



**INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE**

# **ATT HJÄLPA NÅGON HITTA RÄTT VERSION AV SIG SJÄLV**

- En kvalitativ studie om organisatoriska skillnader och likheter samt införande av Socialstyrelsens kunskapsstöd inom könsidentitetsenheter.

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp  
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatnivå

Termin: HT 15

Författare: Elin Andersson och Emma Johnsson

Handledare: Ann-Charlott Timander

# Abstract

**Titel:** Att hjälpa någon hitta rätt version av sig själv - En kvalitativ studie om organisatoriska skillnader och likheter samt införande av Socialstyrelsens kunskapsstöd inom könsidentitetsenheter.

**Författare:** Elin Andersson och Emma Johnsson

**Handledare:** Ann-Charlott Timander

**Nyckelord:** Könsdysfori, implementering, kunskapsstöd, människobehandlande organisationer

Syftet med uppsatsen var att jämföra de olika könsidentitetsutredningsenheterna i landet för att se på eventuella organisatoriska skillnader och/eller likheter dem emellan. Vi ville se på om dessa organisatoriska faktorer kunde påverka möjligheten till en likvärdig utredning för patienter med könsdysfori. Vidare ville vi se på om Socialstyrelsens kunskapsstöd hade implementerats och hur det i så fall kunde påverka till förändrings-/förbättringsområden inom de olika utredningsenheterna. En kvalitativ metod användes med telefonintervjuer, samt transkribering av dessa i sin helhet. Intervjuerna innefattade fem professionella som alla arbetade på olika utredningsenheter. Studiens teoretiska utgångspunkt var nyinstitutionellt perspektiv på organisationsteori, med fokus på människobehandlande organisationer och implementering. Genom analys framkom att det både finns organisatoriska skillnader och likheter mellan de olika utredningsenheterna som kan påverka möjligheten till en likvärdig utredning. Dock också att det inte alltid endast var skillnader som bidrog till en olikvärdig utredning, utan att alla delar behövde sättas i ett helhetsperspektiv. Dessutom att det hade skett förändringar i och med införandet av Socialstyrelsens kunskapsstöd, vilket kunde vara en bidragande faktor till en linjering av utredningsenheternas arbete och strävan mot en likvärdig utredning.

## Innehållsförteckning

1. Problemformulering .....	1
1.1 Koppling till socialt arbete .....	2
1.2 Syfte .....	3
1.3 Frågeställningar .....	3
1.4 Begreppsdefinition .....	4
2. Bakgrund .....	6
2.1 Standards of Care .....	6
2.2 American Psychological Association .....	7
2.3 Svensk förening för transsexuell hälsa .....	7
2.4 "Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörning" .....	8
2.5 Socialstyrelsens kunskapsstöd .....	8
2.6 Ts-vård .....	10
2.7 Diagnos .....	11
2.8 Team .....	12
2.9 Lagändringar .....	12
3. Tidigare forskning .....	14
3.1 "Implementing guidelines into clinical practice: what is the value?" .....	14
3.2 "Developing an authentic sex: Deconstructing developmental– psychological discourses of transgenderism in a clinical setting" .....	15
3.3 "An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets" .....	16
3.4 "Kroppslinjer" .....	17
4. Teori .....	18
4.1 Nyinstitutionalism .....	18
4.1.1 <i>Organisation och institution</i> .....	18
4.1.2 <i>Isomorfism och organisationsfält</i> .....	19
4.1.3 <i>Nyinstitutionell teori i relation till människobehandlande organisationer</i> .....	19
4.2 Vad är en organisation? .....	19
4.3 Människobehandlande organisationer .....	20
4.4 Att arbeta i människobehandlande organisationer .....	21
4.5 Att vara klient i människobehandlande organisationer .....	21
4.6 Omställning i en organisation .....	22
4.7 Implementering .....	22
5. Metod .....	25
5.1 Val av metod .....	25
5.2 Telefonintervju .....	26
5.3 Avgränsningar .....	26
5.4 Urval och bortfall .....	26
5.6 Dataanalys .....	27

5.6.1 <i>Analysprocessen</i> .....	27
5.7 Litteratursökning.....	29
5.8 Validitet och reliabilitet.....	29
5.9 Arbetsfördelning .....	30
6. Etik.....	31
6.1 Val av respondenter .....	31
6.2 Information och samtycke.....	32
6.3 Utsatta grupper .....	32
7. Resultat och analys.....	34
7.1 Organisatoriska skillnader.....	34
7.1.1 <i>Utredningsteam</i> .....	34
7.1.2 <i>Egenremiss</i> .....	35
7.2 Organisatoriska likheter .....	36
7.2.1 <i>Inflytande och delaktighet</i> .....	36
7.2.2 <i>Efter avslutad utredning</i> .....	37
7.2.3 <i>Samarbete med behandlingspersonal</i> .....	38
7.2.4 <i>Resurser och uppdrag</i> .....	38
7.2.5 <i>Användande av kunskapsstödet</i> .....	39
7.3 Implementering av kunskapsstödet.....	40
7.3.1 <i>Hur kunskapsstödet har implementerats</i> .....	40
7.3.2 <i>Förändringar i organisationen i relation till kunskapsstödet</i> .....	41
8. Avslutande diskussion.....	43
8.1 Vidare forskning .....	45
9. Referenslista.....	46
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

## Förord

Vi vill först och främst tacka våra respondenter, för att ni tog er tid att dela med er av information till vår uppsats. Det hade varit väldigt svårt att genomföra utan er hjälp.

Vi vill också rikta ett stort tack till vår handledare A-C, som har hjälpt oss på alla sätt. Tack för att du varit så flexibel och alltid haft tid för oss.

Sist men inte minst vill vi tacka Elins katter, Kaptenen och Nicki, som velat hjälpa oss att skriva uppsatsen. Utan er hade vi förmodligen blivit klara tidigare.

# 1. Problemformulering

Att tillhöra ett kön innebär oftast att själv identifiera sig som antingen kvinna eller man, vilket kommer med tillskrivningar från samhället om hur vi bör bete oss, agera och se ut kopplat till det könet. De flesta av oss reflekterar inte speciellt mycket över detta men för en del stämmer inte känslan av att tillhöra ett kön överens med vad som visas i spegelbilden.

*Lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall* (SFS 1972:119) infördes i Sverige år 1972 och reglerar möjligheten till fastställande av könstillhörigheten. Lagen var den första i världen som gav möjlighet till statligt finansierad vård för transsexuella (Bremer 2011). Enligt 1§ innefattar detta personer som fyllt arton år och som under lång tid känt att denne tillhör, uppträder som, samt antas leva som det andra könet. Att ändra sin kropp till det kön man känner sig som kallas för könskorrigering, vilket kan innebära antingen hormonbehandling och/eller kirurgiska ingrepp (Socialstyrelsen 2015a). Det finns de som använder sig av uttrycket könsbyte, vilket kan vara lite missvisande då det snarare syftar till den juridiska processen att byta kön (RFSU Ungdom, 2014a). Att vilja genomgå könskorrigering innebär många gånger svårigheter, inte bara känslomässigt utan också gentemot samhället och den nära kretsen. Exempelvis finns det ofta en önskan att bli sedd som det kön personen upplever sig tillhöra, vilket kan kallas att passera. Detta kan bli problematiskt i bland annat offentliga rum, som exempelvis badhus eller offentliga toaletter där personer ofta förväntas uttrycka sig enligt normen (Bremer 2011). Det innebär dessutom att personen måste genomgå långa utredningsprocesser inom vården för att komma fram till det stadie som faktiskt innebär att fysiskt och/eller juridiskt få korrigera/byta sitt kön.

År 2010 lämnade Socialstyrelsen en rapport till regeringen, vilken bland annat innefattade ett behov av ett nationellt vårdprogram för vården av transsexuella och personer med könsidentitetsstörningar (Socialstyrelsen 2015b). I rapporten belystes även att det fanns stora skillnader i utredning och behandling mellan enheterna, och att det behövdes ett enhetligt sätt att utföra utredningarna på för att göra det mer jämlikt över landet (Socialstyrelsen 2010). Då vi hittade denna

information på Socialstyrelsens hemsida skapades ett intresse av att studera dessa skillnader som riskerar bidra till en olikvärdig utredning. Vidare såg vi att Socialstyrelsen senare, år 2012, fick i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd med rekommendationer för arbetet kring utredning, behandling samt vård gällande könsdysfori (Socialstyrelsen 2015b). Kunskapsstödet kom sedan ut år 2015, i vilket det nämns att detta ska ses som ett stöd för att kunna ge dessa patienter likvärdig vård (Socialstyrelsen 2015b). Likvärdig vård innebär att den ska “baseras på en individuell bedömning och utgå från bästa tillgängliga kunskap” (Socialstyrelsen 2015b). I relation till kunskapsstödet blev vi då också intresserade av att se på om det används, och i så fall om arbetet på enheterna redan hunnit bli mer lika.

Det finns sju specialiserade utredningsenheter i Sverige, två i Stockholm varav en är för unga personer vilken utelämnas då denna studie fokuserar på kunskapsstödet som utgår från vuxna personers könsdysfori; “*God vård av vuxna med könsdysfori*” (Socialstyrelsen 2015). Det finns även ett nationellt kunskapsstöd från Socialstyrelsen för barn och ungdomar med könsdysfori. Detta har dock också valts bort då vi anser att det blir för brett för en C-uppsats, men är intressant för vidare forskning. Enheterna är placerade i Lund, Stockholm, Alingsås, Uppsala, Umeå och Linköping. Enligt Socialstyrelsen (2010) skiljde sig utredningsprocessen åt på de olika utredningsenheterna i landet, vilket enligt dem var ett problem. Det som kunde ses som problematiskt var att vissa enheter hade långa väntetider samt att det saknades nationell information angående vård och de villkor som gällde för könskorrigering. Det fanns stora skillnader mellan de olika enheterna gällande exempelvis resurser för utredningen, enheternas uppdrag samt teamens utformning (Socialstyrelsen 2010). Dessa skillnader mellan utredningsenheterna riskerade leda till att utredningen inte blev likvärdig beroende på vilken enhet personen sökte sig till. Vi blev därför intresserade av hur det såg ut nu, fem år senare och efter kunskapsstödet införande.

## 1.1 Koppling till socialt arbete

Transsexuella och andra transpersoner tillhör en marginaliserad och stigmatiserad grupp i samhället (Socialstyrelsen 2010). Folkhälsomyndigheten (2015) beskriver

att hälsan bland transpersoner under lång tid varit låg samt att deras livssituation inte blivit bättre de senaste åren. Ohälsan nämns som ett problem kopplat till att transpersoner inte har samma möjligheter att leva på det sätt de önskar. Däremot nämner Socialstyrelsen (2015b) att de som genomgått behandling samt fått en diagnos upplever en förbättrad livskvalitet i stort, tack vare att de då kan leva enligt sin upplevda könsidentitet.

Socialt arbete ska bland annat verka för att hjälpa marginaliserade grupper i samhället, öka människors välbefinnande samt bidra till individers utveckling och självförverkligande (Payne 2002). Ämnet har valts då vi vill belysa olikheter mellan utredningsenheterna samt eventuella förändringar med hjälp av Socialstyrelsens kunskapsstöd (2015b). Detta för att de som genomgår könsidentitetsutredningar ska ha möjlighet till en likvärdig utredning.

## 1.2 Syfte

Syftet med studien är att jämföra de olika könsidentitetsutredningsenheterna i landet för att se på eventuella organisatoriska skillnader och/eller likheter dem emellan. Därigenom studeras om, och i så fall hur eventuella organisatoriska olikheter kan påverka möjligheten för personer att få en likvärdig utredning. Syftet är även att undersöka om, och i så fall hur Socialstyrelsens kunskapsstöd har implementerats. Vidare också ifall detta då har bidragit till förändringsområden på de olika utredningsenheterna.

## 1.3 Frågeställningar

- Finns det organisatoriska skillnader och/eller likheter mellan de olika enheterna och deras arbetssätt inom könsidentitetsutredningar?
- Påverkar eventuella organisatoriska skillnader utredningsprocesserna på de olika enheterna, och i så fall på vilket sätt?
- Om Socialstyrelsens kunskapsstöd har implementerats, har detta i så fall bidragit till förändring av utredningsprocessen på respektive enhet?



## 1.4 Begreppsdefinition

*Kön* är komplext och kan definieras utifrån ett antal utgångspunkter, därför tas alla kommande definitioner upp även om de inte kontinuerligt används i uppsatsen.

*Juridiskt kön* i Sverige består för nuvarande endast av kille/man eller tjej/kvinna och är det som står registrerat i folkbokföringen eller exempelvis i passet. Personer som identifierar sig som att inte tillhöra något kön måste ändå rent juridiskt tillhöra ett av de två könen (Folkhälsomyndigheten 2015). Barnet tilldelas juridiskt kön vid födseln utifrån kroppens genitalia, och då en person får diagnosen transsexualism är det möjligt att ansöka om byte av det juridiska könet (RFSL Ungdom 2014c; Berg & Summanen 2011).

*Mentalt kön* (könsidentitet) är det kön en person känner att hen tillhör, oavsett om det stämmer överens med det juridiska könet eller ej. Alla människor har rätt att bestämma över sitt eget mentala kön vilket kan variera, förändras över tid eller kanske innebära att inte tillhöra något kön alls (RFSL Ungdom 2014c; Berg & Summanen 2011).

