte hade påbörjat stadiet.

De teman som utarbetades presenteras nedan i tabell 1, för att därefter utvecklas i sin helhet.

Tabell 1. Översikt över teman

Teman	Underteman
<b>1. Förväntningar och förberedelser</b>	
	1.1. Information som både tröst och rädsla
	1.2. Ett eget rum att förändras i
<b>2. Att ta steget</b>	
	2.1. Beslutet att söka och målen
	2.2. Första kontakten
	2.3. En person eller en diagnos?

2.4. Att komma ut av nödvändighet

### 3. Vårdmöten och hälsa

- 3.1. Min kontakt
- 3.2. Ett verkligt livs test
  - 3.2.1. RLT för att övertyga
  - 3.2.2. Förutsättningar för att passera
  - 3.2.3. Är det dina eller mina byxor?
- 3.3. Stöd som kan förvärra
- 3.4. Övertygade utredare innebär välmående
- 3.5. Enskilda bemötanden och institutionella bemötanden
  - 3.5.1. Vad kännetecknar ett bra bemötande?
  - 3.5.2. Bemötanden som blir bättre
  - 3.5.3. Vad kännetecknar ett dåligt bemötande?
  - 3.5.4. Institutioner och privata aktörer
- 3.6. Ambivalenta känslor inför framtiden
- 3.7. Att föreläsa om HBTQ och TS samt de professionellas kompetens
- 3.8. Processkostnader, acceptabla och oacceptabla
- 3.9. I väntans tider
  - 3.9.1. Transportsträckor
  - 3.9.2. Förseningar och förlängningar
  - 3.9.3. Strul i kommunikationen
  - 3.9.4. Ovisshet
- 3.10. Outtalad åsikt – inga barn!
- 3.11. Helheten eller delarna
- 3.12. Är utredningen nödvändig?

### 4. Påverkan utanför vården

- 4.1. Familj, partner och vänner
- 4.2. Att föreläsa om HBTQ och TS i sitt nätverk

---

#### 1. Förväntningar och förberedelser

Ett flertal av informanterna reflekterade kring hur de upplevde tiden innan utredningen och vad de hade för föreställning om hur utredningen skulle komma att påverka dem. I vissa fall fanns en stark oro inför vad utredningen skulle innehålla och hur man skulle bemötas, i andra fall fanns en önskan om att en utredning skulle innebära ett ökat välmående. Hos samtliga informanter framkom även hur man förändrat något betydande för att möjliggöra att inleda processen.

*1.1. Information som både tröst och rädsla.* En majoritet av informanterna berättade om hur information de kommit i kontakt med påverkat deras föreställningar om utredningen och i vissa fall deras välmående. I samtliga fall var det information hämtad från internet som omnämndes. En form av information var de beskrivningar av processen som tidigare utredda personer publicerat på internet, exempelvis i bloggar och på forumsidor. Påverkan från sådan information hade haft blandad inverkan på

informanterna. Samtliga informanter som nämner negativa förväntningar på processen härleder detta till "vad man har hört" eller liknande uttalande. Vid närmre precision är detta berättelser om svåra utredningsprocesser, avvisande från familj och vänner och negativa utredningsbeslut som lästs på nätet. Informanterna lägger även till att de farhågor som väckts ej besannades och att detta då ökade deras välmående eller tillit till processen.

Ett annat exempel på informationens påverkan var de fall där informanternas efterforskningar lede till en grundläggande förståelse för vad som väntar, och hur detta utgjort en ökad trygghet och ett skydd genom att man fick kunskap om vad som skulle att ske.

Slutligen beskrevs fall där kontakten med information på nätet, då i mer berättande och deskriptivt diagnostisk form, väckte både sorg och stark glädje då det för första gången fanns en formulering som förklarade de svåra och tunga känslor som informanten burit inom sig och vid denna tidpunkt inte fullt förstått på egen hand.

*1.2. Ett eget rum att förändras i.* En majoritet av informanterna hade strax innan de inlett processen valt att flytta, i vissa fall mycket långt från sin dåvarande hemort. Innebörden av en sådan flytt varierar mycket lite i beskrivning av dess betydelse mellan informanterna. Målet hade varit att befria sig från upplevda hinder och förförståelse kring informanternas identitet, både från omgivning men även från familj. I två av fallen beskrevs den nya miljön inte endast befriad från de strukturer och hinder man lämnat, utan även som en öppen och gynnsam plats att leva på med de behov och uttryck som följer av transitionen in i ett mer öppet och socialt uttryck av den egna könsidentiteten. Ett annat uttryck för en omskapad plats eller arena var berättelsen om hur en informant valt att använda en ny relation som ett incitament att påbörja processen. I det sammanhang som relationen innebar valde informanten att öppna sig och på så sätt börja leva i relation till en annan människa i enlighet med den egna identiteten, något som beskrevs som svårt att göra i förhållande till familj och bekantskaper som informanten känt länge.

En i sammanhanget mer intrapsykisk arena som skapats återgas av en informant i berättandet om hur en dominerande och självcentrerad person i informantens omgivning inte längre påverkade informanten i lika hög grad, vilket av författaren tolkas som att den energi som tidigare fokuserats kring denna person numera används till att finna det egna uttrycket och genomgå transitionen.

Sammanfattande för ovan beskrivna platser och miljöer var dess positiva effekt på det egna välmåendet och de möjligheter detta öppnade för att bättre rustad gå in i en utredningsprocess.

## *2. Att ta steget*

Att ta steget in i en könsidentitetsutredning var förknippat med att skapa ett fullständigt uttryck, bemötande och livsutrymme baserat på den egna identiteten snarare än den som definieras i identitetshandlingar och möten med andra människor. Att ta steget innebar även en genuin strävan efter ett ökat välmående och processen anges ha inverkan på den psykiska hälsan. Vägen in i utredningen och de första mötena med vårdprofessionella har haft en betydelse för deras mående men även efterverkningar på deras upplevelser och förväntningar i den fortsatta utredningen.

2.1. *Beslutet att söka och målen.* För tre av informanterna är vägen till utredning till viss del förknippat med en annan person. Dessa var, vännen som följer med som stöd till det första mötet med vården och peppar informanten att våga ta steget, den nya partnern som blev den som informanten öppnar sig för och därmed stärktes i sin identitet, vilket ledde till att steget togs och en förstående och en stödjande psykolog på ungdomsmottagningen som var öppen för det informanten vill utforska kring sig själv.

Samtliga av dessa informanter återkommer i sitt berättande till dessa personer och den betydelse de har och i vissa fall haft som en del i deras val att ta steget när de gjorde det. Berättelserna varierar från hur dessa personer hade en trygghetskapande effekt till hur de hade en stor positiv inverkan på välmående och den psykiska hälsan. Som mål anger alla informanter att mening med den process de genomgår är att bli den de egentligen är men som många inte uppfattar dem som. I samtliga fall bär tankarna kring detta mål med sig berättelser om hopp om ökat välmående.

2.2. *Första kontakten.* Den första kontakten med vården har i många berättelser haft inverkan på informanterna. Många av informanterna hade sin första angivna kontakt med mottagningar eller personer som var utbildade inom HBTQ-frågor. Dessa informanter var nöjda med det bemötande de fick och innebörden av det blev en initial trygghet inför processen. Inom denna studie förstås trygghet som skyddande mot psykisk ohälsa. Övriga respondenter mötte i första skedet psykologer som saknade särskild kompetens på området eller som aldrig hade mött transexuella i sin yrkesroll.

Även i dessa sammanhang upplevde informanterna att de fick adekvat bemötande, och de vårdprofessionella som saknat kompetens har själva inhämtat information och varit öppna för att utforska fältet tillsammans med informanterna. En av dessa informanter rapporterar samma upplevelse av trygghet som har fått en positiv effekt för den psykiska hälsan. Därmed gav data att kunniga som okunniga i fråga om transsexualism (Ts) lyckas vårdprofessionella skapa ett adekvat bemötande som innebär trygghet som enligt informanterna skyddar mot en försämring av den psykiska hälsan.

I ett fall önskade ett landsting att parallellt med den första kontakten, som var hos en specialist på Ts-området, låta en psykolog utreda för differentialdiagnostik och personlighetstörning innan informanten kunde gå vidare till utredning. I detta fall återgav informanten en berättelse om frågor som upplevs som de baseras på märkliga kausala samband mellan informantens önskan och mycket stereotypa uppfattningar om kön- och yrkesroller samt kopplingar till sexualitet.

*"[H]an tänkte att det kanske skulle vara en sån tanke- ja nu när jag är undersköterska måste jag ju vara kvinna, att jag skulle fått för mig nått sånt, men jag svarade helt enkelt att ja du är ju en man i vården så det kan ju..."*

Psykologen sökte koppla en förställning (egen?) kring olika yrken som könade till informantens önskan om att uppfattas kvinna av omgivning. Yrket placerades framför identiteten, och föreställningen skulle då vara att informanten upplever sig tvungen att vara kvinna för att vara sin yrkesroll.

*"...[H]an ville pröva/.../ om det var ett intellektuellt resonemang kring min identitet/.../ jag tänker ju på killar så då måste jag vara kvinna"*

Frågan om sexualitetens begärsobjekt ble ett annat sätt för psykologen att försöka förstå informantens önskan. Hypotesen om att sexualiteten skulle vara riktad

mot män och att informanten därmed ville ändra sin kropp för att bättre passa ett normativt man/kvinna-förhållande lyftes fram. Detta till trots blir slutresultatet en fungerande möte då psykologen i detta fall uppfattades ta till sig feedback på sina utredningsfrågor och finner att dessa baserar sig i en blandning av okunskap och nyfikenhet.

För vissa av informanterna har dessa första möten inneburit ett hopp om att vidare utredning kan innebära ett respektfullt bemötande och i ett fall har det första mötet inneburit en väg upp ur psykisk ohälsa och öppnat möjligheten att gå vidare till att söka en utredning.

”... [J]ag hade väldigt god kontakt med den där psykologen/.../ hon var jättebra den där psykologen och stöttade mig i allt...”

”... Vi [informant och psykolog] tog ganska tidigt beslutet [att söka utredning]...”

*2.3. En person eller en diagnos?* Vikten av att bemötas som en person och inte som en diagnos eller som tillhörande en kategori som kan förklaras på gruppnivå framhölls särskilt när berättelserna behandlade ett initialt skede av processen. I detta sammanhang var det informanter som har mött HBTQ-specialister och certifierade mottagningar som har de mest positivt betonade berättelserna. Övriga informanter var neutrala eller la ingen vikt vid detta i sin berättelse.

*2.4. Att komma ut av nödvändighet.* Att inleda processen innebär samtidigt att den som inte tidigare kommit ut inför sin omgivning nu kommer förr eller senare kommer att behöva göra det. Situationen kan möjligen sägas vara både en del av processen men även inte, då att komma ut inte är specifikt betingat av att en person genomgår en könsidentitetsutredning. Men utredningen innehåller moment som pådriver en sådan process, och det finns i informanternas berättelser en självklarhet i att detta är önskvärt från utredarnas håll som ett bevis på att man menar allvar med sin vilja att genomgå en könskorrigering.

Som sådan har denna situation, i synnerhet i förhållande till familjen och förväntade reaktioner från deras sida inneburit en hel del stress och ångest hos flertalet informanter. Somliga informanter återgav att de innan bar på en uppfattning om att de löpte stor risk att bli förskjutna av sina familjer. I två av dessa fall härledes en del av rädslan till återberättande av andras svåra eller misslyckade processer man har kommit i kontakt med på nätet, se tema *1.1. Information som både tröst och rädsla*. I samtliga fall besannades inte denna farhåga, och två av respondenterna möttes helt eller till viss delvis av stöttning och förståelse. Trots detta väljer ändå dessa tre informanter att återberätta detta skede noga och deras rädslor beskrivs som för tiden självklara, oavsett vilket utfall det fick. Det är tydligt att denna period för flera informanter har inneburit en svår passage i processen. Ingen av informanterna uppger i sina berättelser ett förändrat stöd eller några specifika förberedelser från vårdsidan i detta skede.

### *3. Vårdmöten och hälsa*

Teman under huvudrubrik vårdmöten och hälsa var på grund av arbetets frågeställning den största gruppen i detta arbete. En svårighet inom temat var att i analyser särskilja personliga möten från möten som uppfattas som de sker med en institution eller ett regelverk. Författaren uppfattade det som att informanterna var måna om att lyfta fram

positiva möten och händelser. I betraktandet av intervjumötena uppfattade författaren det som att detta är en del i varför man önskade delta i studien, att få möjligheten att beskriva en svår men i huvudsak positiv process där man betonade betydelsen av goda personliga möten och dess effekter på välmående och hälsa. Informanterna saknade inte situationer som har varit mycket svåra för dem, men de betonade på olika sätt hur mötet med Ts-vården på det stora hela har inneburit en bättre psykisk hälsa för dem.

*3.1. Min kontakt.* För de som haft en kontakt på hemorten beskrivs denna av tre informanter som en viktig komponent för deras välmående och av en informant som den en person som på många sätt begripliggjort tidigare perioder av lidande med en transexuell kontext och därmed skapat en positiv inverkan på det psykiska välbefinnandet hos informanten samt normaliserat tidigare erfarenheter. En kontakt att vända sig till och diskutera utredningen, få stöd av och bli peppad av innebar en trygghet och ett skydd mot försämring av den psykiska hälsan. Kontakten är även nära personen i utredningen och får löpande information kring hur den utredde mår, kände sig och klarade utredningsproceduren.

*3.2. Ett verkligt livs test.* En informant stod vid intervjun inför att inleda sitt RLT. Denne informant hade funderingar kring hur det skulle komma att bli och hur bemötandet ut i samhället skulle gestalta sig. Det fanns en oro för att personer skulle reagera negativt på de uttryck för könstillhörighet informanten skulle komma att använda, och att personer som mötte hen i informantens yrkesroll inte skulle vilja ha kontakt med hen eller vända sig till någon annan. Samtidigt sa informanten att uttrycken inom RLT även var de uttrycken som informanten själv önskar använda sig av:

”[Informant] *Nu är det dags att börja uttrycka mig mer jag vill uttrycka mig./* [Intervjuare] *Syftar du på en egen önskan då eller real-life då?./* [Informant] *på en egen önskan*”.

Att göra så, uttrycka sig mer som man vill, innefattar hoppet om att må bättre av att få komma närmare sitt eget uttryck.

Informanter som redan inlett RLT hade många åsikter om denna del av utredningen. En stor mängd energi investerades i vad som hade rätt effekt i fråga om att passera, men även vad som ansågs rätt av den utredare som hade ansvar för att granska RLT. Flera informanter gjorde även jämförelser mellan vad som var lättare om man var FtM eller MtF, med resultatet att de fanns svårigheter för båda grupperna att forcera inom RLT, men att det för MtF finns underlättades av att smink och kläder finns tillgängliga som i vårt samhälle i huvudsak används av kvinnor.

*3.2.1. RLT för att övertyga.* Ingen av informanterna som var i eller förbi RLT uttryckte några positiva känslor för denna del av utredningen. Det fanns en upplevelse av att ha blivit tvingad att påbörja RLT innan man kände sig redo, för att på så sätt övertyga utredarna om deras genuina vilja att genomgå en könskorrigering och i dessa fall leva som kvinna. Denna tvekan kunde också ha sin grund i ett sedan tidigare lågt självförtroende. Det gavs även uttryck för att man måste uppvisa en stark övertygelse i så hög grad att frågan uppstår kring om utredarna möter den enskildes egentliga övertygelse, eller en nivåanpassad övertygelse.

*3.2.2. Förutsättningar att passera.* Informanter i olika faser av processen gav uttryck för att RLT innebar en stark känsla av ofrihet. Detta kunde gestalta sig på olika vis, till exempel att någon annan dikterade villkoren för hur man skulle leva och bete

sig, och att man blev intvingad i situationer där man inte hade alla förutsättningar man önskade för att klara att *passera* (Appendix I).

I fråga om RLT beskrevs känslan av att tvingas in i en situation man inte var rustad att klara, närmare bestämt att kunna passera inför omgivningen i RLT i en kropp som fortfarande tolkas av andra utifrån den könsidentitet man korrigerar för. Informanten beskrev svårigheterna att utan exempelvis hormoner vilka förändrar kroppens utseende och fettfördelning, röstträning och hårborttagning klara passera inför omgivningen. Samtidigt beskrevs en känsla av brist på förståelse från utredarnas håll avseende detta och att det på något sätt är ett pris som man skall betalas för att få tillgång till de medicinska resurser som man eftersträvar:

*”Ah det känns mest som bara ett hån som är... det känns som att utredarna bara slänger ut en på gatan med- du skall se ut såhär för att du skall få hormoner och diagnos och så”*

*Att passera*, att av omgivningen uppfattas som den man önskar uppfattas som kunde innebära en stor glädje, men samtidigt innebar att misslyckas en sorg, och ett misslyckande väckte även tankar om andras eventuellt negativa uppfattningar om en som person och vad de uppfattade att man gjorde:

*”Då blir jag bara någon lustig transvestit eller något sånt liksom som folk inte tycker om”*

och:

*”... för då håller jag bara på att låtsas, då är jag inte en riktig person, då är jag bara någon som låtsas och driver med dem”*

Sådana möten och de negativa föreställningarna kring andras uppfattning hade påverkan på välmående och effekten beskrivs som ihållande över en längre tidsperiod.

Det uppfattas samtidigt inte som att RLT har med *att passera* att göra, utan det skall inför utredarna utgöra ett bevis på att man är genuint transsexuell. Detta handlade då om en uppfattning att det från utredningssidan finns en tanke om ”ett pris” man skulle betala för att få tillgång till vården. Här bryts för informanterna utredningens tekniska krav på att bevisa sin vilja genom handling, utan krav på att lyckas passera, och bara testa, mot det egna behovet och önskningar om att passera. RLT blir ett elaborativt sätt att uttala sin önskan, samtidigt som man riskerar att må sämre av processen då den för informanterna ofelbart förknippades med att passera vilket har inverkan på välmående och psykisk hälsa.

3.2.3. *Är det dina eller mina byxor?* Det uttrycktes frustration över vilka uttryck som tilläts under RLT. Informanter som har tidigare i livet testat olika stilar och hårfärger känner att detta i nuläget är förbjudet om man skall lyckas i RLT, då vissa önskade uttryck skulle kunna uppfattas av utredare- eller benämnas av utredare som androgyna.

*”[Intervjuare] ”Så androgyna uttryck är tabu?”*

*”[informant] Förbjudna, ja precis. Därför måste jag ju tänka på det hela tiden.”*

Att vara androgyn innebar för en informant en dubbel risk. Det kunde försvåra att generellt passera vilket skulle leda till att man mådde sämre psykiskt, men även risken att utredaren skulle ogilla uttrycket och att det skulle försvåra processen. Det fanns också kunskap eller föreställningar kring vissa plagg som informanten kände på sig eller fått höra att utredaren att "inte gillar" och dessa plagg väljs då bort under RLT-tiden, trots att informanten inte uppfattar dem som androgyna eller som uttryck specifika för en önskad könsidentitet. Kopplat till tema 3.2.2. *Förutsättningar för att passera* blev detta paradoxalt i förhållande till upplevelsen av att inte behöva klara passera utan bara bevisa sin vilja.

Inför utredaren upphörde frågan om att passera. Utredaren vet förutsättningarna och är med under transformationen. Samtidigt fanns passerandekrav med, men då i en teknisk form där rätt val av plagg får utgöra passagen. Dessa plagg blev kopplade till utredarens tycke kring vilka plagg som säger vad.

I detta sammanhang öppnade sig frågan kring om det finns någon skillnad mellan att använda sig av olika könskodade uttryck inom och utanför RLT-perioden. Många av de yttre attributen så som exempelvis vissa kläder uttrycktes som eftersträvansvärda att erövra, eller viktiga för vissa informanter att bära. Det samma gällde för uttryck, kroppsliga i form av rörelsemönster och ljudmässiga i form av sättet man talar på. Samtidigt var det som att dessa uttryck, som för informanterna många gånger var nycklar till att passera, förlorade något när de sammankopplas med eller diskuterades inom RLT.

Informanternas utsagor då sådana uttryck och RLT diskuterades tolkas av författaren som avgränsad från personens egna könsidentitetsuttryck, ett parallellt skeende där det inte enbart handlar om det egna uttrycket utan om en stereotyp och begränsad kvinnlighet eller manlighet skall uttryckas. RLT sågs samtidigt som "over-the-top" eller som en parodi på ett eget eller kulturellt uttryck för kön:

*"Det skall vara sånt extremt Real-lifetest"*

RLT blir en avgränsad period där uttryck som man senare kommer att använda problematiseras av den i utredningen granskande situationen. Ens val och det bemötande de kan tänkas få genererade oro och lidande hos informanterna. En majoritet av informanterna använde uttryck som otrygghet, sorg och oro i samband med RLT. Samtidig var RLT för vissa informanter det tillfälle då de tar steget och använder könsidentitetsuttryck som skapar situationer där man kan passera. När man passerar är det i många fall förknippat med sköna och positiva känslor och detta leder i sin tur till en ökad tillfredsställelse med livet och ett ökat välmående enligt vissa av informanterna. Slutligen öppnar data för ett ifrågasättande kring om utredarna egentligen kommer i kontakt med en anpassad övertygelse.

*3.3. Stöd som kan förvärra.* Stöd är ett ämne som återkommer i nästan samtliga teman som detta arbete beskriver. Stödet finns närvarande eller frånvarande i varje enskilt möte, i kontakten med vården, i förhållandet till vänner och familj. Det finns inkorporerat i beskrivningarna i övrig text. Detta tema utgör en särskild fördjupning i ett case.

En informant fick tidigt i sin utredning höra av sina utredare att det gick "bra" och att man från utredarnas håll var övertygad om äktheten i informantens önskan. När sedan de kontakter som informanten hade enligt informantens upplevelse under en period ökade sitt stöd, väckte detta oro istället för att vara en positiv upplevelse.

Informanten ifrågasatte om det var något som hen gjorde och eller höll på att misslyckas med, och reagerade med en ökad ansträngning att ”göra rätt” i utredningen.