*Socialt kön* (könsuttryck) handlar om hur en person uttrycker sig genom yttre attribut, beteende och röst kopplat till kön och detta behöver inte stämma överens med könsidentiteten. Uttrycket socialt kön kommer ifrån att det handlar om sättet som personer i omgivningen uppfattar en (RFSL Ungdom 2014c; Berg & Summanen 2011).

*Biologiskt kön* handlar om inre och yttre könsorgan, kromosomer och hormonnivåer vilka är medicinskt kopplade till ett visst kön beroende på hur de är sammankopplade. Biologiskt sett finns det fler variationer av kön än endast de två juridiska könen kvinna/man (RFSL Ungdom 2014c; Berg & Summanen 2011).

*Transpersoner* är ett paraplybegrepp som innefattar de olika grupper som går emot normer gällande kön och könsidentitet i samhället (Transföreningen FPES

u.å a). Begreppet handlar också om vilket kön en person känner sig som, och även personer som inte vill definiera sig som något kön alls. Begreppet innefattar bland annat de som vill korrigera sitt kön och/eller byta kön juridiskt (RFSL Ungdom 2015a).

*Könsdysfori* innebär det psykiska lidandet och de svårigheter som kan uppstå i vardagen då könsidentiteten inte överensstämmer med det biologiska könet (Socialstyrelsen 2015b).

*Könsinkongruens* innebär känslan av att det biologiska könet inte stämmer överens med könsidentiteten. Detta kan ibland leda till det lidande som kallas för könsdysfori (American Psychiatric Association 2013).

*Diagnoser* - Kopplat till könsdysfori finns tre diagnoser; transsexualism, andra specificerade könsidentitetsstörningar samt könsidentitetsstörning ospecificerad (Socialstyrelsen 2015b). Transsexuella personer nämns mest i litteratur kring könskorrigering kopplat till utredningsprocessen, varpå denna grupp kommer vara i fokus för vår uppsats. Se vidare beskrivning av diagnos på sidan 12.

*Transsexualism* avses i uppsatsen som personer som känner att könsidentiteten inte stämmer överens med det biologiska könet. Transsexuella personer önskar därför oftast byta kön juridiskt och/eller genom antingen hormonbehandling och/eller kirurgiska ingrepp (RFSL Ungdom 2014a).

*Specificerad könsidentitetsstörning och könsidentitetsstörning ospecificerad* - Personer med dessa diagnoser uppfyller inte kriterierna för att diagnosticeras med transsexualism, men är på grund av sin könsdysfori ofta i behov av kirurgisk eller hormonell behandling för att må bättre (Socialstyrelsen 2015b; RFSL Ungdom 2015b).

## 2. Bakgrund

I denna del presenteras tidigare material som kan kopplas till studien och syftet. Detta är bland annat material som kan ha haft inflytande över vissa förändringar som skett kring könsidentitetsutredningarna i Sverige. Vidare beskrivs centrala delar som kan kopplas till utredningsteamerna och även lagar som berör personer med könsdysfori.

### 2.1 Standards of Care

*Standards of Care* (SOC) är utgiven av The World Professional Association for Transgender Health (WPATH 2012). Det är en internationell guide främst för behandlingspersonal inom vården, med information som gör att de kan arbeta för att maximera hälsan för personer med könsdysfori. Detta kan innebära bland annat psykologer, gynekologer och annan behandlingspersonal som arbetar med fysiska korrigeringar. Den innehåller information om könsdysfori, diagnoser och könsinkongruens och förklaringar om skillnader däremellan. Även terapeutisk och psykologisk behandling av könsdysfori och behandling genom hormoner och/eller operationer. Guiden innehåller dessutom övriga alternativ eller tillägg till behandling med fysisk eller psykologisk behandling och behandling av barn och unga som lider av könsdysfori. Utöver behandling beskriver *Standards of Care* hur personal inom vården ska behandla personer som genomgår behandling eller utredningar, också hur personalen ska bistå sina klienter med information kring könsdysfori så att de kan ta medvetna beslut kring sin egen behandling. Information finns också om uppföljningsarbetet, både kring personens psykiska och fysiska hälsa, samt etiska överväganden och tankesätt. WPATH (Coleman et al. 2012) anser också att hälsa inte bara bygger på god vård utan också på ett tolerant och jämlikt samhällsklimat. *Standards of Care* utgör en del av underlaget som internationell litteratur för Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd (Socialstyrelsen 2015b).

## 2.2 American Psychological Association

Socialstyrelsen (2015) skriver att det på uppdrag av American Psychiatric Association år 2012 gavs ut en kunskapsöversikt om behandlingsinsatser för personer med könsdysfori, vilket också resulterade i en önskan om att få tydliga riktlinjer för vården. American Psychological Association gav år 2015 ut *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*, vilket innefattar riktlinjer för hur psykologer bör arbeta med personer med könsinkongruens. Detta kan ses som ett komplement till Standards of Care då denna riktar sig mer mot behandling och American Psychological Association fungerar mer som riktlinjer med fokus på den psykologiska delen (American Psychological Association 2015). Riktlinjerna syftar bland annat till att belysa vikten av att personalen ska arbeta på ett respektfullt sätt samt är medvetna om gruppens livsvillkor och behov för att kunna inkludera patienterna i arbetet. Dokumentet upprättades även för att kunna vara en hjälp i att göra arbetet mer effektivt samt minska risken för kränkande och/eller orättvis behandling av patienten och dess anhöriga. I riktlinjerna beskrivs bland annat vad som kan vara problematiskt för personer med könsinkongruens, etiska och juridiska aspekter, hälsovård samt förhållningssätt för personal som arbetar med denna grupp (American Psychological Association 2015).

## 2.3 Svensk förening för transsexuell hälsa

Vi tog kontakt med Svensk förening för transsexuell hälsa (SFTH) för en önskan om att få ta del av deras vårdprogram kring könsidentitetsutredningar från år 2012. Detta för att kunna se på utvecklingen fram till Socialstyrelsens nuvarande kunskapsstöd. De upplyste oss om att deras vårdprogram inte längre är aktuellt och att vi därför inte kunde få ett exemplar. Numera är det Socialstyrelsens kunskapsstöd som vården arbetar efter och vi blev uppmanade att vända oss till detta istället. SFTH är en nationell professionsförening som första gången år 2007 kom ut med riktlinjer för dem som arbetar med könsidentitetsutredningar (Socialstyrelsen 2015b).

## 2.4 “Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörning”

År 2009 gav Socialstyrelsen i uppdrag att en utredning skulle tillsättas för att se på hur insatser kring vård och stöd för transsexuella såg ut och hur detta kunde förbättras. Detta resulterade i rapporten *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörning* (Socialstyrelsen 2010). Denna rapport belyste att det fanns en kunskapslucka inom hälso- och sjukvården i relation till transpersoner, främst inom primärvård, allmänpsykiatri och angränsande vårdområden. Vidare beskrevs även att utredning, vård och behandling såg olika ut över landet, dels på grund av otydliga uppdrag kring detta samt variation gällande fördelning av resurser över landet. Rapporten pekade på, med stöd av enskilda samt organisationer för patienter, att det saknades nationella vårdprogram samt rekommendationer för vård och behandling kring könskorrigering. Detta beskrevs som problematiskt för de personer som ville genomgå utredning då utredningen tenderade att bli ojämlig över landet (Socialstyrelsen 2010). Förslag på åtgärder presenterades; bland annat utarbetande av informationsmaterial kring utredning, vård och villkor, att utredningsteam skulle ha tydlig samverkan med behandlingspersonal och det fanns även en önskan om att införa ett kunskapscentrum för forskning (Socialstyrelsen 2010). Resultatet av denna rapport blev att Socialstyrelsen år 2012 fick i uppdrag att arbeta fram ett kunskapsstöd med rekommendationer för utredning, vård och behandling gällande personer med könsdysfori.

## 2.5 Socialstyrelsens kunskapsstöd

Det nationella kunskapsstödet *God vård av vuxna med könsdysfori* arbetades fram med bakgrund av Socialstyrelsens rapport från 2010 och publicerades i april år 2015. Syftet med kunskapsstödet var att utjämna skillnader mellan utredningsenheternas arbete, samt förbättra vård och behandlingsinsatser för personer med könsdysfori (Socialstyrelsen 2015b). Socialstyrelsen har även utvecklat ett kunskapsstöd för barn och unga vilket är en motsvarighet för det som är skapat för vuxna. Socialstyrelsen uppger att det vetenskapliga underlaget som kunskapsstödet baseras på är av låg kvalitet och de har därför behövt använda sig av internationella riktlinjer och bästa befintliga kunskap. Bästa befintliga kunskap innebär den erfarenhet som finns till hands på enheterna i landet (Socialstyrelsen 2015b). Kunskapsstödet utvecklades i tre steg, där det första var en förstudie som

syftade till att ringa in de frågor som vårdpersonal och patienter ansåg nödvändiga att få kunskap om. I nästkommande två steg samarbetade Socialstyrelsen med professionsgrupper inom utredningsenheterna för att utveckla och korrigera innehållet ytterligare. Dessa bestod av en faktagrupp, vilka tog fram rekommendationer till förändring genom faktainsamling och utvärdering av forskning, och en prioriteringsgrupp som sedan kompletterade och befäste faktagruppens framställda material (Socialstyrelsen 2015b).

Socialstyrelsens kunskapsstöd innefattar cirka fyrtio rekommendationer för dem som arbetar med vård och behandling gällande personer med könsdysfori. Det övergripande målet med kunskapsstödet är att vården i landet ska utgå från individen samt vara likvärdig för alla patienter, oberoende av vart de bor. Två grundläggande rekommendationer i kunskapsstödet, och som även ingår i kunskapsstödet för barn och unga, är “multidisciplinära team” och “samtalsbehandling och psykosocialt stöd” (Socialstyrelsen 2015b). Dessa är grundläggande då de är en förutsättning för ett gott och säkert arbete inom vård och behandling av personer med könsdysfori. Rekommendationen “multidisciplinära team” innebär att olika professioner bör samverka i så kallade specialistteam. Socialstyrelsen (2015b) skriver att detta team bör innefattas av socionomer, psykologer, psykiatriker och endokrinologer (hormonläkare) samt även kunna inkludera exempelvis logopedier, gynekologer samt plastikkirurger beroende på patientens individuella behov. “Samtalsbehandling och psykosocialt stöd” är en rekommendation som syftar till att patienten, dennes närstående samt personer som genomgått behandling ska ha möjlighet till samtal och stöd från specialistteamet. Detta då utredning och/eller behandling kan innebära psykiska påfrestningar för patienten samt dennes närstående. Rekommendationen finns även för att både patienten och teamet ska känna en trygghet i processen kring utredning och behandling (Socialstyrelsen 2015b).

I kunskapsstödet beskrivs att rekommendationerna kan komma att förändra hur arbetet bedrivs, både gällande organisation och samverkan men även fortbildning inom ämnet. Detta skulle kunna innebära att vårdbehovet bättre kan tillgodoses och därmed även göra en skillnad för patientgruppen. Villkoren för att bedriva

utredning och behandling enligt dessa rekommendationer såg olika ut över landet i april 2015 då kunskapsstödet publicerades (Socialstyrelsen 2015b).

## 2.6 Ts-vård

Det är inte alla som har kunskap om hur utredningsprocessen går till, därför förklaras innehållet kort här. Då det inte alltid går till på samma sätt inom alla utredningsenheter presenteras beskrivningen övergripande och specificeras därför inte ytterligare.

För att få genomgå en könsidentitetsutredning krävs ofta en remiss från en psykiatriker i landstinget (RFSL Ungdom 2015b). Psykiatrikern kan utreda psykisk ohälsa redan inom allmänvården, däremot är det inte denna psykiatriker som uppgift att starta en könsidentitetsutredning. Detta kan vara tidsödande eftersom det ofta kommer behöva göras om på könsidentitetsenheterna för att det ska bli korrekt hos dem (RFSL Hälsa u.å). I en del landsting finns möjlighet för patienten att själv kontakta vården genom en så kallad egenremiss. Egenremiss är en vårdbegäran som kommer från patienten och innebär en möjlighet att själv kunna ta kontakt med utredningsteam utan att gå genom allmänsjukvården. Socialstyrelsen (2015b) nämner i kunskapsstödet att det är önskvärt att egenremiss ska finnas vid alla enheter. Detta för att förhindra risken att personer inte ansöker på grund av att de inte vågar eller vill ansöka till primärvården först.

Begreppet ts-vård innefattar könsutredningsprocessen samt den könskorrigande vården. Den första delen, könsidentitetsutredningen, syftar främst till att utreda personens könsdysfori. Utredningen ligger till grund för diagnosticering och innehåller både psykiatriska, psykologiska samt sociala tester och samtal, för att bland annat undersöka personens psykiska och sociala stabilitet för eventuell vidare könskorrigande vård (Socialstyrelsen 2015b; Bremer 2011; Transföreningen FPES u.å b). I de fall utredningen utmynnar i diagnosen transsexualism följer ett år av det som ibland kallas för "real life experience" eller "real life test" då personen förväntas leva i den sociala roll som stämmer med könsidentiteten (Socialstyrelsen 2015b). Under denna period kan olika hjälpmedel bli aktuella, så som exempelvis peruk eller proteser. Annan behandling kan även

sättas in, som hormoner, röstträning samt hårborttagning (Socialstyrelsen 2015a). Real life test kan pågå livet ut om personen önskar, då det inte är ett krav att genomgå korrigerig av kön (RFSL Ungdom 2015b).