Eftersom utfallet från denna episod blev att informanten tidigare än vad hen själv önskade inledde real-life testet, men att processen inte på något sätt stannade upp och informanten fortsatte genom utredningen kan detta tolkas av författaren att utredarna under denna episod bedömt informantens önskan att behaga dem och de önskningar informanten föreställde sig att utredarna hade på hen, snarare än att utredarna kunde bedöma informantens önskan och möjlighet om att genomgå könskorrigering. Eller med andra ord, i en utredning som syftar till att utreda om diagnos föreligger, om önskan att genomgå processen med en könskorrigering är genuin och om personen är adekvat rustad för att klara den på frestning som processen innebär, möter utredarna här snarare informantens projektion och respons på sådan projektion än individens inre dialog om könskorrigering och dess förmåga att genomgå en sådan. Författaren tolkar detta som ett utfall av en situation där informanterna svävar i ovisshet kring de utredningsmål de måste uppnå för att nå önskat utfall av utredningen, och huruvida de uppnår dessa mål.

*3.4. Övertygade utredare innebär välmående.* Informanter återger specifika situationer som beskriver utredares övertygelse om att de är transexuella och har behov av det slutresultat en utredning innebär. Det kan handla om hur man trots sviktande självkänsla tar itu med en svårare del av utredningen och därmed övertygar utredare om att önskan att genomgå utredningen är genuin. Detta leder till en känsla om egen kompetens, men även en trygghet i att förstås och tas på allvar. I ett annat exempel är utredarna som tidigt i utredningen är övertygade om att personens önskan är riktig och faller inom diagnos. Detta förmedlas både direkt och indirekt från utredare och leder till en känsla av trygghet och utifrån granskning av övriga utsagor även till att ett skydd mot ovissheten, se tema 3.9.4. *Ovisshet*. Detta skydd minskar risken för att må dåligt under processen. Slutligen berättar utredare om sina och andra utredares ansträngningar för att lotsa personer genom utredningen, och detta tolkas som att de är välvilligt inställda till det personliga projektet.

Vikten av att övertyga utredaren om sin genuina strävan är en bärande del i utredning. Att uppleva att man hade lyckats övertyga ingav trygghet och motverkade ovisshet, se tema 3.9.4. *Ovisshet*. Detta ledde till ett ökat välmående. I sin strävan att övertyga utredarna genomfördes även delar av utredningen som upplevdes som svåra.

*3.5. Enskilda bemötanden och institutionella bemötanden .* Bemötanden återges många gånger som avgörande för att skapa en känsla av stöd och trygghet under utredningens gång. Många informanter benämner även hur bemötanden fick direkt effekt på deras psykiska hälsa och deras välmående.

Samtidigt var det inte alltid bemötandets natur i sig som är avgörande, två informanter berättade om hur dåliga bemötanden kan bli bra, utan utfallet var knutet till den känsla av möjlighet eller omöjlighet informanten haft i fråga om att kunna, våga eller tjäna på att opponera sig i situationen. Alla informanter bar även med sig berättelser om hur ett särskilt bra bemötande har haft långtgående effekter på deras välmående och trygghet i processen.

*3.5.1. Vad kännetecknar ett bra bemötande?* De möten som kunde beskrivas som bra eller positivt verkande kan kategoriseras utifrån två återkommande faktorer. Den vårdprofessionelles intresse och tro på informantens önskan och behov att genomgå könskorrigeringen, när förmågan att delge ett stöd i denna strävan som når fram till informanten. Även sådana möten där beskedet är negativa eller innebär förlängd

väntan, vars effekter tema 3.9. *I väntans tider* redovisar, betecknades många gånger av informanter som bra möten på grund av hur den för vården eller utredningen ansvarige bemött dem med förståelse för deras önskningsar.

Ett exempel på ett bra enskilt bemötande gäller en läkare som inom utredningen, men möjligen något vid sidan av att utreda, tog sig tid för att samtala med en informant om frågor som rör fertilitet och tankar om barn. Detta bemötande innehåller en möjlighet både att tala om sådant som informanten känner att hen normalt sätt inte kan tala om inom undersökningen, men även en möjlighet att få ställa frågor istället för att besvara dem.

Som positivt och stärkande genom svåra delar av processen anges också möjligheten att kunna höra av sig till sina kontakter med besvär och få komma till kontakten enbart i syfte att "tala av sig" tillsammans med någon som har insikt i processen.

3.5.2. *Bemötanden som blir bättre.* Gällande möten som initialt ej förlöper på ett sätt som är positivt för informanterna, exempelvis när bemötandet inte uppfattas vara ett korrekt bemötande, beskriver två informanter hur detta ändå har potential att ändras i stunden. I de fall där man känner att man kan opponera sig mot det man finner felaktigt i bemötandet, och får gehör hos den vårdprofessionelle, beskrivs det slutgiltiga utfallet från sådana möten som tämligen positiva. Den uppnådda effekten kommer av att den vårdprofessionelle har lyssnat, tagit in och förstått något om informantens position och känslor. Detta i sin tur leder till att informanten upplever sig sedd och tagen på allvar. Med en informants ord:

*"Hans reaktion på min reaktion var bra, han köpte det jag sa och han la sig ganska platt och ursäktade sig. Han sa, jag har inte så mycket erfarenhet i detta, och jag är bara nyfiken"*

3.5.3. *Vad kännetecknar ett dåligt bemötande?* Alla utom en informant återgav situationer där bemötandet har varit av en för informanten negativ upplevelse. I vissa fall utmynnade dessa bemötanden som ovan beskrivet ändå i att situationen förändras genom att den vårdprofessionelle kunde ta till sig och ändra något i sitt bemötande, men i vissa fall sker inte detta och dessa möten rapporteras som beskrivningar på dåligt bemötande i vården. Det är här i ett flertal exempel fråga om specialister ansvariga den medicinska vård som ryms inom en könskorrigering process som på olika sätt inte kunnat skapa bra bemötande för informanterna. Detta blir inom detta arbetes ramar viktigt då det i vissa fall fått större effekter än exempelvis irritation, något man kanske kan förvänta sig vid ett dåligt bemötande, och i vissa fall beskrivs som direkt kränkande eller ledande till efterverkningar på informanternas välmående.

Ett sådant exempel kom från situationer som rör kroppsundersökningar. Informanten förtydligade att nödvändigheten att genomgå undersökningen var uppenbar men var mycket obekvämt i situationen och berättar hur hen signalerade detta tydligt till den ansvarige läkaren. Trots att informanten uppvisade ett starkt obehag upplever hen inte att läkaren responderade på detta. Situationen komplicerades ytterligare av att informanten kände att hen måste hålla sig väl med läkaren, då denne ansvarade för recept som informanten behövde för att genomgå könskorrigeringen. Det fanns här en föreställning om att besvärande eller opponering skulle kunna leda till förseningar eller försvårande av processen, i detta fall att ansvarig läkare skulle dröja eller indra utskrivning av hormoner. Resultatet för informanten som ändå känner sig tvungen att

genomgå undersökningen och hålla god min är att detta leder till en märkbar försämring av upplevd psykiska hälsan:

*”Det är som om man är en slav liksom. Du har ingen rätt att säga någonting utan du skall bara lyda. Du måste underkasta dig systemet”*

*”[Konsekvensen av detta] är att jag mått dåligt egentligen bara psykiskt”*

Beskrivningen av reaktionen på situationen är av depressiv valör och finns kvar under en längre tidsrymd. Samma känsla av att man kan stöta på hinder eller stoppas upp genom att inte få nödvändiga recept om man är ”besvärlig” återges av andra informanter i samband med samma specialistgren inom vården.

En annan form av dåligt bemötande var där ansvarig för ett möte eller moment inom utredningen inte förstod, uppmärksammade eller intresserade sig för i vilken situation en informant var i när besked ges eller under vilka omständigheter informanten var där. Ett exempel på detta är en informant som under en resa som sammantaget tar mer än åtta timmar fick träffa en läkare som upplevdes som mycket stressad. Mötet tog ca tjugo minuter och innehöll ett besked som var motsatt det informanten hade fått höra av sin kontakt skulle ges. Det beslut som förväntades hade inneburit att nästa steg i processen skulle tas.

Vidare ger flera av informanterna uttryck för en känsla av att de nedprioriterades och att deras besvär inte räknades som viktiga. Återigen rör det sig om kontakter med medicinsk expertis som inte utredde utan hade ansvar för behandling och undersökningar inom processen. Informanterna delger hur de sökt ansvariga och fått vänta längre tider, upp till en månad, på gensvar. En informant tolkade detta som att de (transexuella) inte uppfattas som de har lika stort behov av vården som andra och att de därmed kan vänta.

*3.5.4. Institutioner och privata aktörer.* I fråga kring upplevelser om att komma i kontakt med en institution gavs utsagor av olika innebörd av tre olika informanter. En av dem återgav hur anonymiteten kan leda till känslor av att man reducerades, och att man bara är en siffra i en ekvation som skall balanseras. I de två övriga fallen väljer informanterna att framhålla hur de utanför kontexten av ett utredningsteam av specialister har fått adekvat eller bra bemötande då de kontaktat vårdapparaten. Beskrivningarna gäller till exempel öppna, toleranta, och kunniga telefonister, sjuksköterskor och övrig sjukhuspersonal som informanterna kommit i kontakt med under processen.

I sammanhanget skall även nämnas att de informanter som har varit i kontakt med privata aktörer som ombesörjer behandling i fråga om kroppsbehåring har uppgett att de fått ett bra bemötande. Man har inte känt sig ifrågasatt eller särbehandlad utan trygg och välkommen.

Sammanfattningsvis tolkas det inom ramen för detta arbetes intervjuer som påtagligt att de flesta fall av ”dålig bemötande” eller bemötande som har haft negativ inverkan på informanternas välmående och eller psykiska hälsa i majoriteten av fallen berör vårdgrenar som inte direkt ansvarar för utredningen utan bidrar till processen genom behandling. Samtidigt uttrycker flera informanter en stor förståelse för att de vårdprofessionella har egna bekymmer, situationer och hinder för att alltid skapa bra bemötanden. I de fall där bemötanden varit av positiv natur påpekar informanterna att detta har betydelse för deras välmående, psykiska hälsa och möjligheter att möta de svårigheter processen innebär.

3.6. *Ambivalenta känslor inför framtiden.* Informanterna återger hur utredningen och de presumtiva könskorrigeringar ingreppen kan väcka dubbla känslor. Valet att genomgå processen var ett val som var starkt förknippat med en tanke kring ett ökat välmående och processen har trots svårigheter hittills haft den effekten. Samtidigt talar informanterna om funderingar kring om det kommer på andra sidan en avslutad process verkligen kommer att bli bra. Frågor rörande om man kommer bli accepterad, om man kommer kunna passera, då i samband med mer komplexa situationer där exempelvis operationsärr kan vara avslöjande. Det uppstår här en tvekan, inte om viljan att genomgå processen, utan snarare om utfallet trots de positiva effekter de har på den egna hälsan kan utgöra en fara för lidande, då i synnerhet i kontakten med andra, i fråga om jobb och i fråga om relationer. Informanten frågar sig själv om det kommer vara värt det, eller om hen löper risk att må dåligt av andra anledningar kopplade till könsidentitet efter processen. En informant berättade hur ovan frågor och känslor initialt i utredningen upplevdes omöjliga att dela med utredare då hen föreställde sig hur det skulle kunna diskvalificera hen från utredningen om hen hade sådana tankar, men känner sig idag trygg att göra det.