För den som vill genomgå en korrigerig finns möjlighet att efter real life test inleda den andra delen av ts-vården. Detta kan kopplas till behandling och det är i denna process könskorrigeringen sker. Könskorrigering kan innebära att personen vill använda sig av hormoner, kirurgi och/eller plastkirurgi för att korrigera det fysiska så att det bättre stämmer överens med könsidentiteten (RFSL Ungdom 2014b; Coleman et al 2012). Då en person fått diagnosen transsexuell har denne rätt till att genomgå könskorrigering, vilket bekostas av staten (Bertilsson Rosqvist et al. 2014). Efter detta kan personen också ansöka om ändring av personnummer och juridiskt kön hos Socialstyrelsens rättsliga råd. Detta kräver även ett läkarintyg signerat av en utredare (RFSL Ungdom 2014e).

Socialstyrelsen hanterar även ansökningar för personer som ångra sitt könsbyte och vill ändra tillbaka till det biologiska könet, vilket också kräver ett läkarintyg. Personen får i och med detta rätt att ändra tillbaka till det ursprungliga könet, så mycket som det är möjligt, och kan även få ekonomiskt stöd av staten till detta (Dhejne et al. 2014).

## 2.7 Diagnos

Diagnosbegreppet beskrivs här kort då det ofta återkommer i utredningsprocessen och är någonting som ibland kan missuppfattas. Diagnos måste inte betyda att ha en sjukdom, Socialstyrelsen (2015) menar att det också kan handla om en “[...] benämning av en [...] skada, störning eller förändring i kroppsfunctionen”.

Uttrycket diagnos syftar därför snarare till själva anledningen till vårdkontakten med sjukvården och kan, exempelvis då det är kopplat till könsidentiteten, handla om könsdysfori. Kroppen matchar inte könsidentiteten, vilket kan leda till en obehagskänsla. Då personen inte längre känner ett obehag, efter exempelvis könskorrigering eller könsbyte, benämns det inte längre som att personen har en diagnos (RFSL Ungdom 2015a).



## 2.8 Team

Inom de olika enheter som studien fokuserat på styrs arbetet med könsidentitetsutredningar av en sammansatt grupp. Lindkvist et al. (2014) skriver att intresset under senare år har ökat för att forska om team, vilka förklaras som att vara effektiva och välfungerande sammansatta grupper. Vidare innefattar dessa team individer med olika kompetens men med ett gemensamt ansvar och gemensamma mål. För att ett team ska fungera optimalt krävs det att de olika medlemmarna tar till vara alla olika kvalitéer och förmågor som kommer med de skilda kompetenserna (Lindkvist et al. 2014). Utredningsteamerna arbetar på så sätt att olika professioner ansvarar för olika områden, vilket kan innebära att exempelvis de psykologiska delarna i utredningen utförs av den profession som har mest kompetens inom det området. Lindkvist et al. (2014) beskriver att det är grundläggande att team har ett starkt samarbete och samma regler och rutiner för att kunna åstadkomma effektivt och gynnsamt arbete.

## 2.9 Lagändringar

Som tidigare nämnt har en del samhällsförändringar skett, med en början i 1972 års lagstiftning om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (SFS 1972:119). Detta innebar att Sverige var det första landet i världen att erbjuda trans- och intersexuella personer ny juridisk könstillhörighet efter prövning samt möjlighet till medicinsk behandling med hormoner och operationer (RFSL Fyrbodan u.å). Efter att denna lag trädde i kraft skedde ingen förändring i lagstiftningen förrän år 2009 då ett flertal lagar ändrades. Könsidentitet och könsuttryck blev en diskrimineringsgrund i diskrimineringslagstiftningen. Detta innebär i 1 kapitlet 4-5 §§, ett förbud mot indirekt diskriminering, direkt diskriminering, trakasserier, sexuella trakasserier och instruktioner att diskriminera personer med könsöverskridande identitet eller uttryck (SFS 2008:567). Namnlagen ändrades på så sätt att myndiga personer själva får välja namn, oberoende av juridiskt kön. Även äktenskapslagen ändrades år 2009 vilket innebar att kravet på att vara ogift vid byte av juridiskt kön avskaffades. Lagen ändrades även gällande äktenskap och innebär idag att registrerade partnerskap ska registreras om till äktenskap innan byte av juridiskt kön (RFSL Ungdom 2014d). År 2012 uppmärksammade kammarrätten att steriliseringskravet stred mot Europakonventionen och svensk

grundlag. Steriliseringskravet innebar att en person som ville byta juridiskt kön var tvungen att steriliseras och inte fick spara könsceller. Detta krav togs bort ur könstillhörighetslagen år 2013 (RFSL Ungdom 2014d).

Vidare är det under utredning om det straffrättsliga skyddet bör stärkas för transpersoner, vilket innebär om de bör omfattas av bestämmelser om hets mot folkgrupp. Dessutom ses vissa termer över i lagstiftningen, hur de används och om de kan bli mer inkluderande. Det uppges att detta ska redovisas senast 7 december 2015 (Regeringskansliet 2014). Det tillsattes också år 2014 en utredning för att se över ålderbestämmelser i relation till könstillhörighet och om detta bör ändras till att även inkludera yngre personer som fyllt 15 år. Detta utmynnade i ett förslag till lagändring vilket kommer träda i kraft år 2016 (SOU 2014:91).

### 3. Tidigare forskning

Socialstyrelsen (2015b) nämner att “Det vetenskapliga underlaget för de flesta av rekommendationerna i kunskapsstödet är av låg eller mycket låg kvalitet”. Fokus har därför lagts utanför Socialstyrelsens kunskapsstöd för att hitta forskning som kan relateras till uppsatsen. Det som kan ses som underlaget till kunskapsstödet är, förutom erfarenhetsbaserad information, främst *Standards of Care* (Coleman et al. 2012) och till viss del riktlinjer från American Psychological Association (2015). Dessa är dock inte vetenskapligt och refereegranskat material och lades därför istället under rubriken “bakgrund”.

#### 3.1 “Implementing guidelines into clinical practice: what is the value?”

Artikeln av Hoomans et al. (2010) beskriver förhållanden kring implementering av riktlinjer i hälso- och sjukvården. Riktlinjer finns till inom vården för att effektivisera arbetet och utveckla kompetensen hos vårdpersonal. Genom implementering kan dessa riktlinjer installeras i en organisation på ett effektivt och hållbart sätt genom bland annat kurser och utbildning. Att implementera riktlinjer inom hälso- och sjukvården kan dock vara kostsamt både ekonomiskt och tidsmässigt, då det kan vara problematiskt både för organisationen i sig eller för personalen att snabbt ta till sig dem (Hoomans et al. 2010). En metod är enligt Socialstyrelsen (2012) först implementerad då minst hälften av de professionella använder den på det sätt som den var avsedd att användas. Socialstyrelsen (2012) nämner också därför att implementering är en process som kan ta lång tid, vanligen två till fyra år. Trots att budgeten ofta är stram inom den mesta sjukvården och även om det finns en medvetenhet om detta, är de program, metoder eller riktlinjer som förväntas implementeras oftast inte kostnadseffektiva i sig (Hoomans et al. 2010). Detta leder till att de som beslutar om införandet av riktlinjer eller metoder inom vården noggrant måste överväga fördelar och nackdelar av de vinster och förluster som görs. I artikeln diskuterar Hoomans et al. (2010) om de ekonomiska utvärderingar och den samling och analys av data som bland annat behövs för att kunna ta beslut kring implementering av riktlinjer

och metoder. Detta med främsta fokus på förbättring av diabetesvården i Storbritannien. Dessutom diskuteras hur viktigt det är att noggrant överväga implementeringen kopplat till rätt form av vård, val av insatser (exempelvis utbildning eller kurser vilka är tidsödande men nödvändiga) och varaktigheten av riktlinjerna för att göra implementeringen så kostnadseffektivt som möjligt (Hoomans et al. 2010).

### 3.2 ”Developing an authentic sex: Deconstructing developmental–psychological discourses of transgenderism in a clinical setting”

Bertilsdotter Rosqvist, Nordlund och Kaiser (2014) har skrivit en artikel som syftar till att undersöka hur en utvecklingspsykologisk diskurs kan påverka hur transpersoner framställs och definieras av personal inom könsidentitetsutredningar. Studien grundas på intervjuer, fokusgruppsdiskussioner samt observationer och de personer som deltog i studien var personal på könsidentitetsmottagningar i Sverige. Bertilsdotter Rosqvist et al. (2014) beskriver hur begreppet ”transsexualism” har definierats sedan det uppkom under tidigt 1900-tal fram till idag. De menar att det initialt definierades som en mental sjukdom men att det något senare förändrades till att ses som ett biologiskt fel som kunde rättas till genom somatisk vård. Under slutet av 1900-talet började synen på vård för transsexuella skifta och transsexualism definieras idag som en medicinsk diagnos. År 2013 ändrades också definitionen könsidentitetsstörning till könsdysfori i den diagnostiska manualen *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5). Den utvecklingspsykologiska diskursen beskrivs ha inverkan på arbetet på flera olika sätt, bland annat bidrar den till uppfattningen att individen måste genomgå flera bestämda steg i utredningsprocessen. Diskursen bidrar även till en syn på att patienten måste uppnå en viss ålder och mått av mognad för att kunna genomgå processen.

Vidare i artikeln nämns en relativt ny diskurs som kallas ”transgender-positive”, som konkurrerar med andra diskurser. Det nämns att denna diskurs inte ersätter andra men att den utmanar sättet att definiera och tala om transpersoner, främst påverkar detta personer som arbetar med könsutredning. Diskursen beskrivs som

mer fokuserad på mänskliga rättigheter, icke-diskriminering samt att vården i relation till transpersoner behöver bli mer likvärdig (Bertilsson Rosqvist et al. 2014). I artikeln beskrivs hur könsidentitetsutredningen går till samt vilka krav som finns för att få genomgå en korrigering av könet. Vidare nämns att utredningsprocessen, både inom och utanför Sverige, skiljer sig åt. Detta förklaras bland annat genom att utredningstiden kan variera mycket mellan utredningsteamerna och att den kan ta alltifrån sex månader till tre år beroende på enhet (Bertilsson Rosqvist et al. 2014).

I artikeln beskrivs även Socialstyrelsens rapport *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar* från år 2010. Det beskrivs att denna innehöll konkreta förslag på hur vården för transsexuella kunde förbättras (Bertilsson Rosqvist et al. 2014). Avslutningsvis skrivs att den dominerande diskursen, den utvecklingspsykologiska, har stor inverkan på utredningspersonalens förståelse för könsidentitet samt hur de definierar patienterna. Vidare krävs ett kritiskt förhållningssätt i arbetet för att kunna ge ökade möjligheter gällande likvärdig vård för dessa patienter (Bertilsson Rosqvist et al. 2014).

### 3.3 “An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets”

Dhejne et al. (2014) studerar i artikeln främst förekomsten av personer som ansöker om könskorrigering och även de som ångrat sitt könsbyte och vill ändra tillbaka till det biologiska könet. De analyserar alla ansökningar som gjorts i Sverige mellan år 1960-2010 (Dhejne et al. 2014). De skriver även om andra händelser runt om könskorrigeringsprocessen, exempelvis om de som väljer att utföra behandling utomlands och de som av olika anledningar nekats könskorrigering i Sverige. Även om möjlig anledning till varför könskorrigeringar ökat de senaste åren, förändringar i lagar samt en övergripande bild av hur utredningar går till. Sammanlagt skriver författarna att 767 personer ansökte om könskorrigering under dessa 50 år, varav 681 fick godkänd ansökan och 15 personer ångrat att de genomgått könskorrigering (Dhejne et al. 2014).

Dhejne et al. (2014) nämner att ansökningar till att genomgå könsidentitetsutredningar har ökat på många platser i världen sedan år 2002, och även möjliga anledningar till det. Exempelvis diskuterar de om homofobi kan ha en inverkan på detta, eller bättre och enklare tillgänglighet till vård (Dhejne et al. 2014). Den största ökningen av ansökningar har skett sedan 2013, vilket möjligen kan handla om att lagen om tvångsterilisering togs bort samma år (RFSL Ungdom 2014e).

### 3.4 “Kroppslinjer”

Bremer (2011) har skrivit avhandlingen *Kroppslinjer* som berör flera delar inom könskorrigering. Författaren skriver bland annat om vad som kan vara problematiskt i relation till kön, kropp och utredningar. Bremer (2011) beskriver också att personer som genomgår utredningsprocessen testas och bedöms på olika sätt innan de kan få möjlighet till att fysiskt och/eller juridiskt korrigera kön. Efter det att avhandlingen kom ut har det skett främst en stor förändring i lagen gällande könstillhörighet, att steriliseringskravet togs bort år 2013. I avhandlingen ligger en del fokus på det problematiska i relation till steriliseringskravet och är alltså i dagsläget något vi kan se på som en del av transhistorien. Däremot tar Bremer upp andra viktiga delar som även idag kan relateras till vård och behandling för personer med könsdysfori.

## 4. Teori

I denna studie används ett nyinstitutionellt perspektiv på organisationsteori, med fokus på människobehandlande organisationer och implementering. Dessa teoretiska perspektiv valdes då de är passande till syftet och frågeställningarna. Bland annat då de könsidentitetsutredningsenheter som studerats kan ses som människobehandlande organisationer. I och med exempelvis införande av riktlinjer eller kunskapsstöd kan en eventuell förändring ske i en organisation, och därför förklaras också hur en implementeringsprocess kan se ut. Nyinstitutionalism används som ett övergripande synsätt på resterande delar i teorin, och beskrivs därför mer övergripande.

### 4.1 Nyinstitutionalism

#### *4.1.1 Organisation och institution*

Organisation och institution är två begrepp som ofta tenderar att få samma betydelse. Dock finns det flera skillnader mellan dessa. Organisationer är strukturer som innefattas av personer som innehar olika roller och som arbetar med liknande arbetsuppgifter samt strävar efter samma mål. En organisation kan ses som en konkret plats som går att besöka (Linde & Svensson 2013). En institution däremot är mer abstrakt och kan ses som ett system som innefattas av övergripande värderingar, regler och uppfattningar (Linde & Svensson 2013; Ahrne & Papakostas 2002). Människobehandlande organisationer är, förutom organisationer, även institutioner. Det innebär att dessa bygger på antaganden om hur man ska arbeta och tänka, vilka ofta ses som självklart av de som arbetar i organisationen (Levin 2013). Övergripande faktorer, så som värderingar och regler, upprepas och inarbetas tills de blir beständiga, vilket kallas för institutionalisering. Institutionalisering kan ske i flera steg och när någonting blivit helt accepterat och integrerat i organisationen, vilket är det sista steget, är detta fullt institutionaliserat (Linde & Svensson 2013). Blomberg och Petersson (2013) skriver att människobehandlande organisationer kan ses som exempel på ytterst institutionaliserade organisationer.

#### *4.1.2 Isomorfism och organisationsfält*

Ett grundbegrepp inom nyinstitutionalismen är organisationsfält, vilket syftar till att omgivningen inom dessa fält skapar och skapas av organisationer (Eriksson-Zetterquist 2009). Dessa fält innefattar organisationer som relaterar till samt liknar varandra i fråga om exempelvis normer och verksamhet (Linde & Svensson 2013). Organisationerna tenderar ofta att bli väldigt lika varandra gällande struktur och arbetssätt, vilket inom nyinstitutionell teori kallas för isomorfism. En anledning till detta kan vara att organisationer vill likna de organisationer som anses önskvärda i samhället (Blomberg & Petersson 2013). Svensson (2013) skriver att en del i denna likformning är professionaliseringen. Detta innebär att organisationer som har samma krav på att personalen behöver en viss utbildning liknar varandra mer. Vidare sker denna isomorfism på grund av att organisationer behöver likna varandra för att bli kunna bli enhetliga och begripliga.

#### *4.1.3 Nyinstitutionell teori i relation till människobehandlande organisationer*

Linde och Svensson (2013) menar att nyinstitutionell analys kan vara användbart för att få en vidare förståelse för människobehandlande organisationer. Däremot kan det samtidigt bli problematiskt att förstå relationer och dynamik inom organisationer vilket leder till ett behov att använda kompletterande teorier, exempelvis implementeringsteori, kommunikationsteori etcetera. Detta blir än mer centralt i relation till människobehandlande organisationer, då dessa befinner sig inom ett verksamhetsområde där sociala relationer står i fokus.

## 4.2 Vad är en organisation?

En organisation utgörs av en formell strukturerad grupp som har gemensamma uppgifter, riktlinjer och mål, även regler, värderingar och instruktioner. Dessa regler, värderingar och instruktioner som en organisation i olika grad följer kallas formalisering, vilket exempelvis kan handla om att interaktionen i vissa delar styrs av kontrakt, avtal eller rutiner. Detta är en stor del av vad som skiljer en organisation från en informell grupp (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal 2014). Vidare är organisationer beroende av omvärlden då det behövs personer som är i behov



av deras arbete eller resultat och att det finns tillgång till resurser för att kunna upprätthålla organisationen (Jacobsen & Thorsvik 2014). Organisationer kan påverka mycket i sin omgivning, men det är också mycket i samhället som kan påverka åt andra hållet. I bland annat de människobehandlande organisationerna kan detta exempelvis handla om lagar, normer, ekonomi och politik vilket är en stor faktor för att det sker eventuella förändringar på olika nivåer (Lindkvist et al. 2014).

### 4.3 Människobehandlande organisationer

Hasenfeld (2010) beskriver att människobehandlande organisationer exempelvis kan innefatta områdena utbildning, omsorg och hälso- och sjukvård. Människor är beroende av dessa för att bland annat kunna uppnå välbefinnande och god hälsa och söker sig under livets gång till flera olika av dessa organisationer.

Människobehandlande organisationer ses många gånger som uttryck för välfärd, välbefinnande och omsorg i samhället men samtidigt även som lagstyrda, kontrollerande och svårtillgängliga system. Detta är även ofta en realitet inom dessa organisationer då de både ska möta människors behov men samtidigt behöver ta hänsyn till formella regler och lagar (Hasenfeld 2015).

Johansson, Dellgran och Höjer (2015) menar att människobehandlande organisationer har sin utgångspunkt i interaktionen mellan personal och medborgare med det grundläggande syftet att arbeta för att bevara eller förbättra personers välbefinnande. En annan grundläggande del inom människobehandlande organisationer är att de behöver stå i relation till samhällets normer och värderingar och måste ständigt utvecklas. Detta innebär att organisationerna hela tiden behöver utveckla arbetsmetoder och skapa nya sätt att arbeta för att anpassa sig till samhället. Exempelvis kan arbetssättet, på kort tid, anses opassande och behöver ändras till ett annat sätt att arbeta (Hasenfeld 2010).

Inom människobehandlande organisationer finns alltid en risk för att människor kan fara illa eller skadas, därför är det av stor vikt att de som arbetar har en professionsutbildning, baserar sitt arbete på vetenskap och erfarenhet samt att det finns möjlighet till handlingsutrymme. Det är även viktigt att det sker en

samverkan med andra professioner och organisationer för att kunna möta den enskildes behov. Detta blir än mer centralt då det gäller komplexa behov där flera professioner behöver inkluderas (Johansson et al. 2015).

#### 4.4 Att arbeta i människobehandlande organisationer

Linde och Svensson (2013) menar att människobehandlande organisationer växelvis bygger på stöd och kontroll. Detta innebär att organisationerna både förväntas uppfylla de övergripande målen med verksamheten men samtidigt arbeta stödjande för de berörda personerna. Vidare innebär detta att människobehandlande organisationer har en rad regler och föreskrifter att ta hänsyn till i arbetet. Johansson et al. (2015) skriver att personalen ibland kan uppleva detta som distraherande från grunduppgiften, där fokus ligger på praktiskt arbete med klienter, patienter och brukare.

Inom människobehandlande organisationer är människor i flera fall i en pågående övergång, vilket exempelvis kan innebära att påbörja en behandling eller att ta sig ur en period av psykisk ohälsa. I många fall innebär möten i dessa organisationer att människor behöver dela med sig av personlig och känslig information kring detta. Möten med personal inom dessa organisationer kan därmed innefattas av svårigheter för de enskilda personerna. För personalen däremot kan dessa möten till viss del ses som rutinmässiga och en vardaglig arbetsuppgift (Hasenfeld 2010). För personalen blir det därmed av stor vikt att arbeta på ett sätt som gynnar den berörda personen (Johansson et al. 2015). I dessa typer av organisationer kan också det som Johansson et al. (2015) kallar "institutionell dissonans" uppstå. Detta innebär att personalen använder metoder som i flera fall kan ses som effektiva och fungerande, men som i vissa fall kan ha motsatt effekt och i stället verka kränkande för den berörda personen.

#### 4.5 Att vara klient i människobehandlande organisationer

Inom alla organisationer krävs ett råmaterial för att producera exempelvis produkter. Det som skiljer andra organisationer från människobehandlande organisationer är att det är människor som i dessa kan ses som råmaterialet. Likt

råmaterial i andra organisationer, innebär detta i människobehandlande organisationer att människor kategoriseras och definieras för att det ska bli möjligt att arbeta med dem. Människor definieras ofta som klienter, brukare eller patienter och kan bli klassificerade på olika sätt, exempelvis genom diagnosticering (Hasenfeld 2010). Vidare skriver Hasenfeld (2010) att dessa personer behöver leva upp till rollen som exempelvis klient eller patient, vilken innefattas av flera olika förväntningar på hur denne ska vara. I de fall personen inte lever upp till dessa förväntningar finns risken att denne blir avvisad som oriktig eller blir hänvisad till andra instanser.

En konstant närvarande faktor i människobehandlande organisationer är maktförhållanden, vilket är någonting som både personal och patienter eller klienter upplever (Johansson et al. 2015). Även om organisationen och personalen i sig har en överordnad makt gentemot patienter eller klienter har dessa ändå ett visst inflytande över det som sker. Hasenfeld (2010) beskriver detta genom att människor reagerar och responderar på saker som berör dem, vilket i sin tur kan innebära att klienten kan påverka hur personalen arbetar.

#### 4.6 Omställning i en organisation

Omställning sker i en organisation då det krävs förändringar i olika strukturer eller rutiner, eller då det krävs att den effektiviseras eller anpassar sig till omvärlden. Omställning behöver alltså inte nödvändigtvis betyda en total omvandling utan kan även innebära en förändring inom redan existerande ramar (Lindkvist et al. 201). Deltagande utveckling innebär att alla medlemmar i gruppen aktivt är med i förändringen, inte endast en ledning. Erfarenhet i arbetet påverkar förändringar positivt, vilket innebär att deltagande och samarbete mellan de olika delarna i organisationen för att skapa nya idéer, ofta är att föredra (Jacobsen & Thorsvik 2014).

#### 4.7 Implementering

En förändring i strukturen eller anpassning till omvärlden behövs någon gång inom de flesta organisationer. Det kan handla om att en metod är förlegad och att

något nytt och mer aktuellt kommer ut på marknaden, eller att normer i samhället har skiftat så att vissa tankesätt behöver förändras i arbetet (Lindkvist et al. 2014). Implementering innebär genomförande av handlingar, att förverkliga eller införa vissa idéer i direkt handling. Det kan exempelvis handla om att införa nya program eller metoder i en organisation eller verksamhet, där själva implementeringen syftar till olika insatser som görs för att integrera metoden i arbetet (Nilsen 2014). Med insatser menas till exempel föreläsningar och kurser för att se till att metoderna används på ett korrekt sätt, eller de resurser som krävs för utbildningen bland annat tid, lokaler och material (Socialstyrelsen 2012).

Enligt Nilsen och Roback (2010) finns det inget uttalat, enhetligt sätt att definiera implementeringsbegreppet och implementeringsprocessen ser därför ibland något olika ut. Enligt Socialstyrelsen (2012) går den att beskrivas i fyra faser. Första delen i en implementeringsprocess handlar om att lokalisera vad som behöver förändras och därigenom koppla detta till en passande metod, alternativt att det redan finns en metod som är planerad att införas i arbetet (Lindkvist et al. 2014; Socialstyrelsen 2012). I ett vidare steg ska metoden installeras vilket kräver tidigare nämnda insatser och resurser. Dessutom måste det som ska införas förankras i den berörda gruppen, innebärande en förståelse för behovet av förändring och de mål som ska nås. I den tredje delen av implementeringsprocessen är det viktigt att fortsätta med utbildning och handledning för att se till att metoden fortsatt används på rätt sätt, i enlighet med hur den är avsedd att användas (Socialstyrelsen 2012). I det fjärde och sista steget är det viktigt att upprätthålla arbetet, och metoden eller programmet sägs vara implementerat då minst hälften av de professionella har integrerat det i sitt arbete (Socialstyrelsen 2012).

Under 1990-talet började allt fler myndigheter och andra professionella i olika länder använda implementering av vissa riktlinjer för att påverka och utveckla hälso- och sjukvårdens arbete. Detta då riktlinjer under denna period utvecklades mot att bli mer evidensbaserade och grundade på vetenskaplig kunskap än vad de tidigare varit (Garpenby 2010). Sverige började också använda sig av denna informationsgrundade implementering inom hälso- och sjukvården då det tidigare, på grund av nedsatt regelstyrning, varit problematiskt att styra mot önskad

”effektivitet, kvalitet och likvärdighet” inom vården (Garpenby 2010). För att enklare uppnå detta i fortsättningen beslutade Socialdepartementet att det skulle skapas en kunskapsbas, baserad på utvärderingar av professionella och andra beslutsfattare inom vården. Detta bidrog till att ett antal organisationer inrättades, vilka hade som uppdrag att utveckla dessa kunskapsunderlag. Senare fick Socialstyrelsen ett större ansvar att förmedla kunskap och började utveckla det som senare kom att bli nationella riktlinjer inom sjukvården (Garpenby 2010).

På 1960- och 70-talet utgick forskningen kring policyimplementering, främst i USA, där policy handlar om hur exempelvis offentligt utarbetade program eller demokratiskt fattade beslut ska implementeras i vården (Nilsen 2014). Detta skedde då från ett ”top-down-perspektiv”, vilket innebär att program eller beslut fattades på en övre nivå, till exempel staten, för att sedan utföras på en annan, som landsting och kommuner (Garpenby 2010). När policyimplementering sedan kom till Europa på 1980-talet hade snarare fokus hamnat på utförarnivån, alltså de som hade erfarenhet av att arbeta direkt med klienter och patienter. Då de hade mest kunskap inom ämnet kunde de själva utveckla rutiner och program för hanteringen av vården, vilket påverkade villkoren för implementering och kom istället att kallas för ”bottom-up-perspektiv” (Garpenby 2010; Nilsen 2014). Enligt Socialstyrelsen (2015b) har kunskapsstödet främst utarbetats genom intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal inom ts-vården och företrädare för intresseorganisationer. Dessutom har de grupper som utarbetat innehållet bestått av olika professioner som själva på något sätt arbetar i vården av personer med könsdysfori.