3.7. *Att föreläsa om HBTQ och TS och professionellas kompetens.* Det finns en majoritet utsagorna från av informanterna beskrivningar av möten i processen med vårdprofessionella som saknar eller upplevs sakna HBTQ- eller transkompetens. I vissa fall röner som ovan beskrivet de vårdprofessionella informanterns gillande då de engagerar sig och inhämtar kunskap då de står inför mötet med en transsexuell patient. I andra fall beskrivs hur de vårdprofessionella inte själva aktivt engagerat sig i kunskapsinhämtning eller förståelse, men hur det genom informantens försorg ändå lyfts och förändrat bemötandet. I två utsagor finns beskrivningar hur man upplever sig tvingad att "föreläsa om HBTQ" och hur detta inte upplevs ha haft någon större effekt.

Reaktionerna på sådana möten är för informanterna ilska och frustration samt i ett fall en ovilja att delta i den specifika undersökningen eller träffa den vårdprofessionelle:

*"Jag tycker inte alls om henne. Jag ser inte fram emot att träffa henne fler gånger"*

En informant säger även att:

*"Det saknas HBTQ-kompetenta som jobbar inom vården"*

3.8. *Processkostnader, acceptabla och oacceptabla.* Informanterna upplevde utredningen som innehållande olika kostnader i form av psykisk belastning, men i de flesta fall följdes sådana uttalanden om att det är värt detta eller att man accepterar de kostnader och besvär som processen innebär. I sådana fall kan det handla om att bära bördan av svåra möten där omgivningen reagerat negativt på det könsuttryck de uppfattar hos informanten, eller att man möter och bearbetar den sorg det inneburit att tidigare ha dolt sin identitet. En informant talade om hur försvar byggda på förnekelse av nödvändighet rivs ned. Dessa försvar var så grundmurade i personligheten och livet att processen medförde mycket smärta och sorg, men att processen samtidigt var skön och skapade en känsla av trygghet. Andra informanter beskrev hur det i vissa fall kunde verka stärkande, man var kompetent att vårda sig själv och självförtroendet ökade. Slutligen berördes av två informanter starka känslor kring olika kroppsundersökningar

och provtagningar, men även här uttrycks förståelse för nödvändigheten av dessa, och ansvaret att klara av situationen läggs till stor del på den egna personen.

Samtidigt återges berättelser om situationer där man inte kan eller vill acceptera de kostnader processen medför, och reagerar med motstånd, ilska eller sorg inför situationen. Samtliga informanter nämner väntan och ovisshet och därefter Real-life test som de enskilt största belastningarna, detta redovisas separat i tema 3.9. *I väntanstider* respektive 3.2. *Ett verkligt livs test*. I övrigt fokuseras berättelser om sådana kostnader i huvudsak kring situationer där andra personers agerande är en del av händelserna.

Ett exempel på detta är berättelser om vårdansvariga som konsekvent använder fel pronomen, i detta arbete skall "fel" förstås som det som utgör motpol för en FtM- eller MtF-person, den könsidentitet de av andra tillskrivits tidigare. I ett av fallen väljer den vårdansvarige att använda det namn som journalen förs under då informanten inte ännu är folkbokförd under sitt nya namn, och fortsätter konsekvent att göra så även efter tillrättavisning från informanten. När sedan den vårdprofessionelle ersätts på sin tjänst upprepas proceduren med tillträdande person. Det skall i detta framhållas att dessa personer ej ingick i utredningsteamet, utan ansvarade för en specialisttjänst nödvändig för att genomgå en könskorrigering. Informanten känner sig i situationen tvingad att inte ställa till för mycket bråk inför oron över att befinna sig i ett beroendeförhållande där agerande skulle innebära att vården försenades, försämrades eller helt drogs in. Kostnaden att genomgå situationen övergår den egna förmågan och informantens reaktion på situationen beskrivs i psykologiska termer bäst som depressiv, och skulle i en klinisk bedömningsituation enligt författaren kräva en fördjupad granskning och möjligen även terapeutisk insats.

Som tidigare beskrivit var inga av mina informanter bosatta på den ort där det ansvariga teamet för utredningen befinner sig. Detta medförde långa resor till och från möten och undersökningar. I de fall där möten blivit inställda eller informanterna åkt dit med information om att avgörande steg i utredningen skall tas, men på plats mötts av motbesked eller inställda tider, uttryckte två av informanterna att detta övergår vad de upplevde var rimligt att begära av dem. Det är författarens förståelse att detta inte enbart beror på beskedens natur eller att möten inte blir av, utan att man upplever att ingen hänsyn tas till den belastning resan dit och hem i kombination med frustrationen och sorgen över det som utspelats utgör. Reaktionerna i dessa situationer utgjordes av känslor av ilska och sorg. Det påpekas även att man var ensam i med detta i en miljö, kollektivt resande, där man inte kände sig fri att vara öppen med sina känslor:

*"Det är fan fyra timmars resväg ././man kanske kunde fått en natt på patienthotellet"*

3.9. *I väntans tider*. Det som beskrevs som det enskilt svåraste och som det som i högst grad påverkade hälsa och psykiska välmående är väntan och ovisshet. Väntan kunde bero på flera olika faktorer men hade i nästan samtliga fall (utom utredningens långa nödvändighet) negativa konnotationer för informanterna. Ibland rörde det sig om långa transportsträckor i utredningen, till exempel real-life test eller inväntan av effekter från hormoner innan kirurgiska ingrepp kan göras. Andra exempel på saker som rymdes inom detta tema var vad som utifrån utsagorna verkar vara ett tämligen frekvent strul med remisser, beslut, sammanställningar av utredningsdelar från olika inblandade och provtagningar.

Ovisshet över hur det egentligen går för en i utredningen, vart i processen man egentligen befinner sig i förhållande till slutmålet och när nästa steg kommer tas uppges som stark påverkande på hur informanterna mår.

3.9.1. *Transportsträckor.* Könsidentitetsutredningar och könskorrigering är i många fall mycket långa processer, där enskilda delar kräver långvarig utvärdering av utredarna. Exempel på sådan är som ovan nämnt RLT-perioden. Vidare nämns den hormonella behandlingen som i beskrivs som komplicerad, både utifrån att finna verksam dos men även olika tillstånd informanterna bär på sedan innan kräver en noggrannare utredning. Många informanter påpekade hur de var förberedda på att det skulle bli en lång resa, men att denna långa resa ändå påverkade dem starkt. I fråga om RLT är tiden inte den enda faktorn. Att man under en längre period hela tiden bedöms i sina uttryck upplevs som stressande och skapade lidande hos informanterna och denna granskning i kombination med tidsfaktorn tolkas som avgörande för effekten.

3.9.2. *Förseningar och förlängningar.* I de fall där utredning och behandling komplicerades och förlängdes ytterligare utifrån vad som hade varit en "ohindrad" passage genom utredningen, när ett moment upplevdes som synnerligen långt eller det för tillfället skedde lite som kan tolkas som avancemang eller framsteg fick detta i vissa fall stora effekter på välmåendet. Två informanter gav blandade exempel på hur de reagerade med depressiva perioder när väntan känts för lång eller slutmålet upplevdes befinna sig långt fram i tiden. De avskärmade sig från aktiviteter, fick svårare att intressera sig för tidigare uppskattade saker samtidigt som de mätte dåligt och upplevde ångest. En informant berättade om hur hen tidigare till viss del hanterat sitt mående med överkonsumtion av alkohol. I en annan berättelse framträdde perioder av suicidala funderingar i sådan form att informanten i svåra stunder frågat sig om livet var värt att leva. Dessa tankar nådde inte så långt som till planering av ett suicid, utan utgjordes av en känsla av inget spelade någon roll. Dessa perioder beskrevs som korta, tre till fyra dagar, mycket intensiva i fråga om lidande och utlösta när personen redan befann sig i en "svacka" inducerad av stilleståndsperioder eller väntan. Informanten som berättade om detta återger hur lösningen har varit att tillåta lidandet under dessa perioder och invänta dess övergång, då erfarenhet givit att de är tidbegränsade. Informanten beskrev även hur sådana funderingar aldrig uppstår utanför dessa "svackor".

3.9.3. *Strul i kommunikationen.* Tre informanter återkomm vid olika tillfällen till avsnitt där deras process fördröjts och inneburit en förlängd väntan på grund av att missar från vård och utredningsteam i fråga om remisser som ej skickats eller kommit fram, provsvar som slarvats bort, sammanställningar av utredningsavsnitt från olika utredare som inte nått rätt. I ett fall väntade en ansvarig på att diagnosen skulle meddelas, vilket utredande landsting inte visste. Först när informanten lyckats ta reda på vad som fördröjde nästa steg och kontaktat sitt utredningsteam kunde frågan lösas, då diagnosen redan var klar och kunde sändas omgående. Sådana lösningar där informanterna själva uppmärksammar ett onormalt dröjsmål, själva kontaktar vård eller utredare och i vissa fall även ordnar upp felen genom att stå för kontakt med ansvariga, bokning av provtagning eller kommunikation mellan olika instanser är återkommande i utsagorna. Reaktionerna på sådana händelser beskrivs sällan i termer av lidande, snarare betecknas utsagorna av frustration och ilska.

3.9.4. *Ovisshet.* De informanter berör ovisshet de upplever, gällande vart i utredningen de befinner sig och hur det går för dem i fråga om diagnosticering och bedömning av deras förmåga att klara av processen, nämner inte ovissheten i sig som en

faktor som påverkar deras mående. Snarare är ovisshet något som i samband med bland till exempel väntan eller utredares ageranden skapar synergieffekter. I en situation där man inväntar svar kan de negativa effekterna av denna väntan förstärkas i olika grad beroende på hur oviss man är över utfallet av det man inväntar. I de bästa fallen är påverkan inte allt för stor, i de sämsta övergår den gemensamma effekten den egna kapaciteten av härbärgering med följderna att välmående och psykisk hälsa försämras.

Det viktigt att balansera hela tema 3.9. *I väntans tider* med kunskapen om att det finns informanter som inte har rapporterat sig påverkas av väntan i så hög grad som beskrivs ovan. Väntan återberättas i de fallen som en faktor som finns med och påverkar en, men deras reaktioner på detta är inte i lika hög grad kopplade till välmående och psykisk hälsa, ilska och frustration. Något samband mellan var i utredningen man befinner sig och väntans effekter på välmående kan inte urskiljas inom denna studie.

3.10. *Uttalad åsikt – inga barn!* Det ges utsagor kring hur det trots att kravet på sterilisering vid könskorrigering är avskaffat upplevs att vissa utredare är av den åsikt att den som önskar genomföra en könskorrigering skall avsäga sig sina anspråk på fertilitet och reproduktion. Upplevelsen är att detta inte är uttalat, men sägs mellan raderna, och att reproduktion ses som något onaturligt för en transsexuell människa.

Förklaringen för informanterna blir att det stammar från samma grund som homofobiskt tänkande. Reaktionen utgörs inte av ett direkt försämrat välmående, snarare ilska.