## 5. Metod

I denna del beskrivs hur arbetet i uppsatsen har utförts i form av val av metod, telefonintervju, avgränsningar, urval och bortfall, insamling av material, dataanalys, förförståelse, litteratursökning, validitet och reliabilitet och samarbete. Det beskrivs även ingående hur de olika delarna utförts, detta för att försöka uppnå transparens i arbetet.

### 5.1 Val av metod

I uppsatsen valdes en kvalitativ metod för att samla in material från utredningsenheterna. Vid val av metod är det viktigt att fundera över vad målet är med undersökningen, antingen att få en större mängd respondenter eller att istället kunna gå på djupet (Backman et al. 2012). Kvalitativ metod valdes därför för att få en mer ingående förståelse för det som undersöks, då exempelvis intervjuer kan ge mer utförlig information. Dessutom är möjlighet till att få respondenternas tolkning inom sitt område centralt inom kvalitativ forskning (Bryman 2011). Studien gjordes på fem olika utredningsenheter som alla var geografiskt utspridda över landet vilket gjorde att det inte fanns en möjlighet att träffas personligen inom tidsramen. Det finns sex olika utredningsenheter i landet och av dessa sex enheter var det en enhet som avböjde förfrågan att delta. Initialt övervägdes att använda enkäter för att enkelt kunna nå ut till fler av utredningsenheterna. Dock är risken med en enkät att i slutändan få många bortfall av respondenter (Barmark & Djurfeldt 2015). Därför användes istället semistrukturerade telefonintervjuer då detta kunde ge mer utförliga svar och direkt återkoppling på frågorna, men samtidigt möjlighet att nå ut till lika många. Bryman (2011) menar att semistrukturerade intervjuer grundar sig på en intervjuguide där det finns förutbestämda teman, samtidigt som intervjupersonen är fri att själv utveckla sina svar. Med bakgrund i detta valdes semistrukturerade intervjuer då det kunde ge mer information från intervjupersonerna samtidigt som det specifika temat förblev konstant. Semistrukturerade intervjuer gav även mer flexibilitet och en möjlighet att ställa frågor och följdfrågor som inte ingick i intervjuguiden.

## 5.2 Telefonintervju

Telefonintervjuer kan vara positivt gällande tid och kostnad, exempelvis om intervjupersonerna är utspridda geografiskt. Bryman (2011) skriver även att det kan vara lättare att öppna sig över telefon och tala om svåra saker då intervjuaren inte är närvarande rent fysiskt. Att göra telefonintervjuer kan även innefattas av en del svårigheter, exempelvis är det enklare för intervjupersonen att avsluta en intervju över telefon än en intervju på plats. En annan problematisk del är att det fysiska försvinner, alltså att intervjuaren inte får möjligheten att se intervjupersons kroppsspråk, ansiktsuttryck och reaktioner (Bryman 2011). Thomas och Purdon (1994) skriver att det inte finns så stora skillnader mellan personliga intervjuer och telefonintervjuer och att det inte finns någon anledning att tro att telefonintervjuer är mindre användbara.

## 5.3 Avgränsningar

De personer som själva genomgått en utredning utelämnades ur studien, detta för att helt fokusera på hur utredningsteamerna arbetar och inte personliga upplevelser kring utredningsprocessen. Personal på utredningsenheter för barn och ungdomar valdes också bort då det valda kunskapsstödet riktar sig mot vuxna. Dessutom utelämnades den behandlingspersonal som exempelvis hjälper till med hormonbehandling och/eller kirurgiska ingrepp efter utredningen på grund av att de inte är delaktiga i själva könsidentitetsutredningen.

## 5.4 Urval och bortfall

Då syftet var att studera organisatoriska skillnader och/eller likheter mellan de olika enheter som utför könsidentitetsutredningar, låg fokus på just den personal som är kopplade till dessa utredningsteam. Då en snäv avgränsning gjordes som endast inkluderade utredningsteam för vuxna, där sex enheter ingick, innebar detta att det fanns få personer att intervjua. Av dessa enheter valde fem stycken att delta och vid varje tillfälle intervjuades en person inom teamet som hade tid för intervju och som tyckte sig ha en god överblick över utredningsarbetet. Endast en enhet avböjde och sammanlagt intervjuades då fem personer, alla från olika enheter.

## 5.5 Insamling av material

På RFSL Ungdoms hemsida *Transformering* hittades kontaktuppgifter till utredningsenheterna och namn på kontaktpersoner. I första hand söktes mailadresser för att kunna skicka ut reklamblad och därigenom skapa ett intresse för uppsatsen. Från ett par respondenter kom svar per mail och de som inte svarade kontaktades per telefon några dagar senare. Vid svar från respondenterna skickades informationsblad och samtyckesblankett tillbaka. Information gavs om att de efter påskriften samtyckesblankett var välkomna att bestämma tid och datum för telefonintervju som passade dem. Telefonintervjun spelades in med hjälp av en annan mobiltelefon. Båda författarna medverkade vid alla intervjuer men höll i dem var för sig. Den som inte höll i intervjun skötte inspelningen samt eventuella anteckningar vid sidan av.

En del svårigheter uppmärksammades genom användning av telefonintervjuer, bland annat nödvändigheten att tekniken fungerar. Inför intervjuerna var det viktigt att ha laddat batteri på telefonerna och bra inspelningsprogram. Det har även varit viktigt att ha bra mottagning för att slippa störningar vilket kan skapa svårigheter för materialinsamlingen. Det är skillnad mellan att göra intervjuer på plats och telefonintervjuer, vilket uppmärksammades då vi genom telefonintervju missade det fysiska och istället behövde bekräfta vår medverkan muntligen. Transkribering skedde av varandras intervjuer samt skrevs ner ordagrant, även utfyllnadsord, felsägningar och liknande. Att transkribera på detta sätt är tidsödande, men det är positivt att kunna ha intervjun i text och kunna försäkra sig om att det som sades kan utläsas på ett ordagrant sätt. Dessutom var det nödvändigt i relation till den valda analysmetoden.

## 5.6 Dataanalys

### 5.6.1 Analysprocessen

Framework analysis är mindre tidskrävande än många andra former av analys då det går att utgå från de förutbestämda frågeställningarna i studien för att skapa huvudteman i analysen. Spencer et al. (2014) skriver att kvalitativ data bland



annat kan vara transkriberingar av intervjuer samt analyseras med hjälp av en tematisk analys. Forskaren bör vidare välja ut vilka teman och undergrupper som ska användas i analysen beroende på hur relevanta de är för texten. Vi började med att läsa transkriberingarna noggrant för att kunna få en förståelse för de olika teman som kunde skapas utifrån teori samt syfte och frågeställningar. Därigenom utformades tre olika huvudteman, vilka var; “organisatoriska skillnader”, “organisatoriska likheter” och “förändringar i organisationen i relation till kunskapsstödet”. Genom dessa tre huvudteman skapades tillhörande undergrupper utifrån frågorna i intervjuguiden. Dessa undergrupper var; “utredningsteam”, “egenremiss”, “inflytande och delaktighet”, “efter avslutad utredning”, “samarbete med behandlingspersonal”, “resurser och uppdrag” och “användande av kunskapsstöd”. Nästa del av analysprocessen syftar till att registrera och sortera materialet utifrån dessa förutbestämda teman och undergrupper. Detta innebär bland annat att se vilka teman eller undergrupper som nämns i ett visst stycke i texten (Spencer et al. 2014). Vi använde papper och penna i denna del och skrev upp huvudteman på papper och strök sedan över dem med olika färger. Undergrupperna skrevs sedan också upp och ströks över med samma färg som tillhörande tema. Transkriberingarna var även dessa utskrivna på papper vilka vi gemensamt gick igenom och strök över med tillhörande färg kopplat till rätt tema och undergrupp. Detta för att enklare kunna lokalisera rätt svar från respondenterna senare under analysen och veta att inget viktigt material missats.

Efter detta skrevs teman och undergrupper in i ett Word dokument och även kommentarer från respektive respondent kopplat till dessa. Det underlättade att skriva in respondenternas svar i gemensamma tematiska grupper, då det blev enklare att jämföra dem med varandra och hitta skillnader och likheter i materialet. Spencer et al. (2014) skriver att forskaren senare kan gå igenom materialet igen för att undersöka eventuella teman som saknas och som behöver skapas. I detta steg kan forskaren även uppmärksamma ifall vissa teman kan behöva undergrupper eller om undergrupper istället kan omformas till teman. Då materialet grundligt sågs igenom igen hittades ytterligare ett huvudtema utifrån teori och frågeställningar, “implementering av kunskapsstödet”. Då uppmärksammades också att huvudtemat “förändringar i organisationen i relation till kunskapsstödet” var allt för likt ett av de andra, “implementering av

kunskapsstödet”. Därför omformades denna istället till en undergrupp till huvudtemat “implementering av kunskapsstödet”. En annan undergrupp blev också “hur kunskapsstödet har implementerats”. Detta skrevs även upp i en ny färg och transkriberingarna lästes sedan igenom för att hitta respondenternas kommentarer kring det. Efter detta skrevs även det in det som ett eget huvudtema i Word dokumentet.

## 5.7 Litteratursökning

Under starten av uppsatsen deltog vi i sökverkstäder som hölls av biblioteket, vilket var hjälpsamt för att hitta olika databaser att söka i. För att hitta litteratur kopplat till ämnet användes främst Göteborgs universitets databas GUNDA, Social Service Abstract, Supersök och Libris. De sökord som användes var; transsexualism, könskorrigering, utredningar, könsidentitetsutredningar, transgender, sex reassignment, changing sex, sex change, human service organizations, gender identity clinic, människobehandlande organisationer, implementering, implementing, guidelines. Dessa sökord har använts i olika kombinationer och det fanns mycket litteratur kopplat till orden, men inte just med inriktning på utredningsprocessen i Sverige. Därefter gick vi vidare till att söka efter svenska internetsidor, detta för att kunna förhålla oss till de svenska könsidentitetsutredningarna. Dessutom har tidigare kurslitteratur använts och handledaren har gett tips om olika böcker.

## 5.8 Validitet och reliabilitet

Bryman (2011) skriver att validitet och reliabilitet oftast används i kvantitativ forskning då denna syftar till mätning, men det går också att använda sig av begreppen kopplat till kvalitativ forskning. Extern reliabilitet beskrivs som i vilken grad det går att upprepa en studie. Detta kan bli problematiskt i kvalitativ forskning då sociala sammanhang ständigt är i förändring, samt att forskaren som vill upprepa en studie behöver gå in i en liknande roll och se och höra liknande saker som den första forskaren. Den interna reliabiliteten syftar till att de personer som utför en studie behöver ha samma utgångspunkt då det gäller att tolka materialet. Bryman (2011) beskriver den externa validiteten som problematisk för

kvalitativa studier, då denna syftar till generaliserbarhet. Då intervjuer och mindre urval används i stor utsträckning inom den kvalitativa forskningen kan det bli svårt att generalisera sina resultat till en större grupp. Den interna validiteten innebär att det behöver finnas en relation mellan teori och material, därför bör forskaren säkerställa att detta i hög grad stämmer överens (Bryman 2011).

Utförandet av intervjuerna har beskrivits tydligt i studien. I och med den semistrukturerade intervjumetoden har det förekommit vissa följdfrågor men de har inte fallit utanför ramen av intervjuguiden. Dessutom har intervjuerna genomförts och analyserats gemensamt, vilket gett möjlighet till samma utgångspunkt för tolkning av materialet. Det kan vara svårt att upprepa kvalitativa studier på samma sätt som någon annan då, som Bryman (2011) beskriver, sociala sammanhang är i ständig förändring. Däremot anser vi att tydlighet och transparens i vår metoddel ändå kan ge möjlighet till en liknande studie, trots att respondenterna varit anonyma. Detta då det endast finns sex könsidentitetsenheter för vuxna, där personalen har ett tätt samarbete och arbetar på gemensamma grunder. Informationen kan därför, vid en ytterligare studie, ge liknande resultat då fokus främst legat på de organisatoriska faktorerna. I relation till den interna validiteten är det viktigt att välja en passande teori. Genom att skaffa kunskap om det som studerats och förståelse för materialet gick det att integrera en relevant teori i relation till syftet och frågeställningarna.

## 5.9 Arbetsfördelning

Båda har tillfört lika mycket i texten, men under vissa delar har det skett en uppdelning av litteraturläsning. Litteratursökningen och intervjuerna har, som tidigare nämnts, också utförts gemensamt men transkriberingar har skett individuellt. Vi har dock arbetat tillsammans under hela uppsatsen, vilket därför gett möjlighet till gemensam diskussion och analys av materialet.

## 6. Etik

Många etiska överväganden har under uppsatsens gång uppmärksammats, vilka vi har behövt ta hänsyn till. Här beskrivs hur tankarna har gått kring detta samt tillvägagångssätt för att kunna förhålla en etisk aspekt till uppsatsens olika delar.

### 6.1 Val av respondenter

Under den initiala fasen av uppsatsen övervägdes att intervjua personer som själva genomgått utredningsprocessen, för att få deras upplevelse av utredningarnas uppbyggnad och genomförande. Kopplat till etiska aspekter var detta dock inte att föredra. Till att börja med är det viktigt att förbereda och planera intervjuer kopplat till utsatta grupper noggrant, vilket annars kan leda till att det inhämtade materialet inte blir särskilt bra utan istället riskerar att reproducera samhälleliga åsikter och fördomar (Kvale & Brinkmann 2014). Svårigheterna med att hålla respondenternas anonymitet och integritet intakt diskuterades också. Då respondenten kan komma att dela med sig av känslig data som inbegriper det egna sociala sammanhanget och övrigt nätverk skriver Kalman och Johansson (2012, s. 44-45) att ”informantens eventuella deltagande bör så långt som möjligt inte vara känt inom den verksamhet som studeras”. Detta kan bli svårt i och med att det finns få personer kopplat till denna grupp inom ett nära område vilket gör att det lätt går att känna igen personer i texten, exempelvis på sättet de uttrycker sig eller liknande.

Efter detta funderade vi istället över att tillföra netnografiska studier för att slippa de etiska problemen i att intervjua fysiska personer, och fokusera på det som skrivs på hemsidor och i olika forum. Netnografi är en metod som används för att studera internet och andra sociala medier utifrån ett etnografiskt perspektiv (Berg 2015). Även här är det dock lätt att stöta på etiska problem, bland annat då det är en utsatt grupp och den insamlade datan kan upplevas känslig. Dessutom krävs rätt forum där personerna kan prata öppet, just om utredningsprocessen, utan att bli bedömda för sina känslor. Detta kan bli problematiskt då texterna kan innehålla privat material (Svedmark 2012).

Vi valde istället att fokusera på personalen på könsidentitetsenheter då detta var ett område det inte skrivits så mycket om. Som tidigare beskrivits är det viktigt att bidra med information om marginaliserade grupper då detta kan innebära att lyfta röster som annars kanske inte blir hörda. Vidare forskning och mer kunskap är nödvändigt både för de marginaliserade grupperna och för samhället, och ämnet behöver därför uppmärksammas för att kunna skapa en större acceptans.

## 6.2 Information och samtycke

Vid sökning av respondenter skickades ett reklamblad ut för att skapa intresse för att delta i vår studie. När svar kom skickades ett informationsblad tillbaka tillsammans med samtyckesblankett för att informera deltagarna och få en underskrift på att de förstått informationen. Dessa innehöll information om de etiska aspekter som kunde uppkomma i och med valet av metod. Detta innefattade godkännande av inspelning under telefonintervjun, transkribering av materialet samt avidentifiering av plats och personer. Dessutom frivillighet att delta, möjlighet att när som helst avbryta sin medverkan, vem som kommer ta del av studien samt hantering av material under och efter uppsatsens gång. Dessa nämnda etiska aspekter är viktiga att ta hänsyn till för att uppnå god forskningsetik (Backman et al. 2012; Kalman & Lövgren 2012). För att kunna hålla respondenterna anonyma fick de, i samtyckesblanketten, möjlighet att välja pseudonym. Endast en person valde pseudonym, varpå de andra respondenterna gavs fingerade namn som hölls könsneutrala.

## 6.3 Utsatta grupper

Det kan vara svårt att skriva om utsatta grupper då forskaren behöver ta hänsyn till etiska aspekter kopplat till dessa. Traustadóttir (2009) skriver att det måste ske ett övervägande vid studier om grupper som forskaren inte tillhör. Genom att skriva om andra riskerar forskningen bidra till att legitimera eller avlegitimera olika samhällsliga uppfattningar och stärka känslan av "vi" och "dem" (Thornquist 2012). Det är viktigt att fundera över om problemen med att tala *för* en annan grupp väger över gentemot att inte tala om dem alls, då de i så fall blir tystade och inte får sina röster hörda. Traustadóttir (2009) menar att det även kan

vara problematiskt att inte tala om andra grupper då det finns en risk att endast privilegierade grupper hörs. Utifrån vår position finns en okunskap om vad det innebär att tillhöra den andra gruppen. Vi har därför försökt använda aktuella begrepp från flera källor samt använda texter skrivna av föreningar och förbund kopplade till transpersoner.

## 7. Resultat och analys

I denna del redogörs empiri och teori, och genom att integrera dessa kan resultatet redovisas. De olika teman som skapats genom dataanalysen presenteras också. Under huvudtemat *organisatoriska skillnader* lades undergrupperna “utredningsteamerna” och “egenremiss”. Under *organisatoriska likheter* återges “inflytande och delaktighet”, “efter avslutad utredning”, “samarbete med behandlingspersonal”, “resurser och uppdrag” samt “användande av kunskapsstödet”. Till *implementering av kunskapsstödet* hör undergrupperna “hur kunskapsstödet har implementerats” och “förändringar i organisationen i relation till kunskapsstödet”. De fingerade namn som anges i texten är Dani, Kim, Robin, Karin och Eli.

### 7.1 Organisatoriska skillnader

#### 7.1.1 Utredningsteamerna

Inom de olika utredningsenheterna går det att se ett antal organisatoriska skillnader och likheter. Dessa skulle kunna vara bidragande faktorer till om könsidentitetsutredningarna kan komma att se olika ut. Utifrån frågorna i intervjuguiden finns det exempelvis en skillnad på hur teamen är uppbyggda, både professionsmässigt och i sammanlagt antal personal. På utredningsenheterna finns det mellan fem till åtta stycken i personalen. Alla utredningsteam har socionomer/kuratorer, läkare, psykologer, en del enheter har även sekreterare, administratör eller koordinator. En enhet nämnde även att de har en case manager. Enligt Socialstyrelsen (2015b) är det viktigt med samverkan mellan de olika professionerna för att uppnå så god vård som möjligt. Lindkvist et al. (2014) skriver också att det är viktigt att ta till vara på alla olika kompetenser inom teamet för att arbetet ska fungera optimalt. I intervjuerna nämner respondenterna att de har ett tätt samarbete samt att de utgår från gemensamma riktlinjer och ramar för att utföra utredningarna. Som tidigare nämnt skriver även Johansson et al. (2015) att samarbete, då det gäller komplexa behov, blir än mer centralt och att flera professioner behöver inkluderas. Det är med andra ord viktigt att patienten

under sin utredning får möjlighet att träffa både psykolog, kurator och läkare (psykiater), varpå det bör finnas minst en av varje på enheterna (Socialstyrelsen 2015b). Alla enheter har inte fler personer av varje profession i sitt team, däremot kan det vara önskvärt att ha det. Som en av respondenterna, Robin, nämnde:

[...] så har vi ju gjort den här lösningen att vi ska vara två av varje sort så att vi inte blir lika sårbara.

Antalet olika professioner kan även påverka bland annat väntetiden, vilken enligt respondenterna varierar från sextio dagar på en av enheterna till så mycket som fyra-sex månader på en annan. Väntetiden påverkas dock också mycket av antalet sökande, vilket också Dhejne et al. tog upp i sin artikel (2014). Enligt respondenterna har antalet sökande ökat markant under de senaste åren och kan förmodligen ses som en stor påverkan på organisationen just nu. Eli nämnde att:

[...] vi hade drygt hundra stycken förra året. Eh, och i år ser det ut som att det är, kommer kanske landa, det är svårt att säga det är bara oktober ännu men, det ser ut som det kommer landa kanske på etthundratjugo. [...] Det är en markant ökning. [...] 2012, då hade vi fyrtiosex. Så på tre år har det (skratt), det har liksom tredubblats.

Då de inte har fler av varje profession på enheterna, kan detta också påverka klientens inflytande i sin egen utredning. Exempelvis om det bara finns en läkare och patienten känner att kontakten inte fungerar optimalt, har inte klienten möjlighet att påverka detta. Hasenfeld (2010) beskriver att klienter inom människobehandlande organisationer i många fall stöter på svårigheter i möten med personal. Exempelvis behöver de dela med sig av personlig och känslig information. Detta kan vara svårt att uppnå i en relation som inte känns trygg, vilket gör det viktigt att klienten ska ha möjlighet att byta personal. Johansson et al (2015) menar att det i dessa organisationer blir viktigt att arbeta på så sätt att klientens behov kan tillgodoses.

### *7.1.2 Egenremiss*

Socialstyrelsen (2015b) beskriver att egenremiss är en vårdbegäran som skickas av patienten själv. Användandet av egenremiss på utredningsenheterna ser olika



ut. På tre av enheterna finns det inte möjlighet till egenremiss, varpå en av dessa uppgav att det är på gång att införas. En av respondenterna vars enhet har infört egenremiss sa att det inte finns några hinder för detta, men att de gärna ser att klienter kommer på remiss från allmänvården. Karin beskrev:

[...] just nu så är vi väldigt, igång med att försöka sätta en struktur för det [...] Men vi är inte riktigt där än. Vi har tagit några enstaka egenremisser.

Flera av respondenterna har pekat på att det kan vara positivt med remiss från allmänvården då annan psykisk ohälsa eller problematik kan uteslutas genom denna. Detta är enligt respondenterna viktigt för att helt kunna fokusera på könsdysfori i utredningen. I annat fall behöver utredning av psykisk ohälsa göras på könsidentitetsenheten, vilket flera av respondenterna anser som tidsödande. Detta kan kopplas till det som Johansson et al. (2015) beskriver som institutionell dissonans, att metoder som anses effektiva av personalen kanske inte alltid fungerar optimalt i relation till patienten. Som tidigare nämnt menar däremot Socialstyrelsen i kunskapsstödet (2015b) att egenremiss är önskvärt att införa på alla enheter. Detta för att krav på remiss kan innebära att klienter avstår från vård på grund av att personen inte vill eller vågar söka genom allmänvården. Vidare beskrev Karin en positiv aspekt på egenremiss:

[...] det är ganska dålig kvalitet på de remisser vi får [...] inte egenremisser utan professionellt skrivna remisser [---] då tror jag ofta att patienten bättre kan beskriva det. Att liksom, sitt eget skäl till att den vill hit. Så, så jag tror att patienten egentligen kan skriva bättre remisser än en professionell kan göra.

## 7.2 Organisatoriska likheter

### 7.2.1 Inflytande och delaktighet

Alla respondenter har nämnt att de ger möjlighet till visst inflytande och delaktighet i den egna utredningen, men att de ändå måste följa en viss struktur. Enligt några av respondenterna innebär detta att speciellt inflytandet kan vara svårt att bemöta i vissa delar, då alla delar i utredningen måste genomföras. I relationen mellan klient och personal finns alltid ett maktförhållande där klienten

står i beroendeställning till personalen. Hasenfeld (2010) beskriver dock att klienten kan ha ett visst inflytande i denna relation genom att reagera på saker som berör denne. Det finns då en möjlighet att påverka hur personalen arbetar. En respondent nämnde exempelvis att klienten kan vara delaktig i val av utredningspersonal, då det bör vara en person som patienten själv trivs med. Detta kan kopplas tillbaka det tidigare nämnda om utredningsteamet och hur viktigt det är att ha fler av varje profession på enheten.

Socialstyrelsen (2015b) skriver att det är viktigt för patienten att under hela utredningsprocessen få information om de olika delarna i utredningen. Det beskrivs även i *Standards of Care* (2012) hur personalen inom vården ska bistå sina klienter med information kring könsdysfori så att de kan ta medvetna beslut kring sin egen behandling. Detta kan innefatta att få information om vilka tester som kommer att göras, varför de är aktuella samt förväntningar från personalen. Även om alla respondenter nämnt att det finns möjlighet till visst inflytande och delaktighet, har ett par av dem varit extra tydliga med att deras enhet informerar alla patienter om delarna i utredningen. Detta menar Socialstyrelsen (2015b) kan bidra till att patienten känner ett större inflytande i sin vård samt att utredningen blir bättre.

### 7.2.2 Efter avslutad utredning

Socialstyrelsens rekommendation (2015b, s. 77) är att "hälso- och sjukvården bör erbjuda psykologisk och psykiatrisk uppföljning och eftervård och vid behov psykosocial uppföljning till personer med pågående eller tidigare könsdysfori". Socialstyrelsen (2015b) menar även att denna uppföljning bör ges av utredningspersonalen, då de haft kontakt med patienten under längst tid.

Alla respondenter beskrev att de har någon typ av kontakt med patienterna efter avslutad utredning. Eli beskrev exempelvis att:

[...] vi brukar erbjuda, eh en uppföljningstid efter ett år. [...] sen har ju vi ett livslångt uppdrag.

Två respondenter nämnde även att utredningen inte bara avslutas tvärt men att det är upp till patienterna att höra av sig när behovet uppstår. En av dessa nämnde även att personalen på enheten aktivt försöker söka upp patienter som inte kommer på återbesök eller behandling. En annan respondent nämnde att uppdraget är slutfört då alla intyg och ansökningar är i ordning. Vidare berättade dock samma respondent att, då det i Socialstyrelsens kunskapsstöd nämns att det behövs någon form av eftervård har de på sin enhet börjat boka in några patienter. Alla respondenter har någon slags uppföljning av sina patienter men det kan se olika ut. En del har kommit något längre i processen och följer upp mer noggrant medan resterande har tagit till sig kunskapsstödet rekommendationer och är i en utvecklingsfas.