3.11. *Helheten eller delarna.* En observation med oklart förklaringsvärde för författaren är att de informanter som i huvudsak beskriver processen i stora drag, till exempel oftare talar om hela processens utfall eller helhetsintryck av processen snarare än i detaljerade berättelser om möten och händelser, på flera punkter kan tolkas som mindre påverkade av utredningen i en negativ bemärkelse. De återger en berättelse som ur ett metaperspektiv kan uppfattas att processen varit mindre problemfylld än för de övriga informanterna och de återger färre utsagor som behandlar psykisk ohälsa. Det bör i detta sammanhang nämnas att två av dessa informanter är de av informanterna som nått längst i processen.

3.12. *Är utredningen nödvändig?* Följdfrågor som ställs leder fram till att informanterna återgav sina tankar kring om utredningen i den form de mött den är en nödvändig utredning. De upplevde att den var det på många sätt är det. Den beskrevs som påfrestande och innehållande steg som känns mindre relevanta, men i slutändan upplevdes det ändå som mycket viktigt att man är helt säker på att en person är transsexuell och har de förutsättningar som krävs för att klara av att genomgå en könskorrigering, både mentalt som socialt. Informanter gav även uttryck för att detta på ett personligt plan var trygghet för dem i fråga utifrån differentialdiagnostik på personlighetsplan, även om majoriteten av resonemangen kring utredningens nödvändighet berörde föreställningar kring ”andra” och deras potential till möjlig ånger efter en process. Detta förstås av författaren som att man samtidigt som man tar hänsyn till andras situation och process i detta även (omedvetet?) uttalar sig om sin egen säkerhet i sitt val.

#### 4. Påverkan utanför vården

På grund av processens storlek och de olika fält i livet den berör är det i många fall omöjligt att göra en klar distinktion mellan vad som är en påverkan inom processen

och vad som sker i privatlivet den på grund av den. Detta tema samlar data från utsagor, då dessa handlar om möten mellan processen och det privata livet, och söker samtidigt utesluta sådana händelser som är av rent privat natur som skett under processens gång.

4.1. *Familj, partner och vänner.* Som beskrivet i tema 1.1. *Information som tröst och rädsla* och 2.4. *Att komma ut av nödvändighet* har det hos några informanter funnits en rädsla kring hur familjen skall reagera inför informantens önskan att könskorrigera. I de fall familjemedlemmar reagerat positivt eller stödjande, en majoritet, beskrivs detta ha en stärkande inverkan på välmående hos informanterna. I de fall där någon familjemedlem reagerat negativt eller haft svårt att förlika sig med informantens önskan, en minoritet av de rapporterade händelserna, uppgav vissa informanter att detta kunde kännas trist eller tråkigt, och i ett fall återges hur detta i högre grad påverkat välmåendet. Data tolkas av författaren så att det i jämförelse mellan utomståendes oförståelse och oförståelse inom familjen råder skillnad. En familjemedlems motstånd eller oförståelse tolereras möjligen i högre grad än om till exempel en vårdprofessionell skulle uppvisa samma attityd. Samtidigt kan det vara svårt att avgränsa tolerans mot undvikande. En informant sa gällande frågan om tilltalsnamn:

”[Intervjuare] *Ok, så hon får lov att göra det eller? (använda dopnamnet)*”

”[Informant] *Ja, jag vill ju inte gå runt och rätta min egen mamma*”

I ett sådant fall, och i andra liknande som rapporterats, fanns önskan att familjemedlemmen ”naturligt”, det vill säga utifrån egna resonemang, skulle komma till insikt om att informanten fattar rätt beslut, och toleransen tolkas här vara sammanbunden med tillförsikt inför en sådan utveckling.

I utsagor om partners handlar majoriteten av fallen om huruvida man berättar, om det finns accepterande människor man kan träffa för att inleda relation med och liknande komplikationer transitionen kan medföra. Sökandet efter en partner kan sammankopplas med tankar om utfallet efter processens avslutande och grubblande kring om man gör rätt val utifrån risken att man kan tvingas leva ensam. En informant uppger att under processen är en mer stabil relation inte aktuell då informanten inte skulle ”orka dra in” någon ny utomstående under denna period.

En utsaga berör frågan om en partners mående och dennes inverkan i processen. En faktor i utredningsbedömningen är enligt informanterna gäller hur deras nätverk är beskaffat och i vilken mån informanterna kan hämta stöd där. När då en viktig och nära individ i informantens nätverket blir dålig aktualiseras tanken på att även andra är en del av den bedömning som gäller individen. I det rapporterade beskrivs hur informanten både av egen kraft men även med stöd från sina vård- och utredningskontakter balanserat perioden på så sätt att den inte hindrade klargörandet av processen.

Gällande vänner hade samtliga informanter som berör detta enbart positiva utsagor. De beskrevs ofta i termer av stöd och trygghet. I de fall de hade direkt inverkan på processen och processens effekter gäller detta hur vänner hur de utgjort stödet att ta första steget, ofta var vännerna de första man delgav hur man kände sig och i stunder av depressivt tillbakadragande intresserade de sig för hur informanten mådde och aktiverade informanten.

En annan viktig funktion vänner utförde var att vara icke-reaktiva. I de fallen särbehandlar de varken positivt eller negativt, tolkar och talar inte med informanterna utifrån deras transsexualitet och ställer inga frågor om processen. Utsagorna kring detta

tolkas av författaren som att vännernas agerande utgjorde en kontaktyta där allt hos informanten utgör en normalitet som inte behövde granskas eller särskiljas.

4.2. *Att föreläsa om HBTQ och TS i sitt nätverk.* I de flesta fall rapporterar informanterna hur de blir den som får förklara och ”föreläsa” kring HBTQ-frågor och transsexualism för familjemedlemmar. Samtliga informanter som talar om detta berättar hur utredningsansvariga varit beredda att hålla, föreslagit och i vissa fall även hållit informationsträffar med familjemedlemmar. Samtidigt kan data förstås så att de insatser som funnits eller finns tillgängliga inte i någon högre utsträckning utnyttjats.

Istället är informanterna bärare av information kring vad som skall ske, vad som skett och hur man kan förstå processen. I två utsagor berörs även hur informanterna står för svar och resonemang kring vad det innebär att vara transsexuell och hur man kan förstå könsidentitet.

Utfallen för informanterna från deras ”föreläsningar” varierar och upplevelsen påverkas av vilket bemötande de får av den de talar med. Välvilligt inställda tolkas som nyfikna och intresserade, eller måna om att informanten gör vad som är bäst för dennes hälsa.

## Diskussion

Med bakgrund av tidigare nämnd prevalens för att psykisk ohälsa inom gruppen transsexuella är högre än i övriga populationen och att det råder brist på kvalitativ psykologisk forskning inom området önskade denna studie undersöka hur personer som sökt till, redan genomgår eller är i en avslutande fas av en könsidentitetsutredning själva upplever att en sådan utredning påverkar deras välmående och psykiska hälsa och vad det är som orsakar dessa upplevelser.

Att genomgå en könskorrigering innebär samstämmigt i denna informantgrupp att man strävar efter och har höga förhoppningar på ett ökat välmående och en förbättrad psykisk hälsa och det finns även forskning som indikerar att processen leder till ökat välmående (Smith et al., 2005). Informanter som nått långt i processen upplever på många sätt att de redan upplever de positiva effekterna. Samtidigt finns avsnitt i en sådan process som på många sätt innebär en risk för eller leder till försämringar i den psykiska hälsan. Inom många typer av vård är en tillfällig ökning av lidande, en initial symtomförstärkning, en del i boten av det som smärta, så även i inom terapeutiska sammanhang där konfrontationen av lidandet kan öka det innan lidandet sjunker undan. En sådan effekt är inom dagens vård en acceptabel del av processen.

Samtidigt upplevs utifrån denna studie att det finns uppenbara vinster i att fånga och diskutera sådana delar av en könskorrigeringsprocess som i onödan innebär ett lidande, en försämring eller en negativ inverkan på den psykiska hälsan hos de som genomgår en sådan process, samtidigt som de stärkande delarna av processen framhålls.

I fråga om de hälsofrämjande delarna är en sådan del som ovan nämnt processen som helhet. Inom processen med fokus på enskilda delar förstås det som de största positiva effekterna uppstår i samband med att informanterna bemöts som enskilda individer vars önsknings inte först och främst förstås utifrån en diagnos. En vårdprofessionell som utifrån en egen förståelse och tro på individens önskan förmedlar detta till personerna de möter skapar ett ökat välmående och har en positiv inverkan på mående för individen. *Att passera* inför utredare ersätts snarare av en fråga om att *övertyga*, och om detta lyckas ger detta en på många sätt likvärdig upplevelse som då man i yttervärlden *passerat*, det vill säga en positiv upplevelse som förknippas med

välstånd. Att *övertyga* tolkas även skapa ett mer långvarigt skydd att bära med sig under utredningens mer tröttningsdelar. Att tidigt ha fått höra att man *övertygat* tycks ha effekten av att påverkan från svårare delar av utredningen inte påverkar i lika hög utsträckning.

Även i de fall där informanter mött en HBTQ-kunnig eller likvärdig specialist, yrkesprofessionella som troligen har en bredare förståelse och insikt i vad en diagnos kan innebära och skapa, är fokus på den utreddes personliga upplevelser och erfarenhet det som framhålls som främjande för hälsa och skyddande mot ohälsa.

Det framträder i resultaten att de enskilda tillfällena då utredare har klivit utanför sin utredande roll och hållit samtal med personerna kring föreställningar, för- och nackdelar samt farhågor kring processen har haft en positiv effekt på välbefinnande. Detta understryker det faktum att upplevelsen av att mötas som en person med egna tankar kring processen har en hälsofrämjande effekt på personer de som genomgår processen. Att denna effekt skall uppstå vilar på att individen uppfattar det som att utredaren har lämnat den granskande rollen och bemöter utifrån en annan position.

Goda möten är inte enskilda behållna situationer där informanterna mött vårdprofessionella som har specialistkunskap eller har någon form av HBTQ-certifiering. Även möten med professionella som saknar tidigare erfarenhet eller utbildning för att möta transsexuella har i vissa fall haft samma positiva effekt av skydd under utredningen som i de fall där personer mött utbildade. Även i de möten som initialt havererar verkar det finnas en marginal för att återskapa en bättre process, i alla fall i sådan utsträckning att inslaget inte ökar påfrestandet för den sökande. En sådan upprättning blir beroende av att den vårdprofessionelle kan granska sin egen position och sina handlingar. För en psykolog bör ett betänkande av den yrkesetiska principen:

*”Psykologen respekterar och främjar utvecklingen av varje människas grundläggande rättigheter, värdighet och värde”* (Yrkesetiska principer för psykologer i Norden, Psykologförbundet, 1998, s. 6.)

kunna utgöra en grund för att för hur ett möte med varje patient bör hållas, och vart man bör sikta om man initialt har misslyckats.

Det anses viktigt att framhålla att de vårdprofessionella som genom certifiering eller på annan väg kan betecknas som Ts-kunniga i denna studie i hög grad omnämns som trygghetskapande och bidragande till ett förbättrat välbefinnande vilket indikerar att sådan specialistkunskap är önskvärdt för alla vårdanställda som kan komma i kontakt med Ts-personer i sitt yrke, vilket i princip inte utesluter någon yrkesgrupp. Men resultaten visar även att ett mått av genuint intresse och acceptans är en bärande del i ett gott bemötande, och det är svårt att se hur enbart vårdutbildning kan försäkra om att sådant genuint intresse finns tillgängligt.