### *7.2.3 Samarbete med behandlingspersonal*

Enligt Socialstyrelsen (2015b) behöver personalen samverka och se vården som en helhet, detta för att det är vanligt att personer med könsdysfori behöver vård hela livet. Detta gäller såväl den fysiska som den psykiska hälsan hos dessa personer. Alla respondenter har uppgett att det finns en samverkan mellan utredningsteamet och den personal som utför den korrigerande vården, men det skiljer sig något åt. En respondent berättade att de är lokaliserade på samma mottagning och därmed jobbar tätt med sjuksköterskor och endokrinologer. Dessutom nämnde samma respondent att de träffar bland annat plastkirurger och logopedier två till tre gånger per termin. En annan respondent beskrev att de har en samverkan men det är önskvärt att den utvecklas. Detta då patienter som är under behandling ska ha större möjlighet till kontakt med utredningsteamet, för att dessa mer ska kunna fungera som en ”stödfunktion” för patienten. Johansson et al. (2015) beskriver att det är centralt att det finns en samverkan mellan olika professioner för att kunna tillgodose patientens behov. Detta blir ännu viktigare i de fall där det finns komplexa behov och fler professioner behöver inkluderas.

### *7.2.4 Resurser och uppdrag*

I Socialstyrelsens rapport från 2010 nämns ekonomiska resurser som en skillnad mellan enheterna. Detta är dock ingenting som nämns närmre i Socialstyrelsens

kunskapsstöd. Enligt alla respondenter betalas och regleras resurserna genom landstinget, vilket i sig kan se olika ut dem emellan. Robin beskrev:

Eh, sen kan det ju va saker som man inte får, i en en del insatser som man skulle kunna vilja ha, operationer och sådär men det finns ju en grundinnehåll som är ganska, ja som täcker det mesta.

En annan respondent nämnde att deras huvudman inte ligger så bra till ekonomiskt vilket har inverkan på enheten, exempelvis gällande personalresurser. Resterande del av respondenterna har inte vidare beskrivit de ekonomiska resurserna, utan har endast nämnt att de kommer från landstinget. Lindkvist et al. (2014) menar att bland annat ekonomi kan vara en stor påverkansfaktor för eventuella förändringar på olika nivåer inom organisationer. Kopplat till detta är det därför viktigt att de ekonomiska resurserna belyses och ses över i de olika landstingen.

#### *7.2.5 Användande av kunskapsstödet*

Respondenterna nämnde alla att de mer eller mindre använder sig av kunskapsstödet. Det är härmed också viktigt att påpeka att kunskapsstödet endast gäller som rekommendationer och inte som riktlinjer. Dock skriver Socialstyrelsen i kunskapsstödet (2015b) att rekommendationerna bör ses som strävansmål i utvecklingen av enheten för att minska de regionala skillnaderna. Svensson (2013) skriver att isomorfism sker på grund av att organisationer behöver likna varandra för att kunna bli enhetliga och begripliga. Karin sa att:

Nä det vore väl missvisande och säga att vi liksom först tittar där och sen jobbar. [...] Det finns vissa skrivningar i kunskapsstödet som är ganska problematiska att uppfylla och dom uppfyller vi väl kanske inte då. [...] därför att vi helt enkelt har väldigt svårt att göra det eller för att det krockar med nåt annat [...] jag tror att vi i de allra flesta, eh, lägen uppfyller intentionerna hos kriterierna i kunskapsstödet.

Eli, sa något annorlunda att:

Eeh, ja men vi har ju det som ett stöd för hur vi har utformat, eh, utredningsarbetet hos oss. det är alltid bra att kunna, kunna luta sig mot det. Tycker jag.

Resterande respondenter nämnde att de flesta av kunskapsstödet rekommendationer anger ett sätt att arbeta på som de redan använt sig av sedan tidigare.

## 7.3 Implementering av kunskapsstödet

### *7.3.1 Hur kunskapsstödet har implementerats*

Implementering syftar till att införa metoder eller program i en organisation eller verksamhet (Nilsen 2014). Detta, i sin tur, utvecklar strukturen i en organisation så den kan anpassa sig till omvärlden (Lindkvist et al. 2014). Hasenfeld (2010) menar att människobehandlande organisationer ständigt måste utvecklas och skapa nya arbetssätt för att stå i relation till samhällets normer och värderingar. Målet med kunskapsstödet är bland annat att fungera som ett stöd i att utveckla arbetssättet inom vården av personer med könsdysfori (Socialstyrelsen 2015b). En stor del av respondenterna nämnde att de själva, eller någon i utredningsteamet, deltagit i utarbetandet eller kompletteringsarbetet av kunskapsstödet. Socialstyrelsen (2015b) nämner också att kunskapsstödet främst utarbetats genom intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal, företrädare för intresseorganisationer samt olika professioner som arbetar i vården av personer med könsdysfori. Detta kan tyda på ett så kallat ”bottom-up-perspektiv”. Det beskrivs genom att de som har erfarenhet av att arbeta direkt med klienter och patienter har mest kunskap inom ämnet och kan också bäst utveckla rutiner och program för hanteringen av vården (Garpenby 2010; Nilsen 2014). Karin beskrev att:

Det här kunskapsstödet är ju framtaget, nästan huvudsakligen, i samarbete med professionen och med samarbete med brukarna [...] det är inte [...] nån som säger till oss uppifrån att nu måste ni börja jobba på ett nytt sätt, utan det beskriver ju redan ganska mycket varianter av så som vi redan jobbar. [---] Så jag, det finns ju ingen som kan detta bättre än vi själva.

De flesta av respondenter uppgav att de under en årlig konferens fått ta del av kunskapsstödet genom föreläsning. Vidare nämnde två respondenter att personalen fått möjlighet till att redigera innehållet i kunskapsstödet, varav en av dessa respondenter även nämnde att Socialstyrelsen varit runt på enheterna och undersökt.

### *7.3.2 Förändringar i organisationen i relation till kunskapsstödet*

En övervägande del av respondenterna har sagt att de varit med i utformandet av kunskapsstödet. Jacobsen och Thorsvik (2014) beskriver att det kan vara positivt att alla medlemmar i en grupp är delaktiga i förändringen och även att det är önskvärt att olika professioner kan vara med och bidra med olika erfarenheter. Omställning behöver inte betyda att det sker en total omvandling utan kan även innebära en förändring inom redan existerande ramar (Lindkvist et al. 2014).

Fler av respondenterna uppgav att det inte skett någon radikal förändring av arbetet i och med införandet av kunskapsstödet. Samtidigt nämnde de flesta ändå att arbetet på något sätt påverkats, exempelvis genom utförligare individualisering av utredningen. En respondent nämnde att det är ganska långsamma förändringar men att det ändå sker någon slags linjering av arbetet i landet. Dani beskrev att det skett viss förändring i arbetet:

Det har ju varit lättare att få gehör hos dom olika landstingen för vissa behandlingsinsatser [---] det räcker inte med att vi sitter två läkare och två kuratorer och säger att det här är viktigt, utan det hjälper ju väldigt mycket att man har socialstyrelsens information med sig.

Karin berättade:

Eh, sen är kunskapsstödet, kunskapsstödet är ju kunskapsstöd och rekommendationer, inte riktlinjer. Så det har ju inte riktigt den tyngden som det skulle kunna haft [---] det är ju ett, ett sätt att samtala kring frågan, det finns ju ändå nånting som pekar på att jo vi borde nog göra så här för det står faktiskt här.

De flesta menade också att förändringar skedde parallellt med att Socialstyrelsens kunskapsstöd utformades och att mycket redan var förändrat när den slutgiltiga versionen publicerades. Detta eftersom att kunskapsstödet utvecklades i samråd med de professionella i landet.

## 8. Avslutande diskussion

Som tidigare nämnt handlar implementering ofta om att införa riktlinjer eller metoder i en organisation eller verksamhet. Socialstyrelsen (2012) nämner att implementering är en tidskrävande process som vanligtvis tar två till fyra år. I början av uppsatsen antog vi därför att kunskapsstödet inte implementerats på alla enheter, då det publicerades så sent som i april 2015. Kopplat till implementering inom hälso- och sjukvården beskriver Hoomans (2010) att det kan vara en kostsamt, både ekonomiskt och tidsmässigt då det ofta är en långdragen process. Det är svårt för oss att göra uttalanden kring de ekonomiska resurserna på utredningsenheterna eftersom att få respondenter uttalade sig särskilt mycket om det. Däremot nämnde ett par respondenter att deras budget är relativt stram. I förhållande till tankarna kring att kunskapsstödet förmodligen inte implementerats, funderade vi också kring de ekonomiska aspekterna. I och med att det är en kostsam process bidrog detta till våra antaganden. Då vi genom intervjuerna fick information om att Socialstyrelsens kunskapsstöd redan används på alla enheter fick vi uppfattningen om att det gått ovanligt fort. Vi tror däremot att det faktum att kunskapsstödet är rekommendationer och inte riktlinjer har en viss påverkan på implementeringen. Dessutom har kunskapsstödet implementerats genom föreläsningar och information, men även genom att de professionella varit med och deltagit i utvecklandet av rekommendationerna. För det första utgår rekommendationerna från det egna arbetet inom utredningsenheterna, vilket sparar både tid och pengar. För det andra har detta gjort att kunskapsstödet kunnat integreras i arbetet sedan Socialstyrelsen startade processen år 2012, vilket kan tyda på att implementeringen egentligen inte gått ovanligt snabbt.

Det har genom analysen blivit tydligt att det finns fler organisatoriska likheter än skillnader mellan enheterna. Däremot kan vi också urskilja att vissa av likheterna även kan skapa olikheter i könsidentitetsutredningarna. Exempelvis som beskrivs i undergruppen “efter avslutad utredning”. Där är alla enheter lika i att de har någon form av uppföljning, men sättet de gör det på skiljer sig åt. Exempelvis kan en patient tycka det är bra att bli kontaktad medan en annan anser att det är bättre att själv få söka upp vården. Detta kan även ses i “inflytande och delaktighet” där alla



enheter uppger att de ger en viss möjlighet till detta. Dock tänker vi att om en patient har möjlighet att vara delaktig i val av utredningspersonal medan en annan inte har det, då det bara finns en av professionen, blir inflytande och delaktighet begränsad. Detta i sin tur anser vi kan vara en bidragande faktor till att vården inte blir likvärdig. Dessutom har vi fått insikt i svårigheterna att uttala sig om att det endast är en faktor som påverkar att vården inte blir likvärdig, då det är nödvändigt att se alla delar i relation till varandra. Exempelvis det som nämnts som organisatoriska skillnader mellan enheterna. Det går inte att säga att endast frånvaro av egenremisser gör utredningen olikvärdig, men det kan vara en bidragande faktor. För att kunna uttala sig om en olikvärdig utredning är det viktigt att se övergripande på utredningarna och inkludera alla faktorer.

Utifrån analysen kunde vi se att förändringar har skett sedan införandet av Socialstyrelsens kunskapsstöd, därigenom också förbättringar. En enhet uttalade sig exempelvis om att det har skett en utökad individualisering av arbetet inom utredningarna. Dessutom kan de professionella luta sig mot kunskapsstödet som en bekräftelse på att vissa förändringar är nödvändiga. Socialstyrelsens mål med kunskapsstödet är främst att minska de regionala skillnaderna samt bidra till en likvärdig vård och som en respondent nämnt sker det en linjering av arbetet i landet, bland annat i och med kunskapsstödet.

Bertilsson Rosqvist et al. (2014) skriver att den nu dominerande utvecklingspsykologiska diskursen har inverkan på arbetet inom könsidentitetsutredningar på flera olika sätt. Bland annat bidrar den till en syn på att patienten måste uppnå en viss ålder och mått av mognad för att kunna genomgå processen. Vidare beskriver de dock att det även finns en ny, konkurrerande diskurs "transgender-positive", som också påverkar synen inom utredningarna. Det kan vi koppla till att det år 2014 tillsattes en utredning för att se över ålderbestämmelser i relation till könstillhörighet (SOU 2014:91). Detta innebär att fler yngre personer kan integreras så att könsdysfori kan utredas i ett tidigare stadie. Den nya diskursen beskrivs också som fokuserad på mänskliga rättigheter och icke-diskriminering (Bertilsdotter Rosqvist et al. 2014). Detta kan ses i relation till de andra lagändringarna som nyligen skett, exempelvis att könsidentitet och könsuttryck inkluderades i diskrimineringslagstiftningen (SFS

2008:567) och att steriliseringskravet år 2013 togs bort ur könstillhörighetslagen (SFS 1972:119). Dessa lagar pekar på positiva förändringar som skett under relativt kort tid. Diskursen "transgender-positive" fokuserar även på att vården behöver blir mer likvärdig, vilket också kan kopplas till det Socialstyrelsen (2015b) uttrycker om detta. Bertilsson Rosqvist et al. (2014) menar även att ett kritiskt förhållningssätt inom utredningsarbetet är viktigt för att uppnå detta. Vi funderar kring om dessa aspekter är någonting som håller på att utvecklas och integreras i utredningarna, och kan ses som en strävan efter en likvärdig utredning för patienter inom ts-vården.

## 8.1 Vidare forskning

Vidare under uppsatsprocessen har några intressanta områden upptäckts som det skulle kunna forskas mer om. Exempelvis känns det relevant att se på hur vården för barn och ungdomar med könsdysfori fungerar, då det endast finns en utredningsenhet i hela landet. Dessutom har en respondent uppmärksammat oss på att det kan vara intressant att se på hur personalen själva upplever sin situation i att arbeta inom utredningsenheterna. Hur man ser på sin uppgift och roll i teamet och samarbetet mellan professionerna.