En del att fokusera i frågan om hur man genomför ett gott bemötande handlar om de fall där behandlare inte hanterar pronomen och tilltalsnamn på ett önskvärdt sätt. I det enskilda bemötandet är det att utgå ifrån patientens önskan så länge detta inte påverkar behandlingsutfallet negativt. Behandlaren åsikter i frågan bör stå tillbaka för patientens val av pronomen och tilltalsnamn om man inte kan motivera att det skulle påverka kvalitén på vården, och om man förställer sig att det skulle göra det, rannsaka om detta är ett allmänt utfall i vården eller om det är knutet till de egna föreställningarna. Frågan om pronomenanvändning inom vården har, medan föreliggande arbete har skrivits, aktualiserats, bland annat i en rättsprocess (Kennedy, 2014).

Att de personer som skall in i en utredning påverkas av den information som andra tidigare utredda lägger ut på internet är i någon form en tredjepartseffekt, och något som en utredningsansvarig eller en vårdprofessionell omöjlig kan förändra. Denna information finns tillgänglig och kommer finnas tillgänglig för den som har tillgång till internet. Vad man från vårdprofessionellt håll kan förbereda sig för är att dessa föreställningar kan finnas hos den man skall möta, och därmed göra vad man kan för att möta en sådan potentiell oro. Utifrån de utsagor informanterna gjort kring trygghet och dess effekter på välmående och psykisk hälsa är detta en värdefull del i att skapa en möjlighet för patienten att klara genomgå en utredning. Vidare ges därmed en möjlighet för en utredare att initialt få bemöta föreställningar om yrkesrollen och inställningen hos den professionelle innan en utredning påbörjas och kräver att man intar en professionellt utredande hållning. Författaren menar inte att säga att nämnda agerande inte redan kan finnas i arbetet för utredare och vårdprofessionella, men utifrån insamlad data bör man ej heller förbise att lägga extra vikt vid denna punkt. Som vårdprofessionell skulle det kunna vara en fördel att ha kännedom om informativa webbplatser som man kan hänvisa till för att underlätta för den sökande att komma i kontakt med adekvat information.

Behovet av att skapa ett eget rum eller utrymme för att påbörja inleda processen har varit ett viktigt tema för informanterna i studien. Detta rum eller utrymme kan ha olika former och vara av olika typ. Att föreslå att var person som ämnar genomgå en Ts-utredning bör lämna sin hemort eller inleda en relation med ett tillräckligt öppet klimat är knappast tillbörlig eller möjligt. Att utreda personens socio-miljö är en del det arbete som görs inom en Ts-utredning (M. Göransson, personlig kommunikation, 10 februari, 2014), men det går att se en möjlighet för exempelvis en psykolog som utgör en första kontakt att utifrån sin yrkeskunskap bistå i ett utforskande av hur plats och miljö påverkar, hindrar eller hjälper en person som ämnar söka en Ts-utredning.

Att ha en Ts-kunnig kontakt, i denna studie företrädesvis på hemorten, som man kan vända sig till har inneburit ett betydande stöd och rapporteras ha en direkt anknytning till den psykiska hälsan. Samtidigt är positionen som både utredare och stödkontakt en roll som kan väcka oro hos den som utreds. I *Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori* (Socialstyrelsen, 2014) anges att det många gånger förväntas att vårdprofessionella inom utredningsteam kan ha både en utredande och en psykosocialt- eller psykoterapeutisk- stödjande roll. Det som i *kunskapsstödet* anges tala för ett sådant arrangemang är de kunskaper utredaren besitter om det enskilda fallet och den ämneskunskap den utredningsprofessionelle besitter. Nackdelen är den oklarhet som kan uppstå om den utredde granskas eller stöds i situationen. *Kunskapsstödet* anger att man bör vara uppmärksam på förhållandet och om en terapeutisk allians inte kan upprättas att hänvisa vidare till andra professionsföreträdare. Det borde vara önskvärt att inte utsätta den som skall utredas för situationen att pröva detta alls från första början utan snarare knyta psykologer, kuratorer eller psykoterapeuter med specialistkompetens till Ts-vården, där de kan agera stöd utifrån kunskap, men helt utan att vara delaktiga i utredningen och de beslut den leder fram till. Det finns inga hinder idag för en patient i vården att begära ut sin journal om man önskar delge sin behandlare information ur denna, och även utan sådan information bör en specialiserad terapeutisk kontakt kunna göra sig tillräckligt insatt i personens situation för att kunna utgöra ett fullgott stöd under utredningen. I socialstyrelsens beskrivning uppfattas även en viss oklarhet i gränsdragning mellan stöd och psykoterapi.

Att genomgå RLT har för informanterna varit förknippat med situationer som påverkat deras välmående. För den som står inför RLT blandas hopp om en ökning av välmående med oro för hur möten med yttvärlden kommer gestalta sig.

Det framstår i denna studie som att informanter har upplevt situationer under RLT som tvingande. Oron att inte få det utfall av processen man vill ha ökar det upplevda trycket att inleda RLT. Känslan av ofrihet och yttre styrning är stark och har en negativ påverkan på informanternas upplevelse av välmående och psykisk hälsa.

En annan del av RLT:s påverkan på måendet är de frågor som uppstår i samband med de uttryck som skall användas. Upplevelsen av de av utredarna godkända uttrycken, kläder, frisyrier och liknande är att ramarna är mycket snäva och stereotypa.

Att balansera uttrycken mot utredarens åsikter rapporteras inte ha direkt inverkan på välmående, men det upplevs av författaren som om uttryck som skall göras till egna för informanter behäftas med en upplevelse av svärta då de förknippas med RLT:s granskande situation. För en fördjupad studie av upplevelser kring uttryck och könsidentitet rekommenderas *Kroppslinjer* av Bremer (2011).

Inom RLT uppstår ett paradoxalt förhållande där informanternas upplevelse av en mängd tillfällen där *att passera* är i starkt fokus, samtidigt som man inte uppfattar att utredarna har detta fokus, utan snarare tolkar att vara mer eller mindre förbunden till RLT som det ”bevis” man framlägger på sin övertygelse. Informanterna upplever att man inledningsvis har dåliga förutsättningar för att klara passera på grund av avsaknaden eller kvarvarande av vissa könsidentitetsattribut, och denna tid handlar för individen till stor del om misslyckanden i att passera vilket leder till en ökning av psykisk ohälsa. De uttryck andra uppfattar under denna tid i stor utsträckning är på kollisionkurs med normativa föreställningar. Få av informanterna i denna studie har talat om en önskan om att genom uttryck utmana normativa föreställningar i samhället, utan snarare en önskan om att innefattas av dem. I en sådan situation förstår författaren detta som att personerna under detta skede lider under en kombination av bristkänslor, upplevelse av tvång och de bemötande de får i sin vardag.

RLT-tiden kan förstås som en form av mycket elaborativ kommunikation kring individens önskan att genomgå könskorrigering och den verkar bära olika betydelse för utredare, som vill granska individens agerande och övertygelse, och personerna i utredning, vars fokus ligger på upplevelser av *att passera* eller ej. I denna situation står för informanterna välmåendet och den psykiska hälsan på spel. Att vara granskad i RLT har i vissa fall lett till en ökad känsla av stress och påverkat välmåendet.

I de genomförda intervjuerna finns ett starkt fokus på vad utredare tänker och vad de kommer fram till. Som framhållet i tema 3.3. *Stöd som kan förvärra* kan detta skapa situationer då personer i utredningen närmast uppnår en hypervigilans för små förändringar i bemötandet. Det är författarens förståelse att situationen även påverkas av det faktum att man upplever det svårt att dryfta sina farhågor, söka förklaring och stöd, med någon som är satt att utreda ens psykiska stabilitet. En sådan tolkning av situationen anknyter för författaren till redan tidigare fördiskussion kring dubbla roller som utredare och stöd (Socialstyrelsen, 2014).

Det finns inom många teman utsagor där informanter upplevt att de blivit dåligt behandlade men inte vågat opponera sig då de upplevt att det skulle kunna leda till försämringar i eller förseningar av processen. Då dessa påvisats som exempel på enskilda möten, tema 3.5. *Enskilda bemötanden och institutionella bemötanden* är det även viktigt att skapa ett utrymme i detta arbete för att framhålla att det även i andra sammanhang tolkas som att informanter upplevt oroskänslor i samband med att de

önskat göra motstånd, upplevt av att det inte går rätt till eller att situationer är obehagliga. Oron riktas åt flera olika håll, exempelvis mot endokrinologer som man tror skulle sätta sig på tvären och inte skriva ut hormoner eller att utredare som skulle reagera kränkt om informanterna inte vore medgörliga och att det skulle leda till en mer negativ bedömning av deras fall. Sådana upplevelser av att någon annan har makt att hindra eller bromsa ens process har en avsevärd påverkan på välmåendet och i vissa fall har utlöst depressiva tillstånd hos den utredde.

Ett område där författaren uppfattar en kollision mellan utredarens arbete och den utredde gäller i de fall där man inom utredning undersöker differentialdiagnostiska tillstånd eller föreställningar som potentiellt hade påverkat utredningsutfall. Det är i sammanhanget viktigt att försäkra sig om att önskan inte baserar sig på vanföreställningar eller påverkas av andra psykiska tillstånd, och informanterna återger sina upplevelser av vikten av en grundlig utredning så att ingen som potentiellt ångrar sina beslut i efterhand genomgår processen. Samtidigt kan en dåligt hållen utredning där öppna frågor påkomna av utredaren resultera i en kränkning av den transsexuelle. Data i denna studie visar att det är möjligt att ifrågasätta validiteten i utredningen, då informanterna beskriver hur de väljer bort önskade uttryck och agerar för att övertyga utredare.

Betydelsen av väntan har av alla teman informanterna lyft haft den största påverkan på deras välmående och psykiska hälsa. Effekterna som fångas är av allvarlig art med depressiva tillstånd och suicidal tematik. Samtidigt är det författarens förståelse att det inte är väntan i sig som en ensam påverkansfaktor som utlöser dessa effekter, utan det är snarare en fråga om synergieffekter med andra tillstånd och händelser som utgör påverkan. I fråga om fördröjningar förorsakade av slarv från vården framstår lösningen som någorlunda självklar. Genom en högkvalitet i sitt arbetsgenomförande kan vårdgivare undvika att skapa onödigt lidande för sina patienter. I de fall väntan samverkar med olika grader av ovisshet är det svårare att rekommendera en enkel lösning. En del i att utredas innebär att man underkastas granskningen och inte ges nycklar till vilket agerande som skulle ge önskat resultat utan bedöms utifrån de som uppfattas som okonstlade eller uppriktigt uttryck. Samtidigt genererar situationen som beskrivet i studien att man mår sämre. I detta fall bör man åter betänka om det inte hade varit gynnsamt för individens hälsa att det under utredningen fanns en specialiserad kontakt knuten till individen som kunde utgöra stöd och fatta beslut kring insatser frikopplat från utredningen.

Sammanfattningsvis finns det i resultatet av denna studie påvisande av att det inom processen för könsidentitetsutredning och könskorrigering finns områden där vårdprofessionella och vårdapparaten genom sitt agerande, och icke-agerande, kan påverka välmående och psykiska hälsan hos den enskilde individen. Det är önskvärt att vårdprofessionella inom alla yrkesgrenar skall ha adekvat utbildning samt sträva efter att skapa goda bemötanden baserade på den enskildes sammanhang. Det finns även visst utrymme att utifrån denna studie och ur ett hälsoperspektiv ifrågasätta delar av processen, då i huvudsak i RLT:s inledande fas samt delar som försenas genom kommunikationsbrister, oklarhet ansvar eller slarv. Det är viktigt att uppmärksamma att informanterna i studien i hög grad upplever att dåliga bemötanden som påverkat deras mående uppstått i samband med upplevelser av beroendeförhållande till vårdgivare, och då i huvudsak i kontakt med vårdgrenar som kan uppfattas ligga utanför en specialiserad Ts-vård.

I fråga om dubbla roller för utredare, som både granskare och stödjare, anser författaren det vara, utifrån resultaten och egen förståelse av utredande kontra terapeutiskt arbete, en mycket problematisk situation. Det kan bli ytterst svårt för den utredande personalen att hålla isär sina roller, och arrangemanget öppnar för etiskt problematiska situationer där vad som kan betraktas som utredningsmaterial och vad som tillhör stödkontakten kan sammanblandas. Det är även svårt att se hur personer i utredning skall förväntas kunna växla i sin uppfattning kring vilken roll de talar till och i vilket syfte. Att i bedriva ”psykoterapeutiskt eller psykosocialt stöd” (Socialstyrelsen, 2014. s. 35) och samtidigt vara förknippad med, eller samtidigt vara, en utredande instans är i författarens mening potentiellt skadligt för en eventuell terapeutisk allians, ur en maktsynpunkt möjligt att ifrågasätta, problematiskt i fråga om patientprivilegier i en terapi och etiskt en grå zon. Socialstyrelsens användande av begreppet *psykoterapeutiskt* i detta sammanhang antyder även en förståelse för vad som kan betecknas som psykoterapeutiskt arbete och vad som utmärker en terapeutisk kontakt i fråga om makt och beroendeförhållande som inte delas av författaren. I ljuset av resultaten där svårare tillstånd av psykisk ohälsa så som depressiva tillstånd och suicidala tankar framkommer, anses det enda försvarbara utifrån psykologisk synvinkel är att ha väl förberedda rutiner för en fristående och kunnig psykoterapeutisk kontakt.

Det går inte att utesluta att fler informanter hade kunnat tillföra unik data till studien, att andra frågor skulle kunna få fram data av annan kvalitet eller öppna för andra temaämnen. Det är även möjligt att ifrågasätta om författaren i rollen som intervjuare på något sätt genomfört intervjuerna på ett sätt som inte främjat ett gott informationsutbyte med informanterna, något som en mer erfaren intervjuare kunnat uppnå. Slutligen kan författarens *cis*-identitet haft betydelse för kvaliteten på mötet och på den förståelse författaren fick för materialet.

### *Implikationer för vidare forskning*

Bättre och mer riktad forskning på gruppen transsexuella/könsdysfori behövs. Tidigare forskning är i hög grad genomförd på större samlingsgrupper där personer med könsdysfori ingår men inte utgör hela gruppen. Ofta handlar detta om sammanslagningar inom HBTQ-fältet. Det vill säga att könsidentitet sammanblandas med sexuell läggning i forskningen eller forskning motiveras med gruppernas utsatthet. Att förutsättningarna inom ett HBTQ-fält är gemensamma kan ifrågasättas, och kopplingen mellan sexualitet och könsidentitet håller inte för en närmare granskning. Att ha vara Ts innebär ingen speciell sexuell läggning. Att ha en viss sexuell läggning gör en inte könsdysforisk.

Det kan anses viktigt att undersöka validiteten i en könsidentitetsutredning utifrån att data antyder att det går att ifrågasätta om utredare möter ett genuint uttryck för den egna övertygelsen eller om de utreder individens anpassning till föreställningar om utredarens förväntningar.

En kvantitativ ansats skulle kunna undersöka ett förhållande mellan uppfattning om helhet eller delar och påverkan på den psykiska hälsan under utredning, inte enbart inom Ts-fältet utan även inom andra längre psykiatriska utredningar, exempelvis neuropsykologiska utredningar.

Forskning saknas kring i vilken grad (frekvens) diagnosticerbara tillstånd av psykisk ohälsa uppstår under utredningsprocessen, och om dessa kan knytas till

specifika delar av utredningen. Forskning utifrån kvantitativ metod skulle kunna bygga vidare på denna studies resultat.

Slutligen skulle en kvalitativ undersökning kring utredarens roll och upplevelse utgöra en god balans till den typ av forskning som tar plats i detta arbete.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arumburu, A. C. (2011). Transgender identity and health care: Implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of the American Academic Nurse Practitioners*, 23, 175-182.
- Alm, E. (2006). "Ett emballage för inälvor och emotioner": föreställningar om kroppen i statliga utredningar från 1960- & 1970-talen. Opublicerad doktorsavhandling, Göteborgs universitet: Institutionen för litteratur idhistoria och religion, Göteborg.
- Benson, E. K. (2013). Seeking support: Transgender client experiences with mental health services. *Journal of feminist family therapy*, 25, 17-40.
- Bremer, S. (2006). *Identitet under observation: En diskursanalytisk studie, utifrån åtta patienters berättelser om deras möte med psykiatrisk och medicinsk expertis, inom ramen för dagens svenska könskorrigering behandling av transsexualism*. Opublicerad magisteruppsats, Linköpings universitet: Campus HU, Linköping.
- Bremer, S. (2011). *Kroppslinjer: kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering*. Göteborg: Makadam förlag.
- Budge, I. S., Adelson, L. J., & Howard, A. S. K. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transitionstatus, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 545-557.
- Butterfield, D.L., Borgen, A.W., Amundson, E. N., & Maglio, T. A. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond. *Qualitative Research*, 5(4), 475-497.
- Clements-Nolle, K., Marx, R. Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of homosexuality*. 51(3). 53-69.
- Diamond M. L., Pardo, T. S., & Butterworth, R. M. (2011). Transgender experience and identity. I Schwartz, S., Luyckx, K., & Vignoles, L. V. (red:er) *Handbook of identity theory and research* (ss. 629-647). New York, NY: Springer Verlag.
- Evertsson, S., & Staveborg, G. (2008) *Att bli den man är – en kvalitativ studie om transsexualism och processen mot könskorrigering*. Opublicerat psykolog-examensarbete, Linköpings universitet: Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköping.
- Fitzpatrick, K. K., Euton, J. S., Jones, N. J., & Schmitdt, B. N. (2005). Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of affective disorders*, 87, 35-42.
- Flanagan, C. J. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.

- Kennedy, M. (2014). Transperson stämmer Västra Götaland. *Göteborgsposten*. Hämtad 2014-05-17, från <http://www.gp.se/nyheter/vastsverige/1.2372423-transperson-stammer-vastra-gotaland>.
- Jiang, G., Floderus, B., & Wasserman, D. (2010). *Självordsförsök i Stockholms län och Sverige 1987-2008* (NASP 2004). Stockholm: Karolinska institutet folkhälsoakademien.
- Mäger, A., & AkbardoATABADI, E. (2010). *HBT-patienters upplevelse av bemötande i vården*. Opublicerad kandidatuppsats, Högskolan i Borås: Institutionen för vårdvetenskap, Borås.
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social science & medicine*. 84. 22-29.
- Psykologförbundet, (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*. s. 6. Hämtad 2014-05-14, från <http://www.psykologforbundet.se/Documents/OmForbundet/Yrkesetiska-principer-för-psykologer-i-Norden.pdf>.
- RFSL Ungdom. (2008). "Är du kille eller tjej?" (Transformerings 2008). Stockholm: Riksförbundet För Sexuellt Likaberättigande Ungdom.
- RFSL Ungdom. (2009) *Att göra synligt, Om unga transpersoner och ett bra bemötande* (Transformerings 2009). Stockholm: Riksförbundet För Sexuellt Likaberättigande Ungdom.
- Smith, A. J., Flowers, P., & Larkin, M. (2013). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage Publications Ltd.
- Smith, L. S. Y., Van Goozen, H. M. S., Kuiper, J. A., Cohen-Kettenis, T. P. (2005). Sex reassignment: outcome and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological medicine*. 35. 89-99.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation, återslag av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituation bland hbt-personer* (FHI 2005a). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2005b). *Särbehandlad och kränkt- en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa* (FHI 2005b). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2008). *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Socialstyrelsen. (2010). *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar, rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd* (Socialstyrelsen 2010-6-31). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori- vägledning och rekommendationer- stöd för styrning och ledning* (Socialstyrelsen 2014-4-8). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Transsexualism. (2008). *Transsexualism.se*. Hämtad 2014-05-14, från [transsexualism.se](http://transsexualism.se)
- Willig, C. (2010). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: Open university press.

- Ungdomsstyrelsen. (2010). *Hon Hen Han: En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för transpersoner* (Ungdomsstyrelsen 2010:2). Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2012). *Om unga hbtq-personers hälsa*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ordlista över relevanta begrepp.

Denna ordlista är ett redigerat utdrag från en större ordlista hämtad från RFSL-ungdoms webbplats: <http://www.transformering.se/vad-ar-trans/ordlista> med författarens eget tillägg under rubriken *Att Passera, könsbyte, könskorrigering* och *SRS*.

**Att Passera** handlar om att man i publika/allmänna sammanhang uppfattas och bemötas som en person av de kön man är, men som ej är det juridiska könet. Att bli uppfattad som på ett sätt som stämmer med sin könsidentitet.

**Cisperson** är, väldigt förenklat, den som inte är transperson. Helt enkelt en person vars biologiska kön, juridiska kön, könsidentitet och könsuttryck hänger ihop enligt normen. En person som föddes med snippa och fick "kvinna" registrerat i folkbokföringen, som ser och alltid har sett sig själv som tjej/kvinna och som väljer att klä sig på ett sätt så att andra personer också uppfattar den som en tjej/kvinna är till exempel en cistjej/ciskvinna.

**Female to Male (FtM, FTM)**, kvinna-till-man på svenska, används ofta för att beskriva den resa en transsexuell kille gör eller har gjort. En transkille blev biologiskt och juridiskt kategoriserad som tjej när han föddes men känner sig som och är kille. Många transkillar vill korrigera sin kropp med hormonbehandling och/eller kirurgi och byta juridiskt kön så att kroppen och det juridiska könet stämmer bättre överens med könsidentiteten.

**Hermafrodit** är ett gammalt ord för personer som har en kropp som inte går att könsbestämma som antingen tjej eller kille enligt samhällets normer för kön. I dag används ordet intersexuell (se Intersexualism) om människor medan hermafrodit syftar på djur. Ordet hermafrodit kan vara kränkande och bör inte användas om andra personer. Om sig själv kan man använda det eller de ord som känns bra och som har en mening för en själv.

**Intergender** kan den person kalla sig som identifierar sig som mellan eller bortom kvinna–man-uppdelningen av kön. Ibland används "intergender" som ett paraplybegrepp för olika könsidentiteter som inte följer tvåkönsnormen. Intergender betyder inte samma sak för alla som definierar sig som det. En del intergender känner sig som både tjej och kille. Andra känner att de befinner sig mellan de två kategorierna. Många intergender känner sig inte som något kön alls. En del intergender vill förändra kroppen med hormoner och/eller kirurgi.

**Intersexualism** är en medicinsk diagnos som man kan få om ens kropp inte går att könsbestämma som antingen tjej eller kille enligt samhällets normer för kön. Att vara intersexuell är alltså inte samma sak som att vara transperson, men ofta nämner man intersexualism när man pratar om transfrågor.

**Könsbyte** avser fånga att ett byte av könstillhörigheten, bland annat ändrad juridiska status. Ordet *Könsbyte* problematiseras utifrån att individen många gånger inte upplever sig *byta* kön.

**Könskorrigering** innefattar den medicinska vård som ges efter att socialstyrelsens rättsliga råd har godkänt ändring av juridiskt kön.

**Male to Female (MtF, MTF)**, man-till-kvinna på svenska, används ofta för att beskriva den resa en transsexuell tjej gör eller har gjort. En transtjej blev biologiskt och juridiskt kategoriserad som kille när hon föddes men känner sig som och är tjej. Många transtjejer vill korrigera sin kropp med hormonbehandling och/eller kirurgi och byta

juridiskt kön så att kroppen och det juridiska könet stämmer överens med könsidentiteten.

**SRS.** Sexual Reassignment Surgery, även kallad GRS, Genital Reconstruction Surgery, är ett samlingsnamn för de kirurgiska ingrepp som görs för att förändra form och utseende på könsorganen i samband med könskorrigering kirurgi.

**Transgender** är ett mångtydigt begrepp som betyder olika saker för olika personer. En del definierar det som att man vill korrigera delar av sin kropp utan att vara transsexuell. En del definierar det som att man är transsexuell men inte vill korrigera sin kropp. En del definierar det som att ens könsidentitet inte överensstämmer överens med ens juridiska kön, utan att man är intergender, nongender, transsexuell, transvestit eller bigender (se de orden). Många anser att transgender inte är en könsidentitet i sig utan att sätt att förklara hur man förhåller sig till eller uttrycker sin könsidentitet. ”Transgender” förekommer även på engelska och motsvarar då svenskans ”transperson”.

**Transsexuell (TS)** kan den person kalla sig vars könsidentitet inte stämmer överens med det juridiska kön man tilldelades vid födseln. Oftast vill man både byta juridiskt kön och korrigera kroppen med exempelvis hormoner och/eller kirurgi. Man brukar tala om FtM-transsexuella (kvinna-till-man) och MtF-transsexuella (man-till kvinna) (se Female to Male respektive Male to Female). Insikten om att man är transsexuell kan komma redan när man är liten, även om man då kanske använder andra ord och beskriver känslan på andra sätt, och för många kommer insikten i tonåren eller senare i livet.

**Transsexualism** är en medicinsk diagnos som för vissa är ett övergångsstadium tills man har korrigerat sin kropp och bytt juridiskt kön. Andra fortsätter att se sig själva som transsexuella även efter könskorrigeringen.

**Transvestit** kan den person kalla sig som använder sig av ett annat könsuttryck än det som förväntas av personen utifrån hans juridiska kön. Det kan handla om kläder, smink, hår, kroppsspråk, röstläge och andra attribut. En del personer klär om helt, andra har några enstaka detaljer eller plagg. Man kan klä om mer eller mindre ofta. Juridiska män som ibland klär sig i typiska kvinnokläder är nog den mest välkända formen av transvestism. Juridiska kvinnor som ibland klär sig i typiska manskläder brukar inte uppfattas som transvestiter: det är helt enkelt mer socialt accepterat att vara tjej i killkläder och man sticker inte ut på samma sätt. Men en tjej som använder typiska killkläder och -attribut kan förstås definiera sig som transvestit eller crossdresser om hon vill det, det beror på vilken betydelse hon själv lägger i könsuttrycket. Crossdresser betyder samma sak men har blivit en allt vanligare synonym för transvestit.

**Transperson** är ett paraplybegrepp som syftar till att rymma hela den mångfald av identiteter, grupper och personer som på olika sätt identifierar sig som trans. Transperson kan alltså den person kalla sig som bryter mot samhällets normer kring kön och könsidentitet. Ibland används det engelska begreppet trans\* med samma betydelse. Gemensamt för transpersoner är att ens könsidentitet eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön man fick när man föddes och som bestämdes av hur ens kropp såg ut och tolkades då. Begreppet transpersoner inbegriper människor som vill korrigera sin kropp och byta juridiskt kön (transsexuell), personer som inte känner sig bekväma som vare sig kvinna eller man (till exempel bigender, genderqueer, intergender), människor som använder kläder och andra attribut som brukar anses som typiska för ett annat än det egna könet (crossdresser, transvestit), artister som överdriver könskodade attribut när de uppträder (drag) och personer som inte vill, kan eller tycker att det är viktigt att definiera sig i fråga om kön (till exempel agender, neutrois,

nongender). Trans har ingenting med ens sexualitet att göra, utan det handlar om könsidentitet. Som transperson kan man vara homosexuell, heterosexuell, bisexuell, asexuell eller något annat.

---

## Appendix II.

Generell översikt av könsidentitetsutredning, real life-test, ansökan till rättsliga rådet och SRS. Totaltid två år plus handläggningstider.

Kontakt med den öppna psykiatri som remitterar till utredning. Många har funnit hit genom att läsa om processen på nätet eller blivit hänvisade från sin vårdcentral. Vissa utredande mottagningar accepterar även remisser från adekvat avsändare, exempelvis psykolog eller läkare utanför den psykiatriska vårdkedjan.

### Remiss till utredningsteam

Påbörjad utredning med ett utredningsteam bestående av psykiater, psykolog och kurator. Förutom det övergripande målet att utreda könsidentiteten undersöks även om individen är psykiskt stark nog för att genomföra processen.

Psykiatern har huvudansvaret för att utreda könsidentiteten och ger information om de ingrepp som kan göras i samband med processen. Psykiatern undersöker bland annat stödbehov, grundläggande somatisk hälsa och drog och eventuellt användande av alkohol och droger.

Kuratorn har ansvar för den sociala utredning. Där kartläggs relationer och sociala sammanhang, uppväxt och bakgrund samt genomförs eventuella anhörigsamtal. Kuratorn kan även hålla enskilda samtal med närstående.

Psykologen genomför en psykologisk utredning med ett flertal olika instrument som mäter och undersöker bland annat begåvningsprofil, personlighet, depressivitet och ångest.

Denna del av utredningen tar i genomsnitt ett år innan eventuell diagnos avges, men utifrån olika individuella förutsättningarna kan den förlängas på obestämd tid.

### Diagnos från utredningsteamet

Real life-test (RLT). Under denna period som generellt sträcker sig över ett år använder individen namn och pronomen som är förknippade med ens egen könsidentitet. Personen förväntas komma ut på arbete, skola och i sitt sociala nätverk. Personen förväntas även välja uttryck och handlingar i enlighet med kulturella könskoder, exempelvis använda vissa kläder, eller välja herrtoalett om man är FtM eller damtoalett om man är MtF.

Under denna period kan man få assistans i form av hormoner i samråd med endokrinolog, röstträning, som FtM remiss till plastikkirurg för mastektomi eller som MtF remiss för hårborttagning. RLT granskas och bedöms av utredningsteamet. Perioden syftar till att säkerställa att beslutet är rätt för individen. Efter att perioden är avslutad kan man ansöka om ändring av juridisk kön och sexual reassignment surgery (SRS), men man kan välja att stanna på detta stadiet. Det finns inga krav på att man skall genomföra juridiskt könsbyte eller SRS. Om man väljer att gå vidare ansöker man om juridiskt könsbyte baserat på utredningens slutsatser.

### Utredning färdig. Ansökan om ändrad juridisk könstillhörighet

Ändrad juridisk status och SRS. Ansökan sänds in till och behandlas av Socialstyrelsens Rättsliga råd. De fattar beslutet baserat på könsidentitetsutredning och diagnosen. Krav för bifall är även att man fyllt 18 år samt är folkbokförd i Sverige. Att direkt ansöka till rådet utan utredning är prövat och leder till avslag av ansökan.

Vid bifall av ansökan får individen en ny juridisk status och identitet. Ett sådant beslut ger även tillgång till SRS. Att genomgå SRS är inget krav om man får ändrad juridisk status, men man får ej tillgång till SRS om man inte har fått bifall på sin ansökan om ändrad juridisk status.

Intervjufrågor med förberedda följdfrågor.

**När inledde du processen?**

Följdfrågor

Vad fick dig att vända dig dit just då?

Hur var det första mötet gällande detta?

Vad gjorde det som upplevde det så?

Har detta påverkat dig vidare i processen?

**Kan du berätta om någon situation där du upplever att du har fått ett bra bemötande under remissökandet?**

Följdfrågor

Vad gjorde situationen bra?

Vad i situationen fick dig att känna så?

Vad fick dig att reagera så?

**Kan du berätta om någon situation som du upplever att du upplevt som speciellt svår för dig under remissökandet?**

Följdfrågor

Vad gjorde situationen svår?

Vad i situationen fick dig att känna så?

Vad fick dig att reagera så?

**Skulle du vilja berätta om någon situation där du upplever att du har fått ett bra bemötande under utredningen.**

Följdfrågor

Vad gjorde situationen bra?

Vad i situationen fick dig att känna så?

Vad fick dig att reagera så?

**Skulle du vilja berätta om någon situation som du upplever att du som extra svår under utredningen.**

Följdfrågor

Vad gjorde situationen svår?

Vad i situationen fick dig att känna så?

Vad fick dig att reagera så?

**Vart befinner du dig i utredningsprocessen idag?**

Följdfrågor

Hur påverkar det dig?

**Har det under processen funnits något som påverkat ditt välmående?**

Följdfrågor

Vad var det som påverkade dig?

Hur reagerade du inför detta?

Hur har du hanterat det?

Var det någon som märkte det?

Hur påverkade det dig?

**Är det något som har hänt i ditt liv i övrigt som påverkat ditt välmående?**

Följdfrågor

Vad var det som påverkade dig?

Hur reagerade du inför detta?

Hur har du hanterat det?  
Var det någon som märkte det?  
Hur påverkade det dig?

**Finns det något i processen som väckt trygghet?**

Följdfrågor  
- Vad var det?

**Finns det något i processen som väckt osäkerhet?**

Följdfrågor

Vad var det?

Avslutande/uppföljande/klargörande frågor.

Har du någon uppfattning ifall processen, från första möte med vården i syfte att inleda utredning till nuläge, påverkat dig i termer av psykiska hälsa/ohälsa?

Om så är fallet, vad har det fått för uttryck eller konsekvenser för dig?

Om så är fallet, kan du urskilja någon eller några specifika faktorer som har haft mer inflytande på ditt välmående och/eller psykisk hälsa eller ohälsa?

I vilken mån uppfattar du att du har fått stöd i processen?

Har du haft närstående i behov av stöd? Har de i så fall fått det och i vilken form?

---