## 9. Referenslista

- Ahrne, G. & Papakostas, A. (2002) *Organisationer, samhälle och globalisering*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. uppl., Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2015) "Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People."  
<<http://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>> (2015-11-06)
- Backman, Y., Gardelli, T., Gardelli, V., & Persson, A. (2012): *Vetenskapliga tankeverktyg - till grund för akademiska studier*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. (2015) "Deltagande netnografi", i: Ahrne, G. & Svensson, P. (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Bertilsson Rosqvist, H., Nordlund, L. & Kaiser, N. (2014) "Developing an authentic sex: Deconstructing developmental– psychological discourses of transgenderism in a clinical setting" *Feminism & Psychology*, 24, 1, 20-36.
- Blomberg, C. & Peterson, J. (2013) "Nyinstitutionell teoribildning och dynamisk analys - användbarhet, kritik och alternativ" i: Linde, S. & Svensson, K. (red): *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber
- Bremer, S. (2011) *Kroppslinjer. Kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering*. Göteborg; Stockholm: Makadam.
- Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, J., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Istar Lev, A., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Paxton Hall, B., Pfäfflin, F., Rachlin, K., Robinson B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R. & Zucker, K. (2012) "Standards of Care - for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People."  
(elektronisk) *WPATH's officiella hemsida*  
<[http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf)> (2015-10-09).
- Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S. & Landén, M. (2014) "An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets" *Archives of Sexual Behavior*, 43, 8, 1535-1545.

- Eriksson-Zetterquist, U. (2009) *Institutionell teori - idéer, moden, förändring*. Malmö: Liber
- Folkhälsomyndigheten (2015) *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. (Rapport 15038)  
<<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20250/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner-15038-webb.pdf>>
- Garpenby, P. (2010) ”Perspektiv på implementering”, i: Nilsen, P. (red) *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hasenfeld, Y. (2010) “The attributes of human service organizations”, i: Hasenfeld, Y. (red) *Human services as complex organizations*. Los Angeles: Sage
- Hoomans, T., Ament, J.H.A., A., Evers, M.A.A. S. & Severens, L., J. (2010) “Implementing guidelines into clinical practice: what is the value?” *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 606–614.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014) *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (2015) “Inledning”, i: Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (red): *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kalman, H. & Johansson, S. (2012) ”Vad ligger i begreppet forskningsperson? Skydd av försöksperson respektive skydd av informantens integritet”, i: Kalman, H. & Lövgren, V. (red): *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.
- Kalman, H. & Lövgren, V. (2012) ”Etik i forskning och etiska dilemman. En introduktion”, i: Kalman, H. & Lövgren, V. (red) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.
- Kulturdepartementet (2014) *Stärkt skydd för transpersoner och översyn av vissa termer*. Beslut vid regeringssammanträde, 31 juli, 2014.  
<<http://www.regeringen.se/contentassets/ee0b682c314c4e7a82aa85c934cc50c6/starkt-skydd-for-transpersoner-och-oversyn-av-vissa-termer-dir.-2014115>>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Levin, C. (2013) ”Socialt arbete som moralisk praktik” i: Linde, S. & Svensson, K. (red): *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*.

*Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv.*  
Stockholm: Liber

- Linde, S. & Svensson, K. (2013) "Bokens ärende", i: Linde, S. & Svensson, K. (red): *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv.* Stockholm: Liber
- Lindkvist, L., Bakka J. F., Fivelsdal, E. (2014) *Organisationsteori: struktur, kultur, processer.* Stockholm: Liber.
- Meyer, J., W. & Rowan, B. (1991) "Institutionalized Organizations: Formal structure as myth and ceremony", i: Powell, W., W. & DiMaggio, P., J. (red) *The new institutionalism in organizational analysis.* Chicago: The university of Chicago press.
- Nilsen, P. (2014) "Implementeringsforskning - en introduktion", i: Nilsen, P. (red) *Implementering av evidensbaserad praktik.* Malmö: Gleerups.
- Nilsen, P. & Roback, K. (2010) "Implementering, kunskap och lärande – en begreppsmässig plattform", i: Nilsen, P. (red) *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.
- Payne, M. (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete.* Stockholm: Natur och Kultur.
- RFSL Fyrbodals (u.å) "Nedslag i transhistorien" (elektronisk) *RFSL Fyrbodals officiella hemsida* <<http://www.rfsl.se/fyrbodal/?p=4954>> (2015-11-05).
- RFSL Hälsa (u.å) "Könskorrigering och utredning" (elektronisk) *RFSL Hälsas officiella hemsida* <<http://www.rfsl.se/halsa/?p=5691>> (2015-11-05).
- RFSL Ungdom (2014a) "Könskorrigering" (elektronisk) *RFSL Ungdoms officiella hemsida* <<http://www.transformering.se/vad-ar-trans/konskorrigering>> (2015-10-13).
- RFSL Ungdom (2014b) "Att korrigera sitt kön" (elektronisk) *RFSL Ungdoms officiella hemsida* <<http://www.transformering.se/korrigering>> (2015-10-22).
- RFSL Ungdom (2014c) "Kön" (elektronisk) *RFSL Ungdoms officiella hemsida* <<http://www.transformering.se/vad-ar-trans/kon>> (2015-10-07).
- RFSL Ungdom (2014d) "Transhistoria" (elektronisk) *RFSL Ungdoms officiella hemsida* <<http://www.transformering.se/vad-ar-trans/transhistoria>> (2015-11-05).
- RFSL Ungdom (2014e) "Juridiskt könsbyte" (elektronisk) *RFSL Ungdoms officiella hemsida*

- <<http://www.transformering.se/korrigerig/transvard/juridiskt-konsbyte>> (2015-10-17).
- RFSL Ungdom (2015a) "Vad är trans?" (elektronisk) *RFSL Ungdoms officiella hemsida* <<http://www.transformering.se/vad-ar-trans>> (2015-10-15).
- RFSL Ungdom (2015b) "Könsutredning steg för steg" (elektronisk) *RFSL Ungdoms officiella hemsida* <<http://www.transformering.se/korrigerig/transvard/konsutredning>> (2015-10-14).
- SFS 1972:119. *Lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Socialstyrelsen (2010) *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar*. (Rapport 2010-6-31) Stockholm: Socialstyrelsen. <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18087/2010-6-31.pdf>>
- Socialstyrelsen (2012) *Om implementering*. [broschyr] <<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18723/2012-6-12.pdf>>
- Socialstyrelsen (2015a) *Till dig med könsdysfori*. [broschyr] <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19814/2015-6-1.pdf>>
- Socialstyrelsen (2015b) *God vård av vuxna med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd*. (Rapport 2015-4-7) <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19798/2015-4-7.pdf>>
- Socialstyrelsen (2015c) *Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete*. [broschyr] <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19815/2015-6-2.pdf>>
- SOU 2014:91 *Utredningen om åldersgränsen för fastställelse av ändrad könstillhörighet*. Göteborg: Socialdepartementet.
- Spencer, L., Ritchie, J., O'Connor, W., Morrell, G. & Ormston, R. (2014) "Analysis in practice", i: Ritchie, J., Lewis, J., McNaughton Nicholls, C. & Ormston, R. (red) *Qualitative research practice. A guide for social science students & researchers*. London: Sage.
- Svedmark, E. (2012) "Att skydda individen från skada. En forskningsetisk balansakt.", i: Kalman, H. & Lövgren, V. (red) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.

- Svensson, K. (2013) ”Varför fungerar det? Om betydelsen av förväntningar, institutioner och aktörer” i: Linde, S. & Svensson, K. (red): *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Thomas, R. & Purdon, S. (1994) “Telephone methods for social surveys”. *Social research update*, 8, 1-6.
- Thornquist, E. (2012) “Etiska utmaningar och motstridiga hänsyn. Reflektioner över en studie från sjukgymnastisk verksamhet”, i: Kalman, H. & Lövgren, V. (red) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.
- Thurén, T (2007) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber.
- Transföreningen FPES (u.å a) “Om transpersoner” (elektronisk) *Transföreningen FPES officiella hemsida* <<http://fpes.se/transpersoner/>> (2015-10-19).
- Transföreningen FPES (u.å b) “Transition” (elektronisk) *Transföreningen FPES officiella hemsida* <<http://fpes.se/om-transtransition/>> (2015-10-20).
- Traustadóttir, R. (2009) Research with others: Reflections on representation, difference and othering. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 3, 2, 9-28.

# Bilaga 1



## GÖTEBORGS UNIVERSITET INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Hej!

Vi är två studenter som studerar socionomprogrammet på Göteborgs universitet. Just nu är vi inne på vår sjätte termin och skriver C-uppsats. Ämnet för vår uppsats är könsidentitetsutredningar och vi har valt att studera skillnader och/eller likheter mellan de olika utredningsenheterna i landet och vi vill också studera hur könsidentitetsutredningar genomförs.

Uppsatsen kommer publiceras i ett universitetsgemensamt system för e-publicering vid Göteborgs universitet (GUPEA). Vi har kontinuerlig kontakt med vår handledare Ann-Charlott Timander, som kommer med synpunkter på och godkänner vårt material. Vid deltagande i uppsatsen kommer Du som intervjuperson samt enheten aidentifieras. Du har själv friheten att bestämma om Du vill delta eller ej och Du kan när som helst avbryta Din medverkan.

Vår handledare kan bli kontaktad på följande;

Universitetslektor Ann-Charlott Timander

Telefonnummer:

Vid frågor eller annat kan vi bli kontaktade på:

Elin Andersson

Emma Johnsson

Telefonnummer:

Telefonnummer:

Mailadress:

Mailadress:

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Elin och Emma



## Bilaga 2



### GÖTEBORGS UNIVERSITET INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

#### Könsidentitetsutredningar Informationsblad till utredningsteam

Vi, Elin och Emma, är två studenter från socionomprogrammet på Göteborgs universitet som skriver vår c-uppsats om könsidentitetsutredningar. Vi önskar undersöka likheter och/eller skillnader i hur utredningsprocessen ser ut på de olika utredningsenheterna i landet. Därför hoppas vi att Ni vill delta i en intervju angående Er enhet för att hjälpa oss i vårt arbete.

Då utredningsenheterna är utspridda över landet har vi tyvärr inte möjlighet att göra intervjuer på plats och har därför valt att använda oss av telefonintervjuer. Vi har dessutom begränsad tid för vår uppsats och önskar därmed snabbt svar angående deltagande.

Vi använder oss av telefonintervjuer, vilka kommer att spelas in med ditt godkännande. Om du inte vill bli inspelad så kan vi föra anteckningar under samtalet gång. Återigen med ditt godkännande. Dessa kommer sedan transkriberas, vilket innebär att de skrivs ut ordagrant som text.

Intervjupersonerna och enheten kommer att avidentifieras. Som intervjuperson har Du friheten att själv bestämma om Du vill delta eller ej, samt om Du vill avbryta Din medverkan. Informationen som Du delar med dig av kommer endast att användas i vår c-uppsats och efter avslutad, färdig och betygsatt uppsats kommer vi att slänga inspelade filer och strimla allt skriftligt transkriberat material samt alla dokument i relation till projektet.

Uppsatsen kommer publiceras i ett universitetsgemensamt system för e-publicering vid Göteborgs universitet (GUPEA).

Vid konfirmering av deltagande får Du skriva under ett samtyckesformulär där du bekräftar att Du förstått vad det innebär att delta i intervjun. Då vi fått tillbaka samtyckesformuläret kontaktar vi Dig om lämpligt datum och tid att utföra intervjun. Intervjun tar cirka 45-60 minuter.

Efter avslutad och godkänd uppsats skickar vi den gärna, om Ni önskar, till Er enhet.

Vår handledare har läst samt godkänt detta informationsbrev och kan bli kontaktad på följande:

Universitetslektor  
Ann-Charlott Timander  
Telefonnummer:

Vid frågor eller annat kan vi bli kontaktade på följande:

Elin Andersson  
Telefonnummer:  
Mailadress:

Emma Johnsson  
Telefonnummer:  
Mailadress:

Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar,  
Elin och Emma

## Bilaga 3



### GÖTEBORGS UNIVERSITET INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

#### Samtyckesblankett till utredningsteam

I denna samtyckesblankett frågar vi dig om du vill delta i en intervju om utredningsprocessen kring könskorrigering, som du blev informerad om i informationsbladet. Var vänlig och besvara frågan nedan med ett ja eller nej.

1. Vill Du delta i intervjun, med bakgrund av den information du fått i informationsbladet?

.....

2. Val av pseudonym?

.....

Deltagarens namn, Datum, Namnunderskrift

.....

Studenternas namn, Datum, Namnunderskrift

.....

Elin Andersson och Emma Johnsson

Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete

Göteborg 2015-10-14

## Bilaga 4

### UTREDNINGSPROCESSEN KRING KÖNSKORRIGERING

#### - HUR FUNGERAR DET?

##### Intervjuguide till utredningsteam

- Tack igen för att du väljer att vara med i vår intervju.
- Har du några frågor innan vi startar?
- Du fick information tidigare om att vi spelar in intervjun, känns det fortfarande okej?
- Vem är du, vad har du för roll?
- Kan du beskriva hur utredningsteamet ser ut? (Vilka ingår och hur många är ni? Hur läggs arbetet upp emellan er och har ni nära kontakt? Hur samarbetar ni?)
- Har alla inom teamet en professionsutbildning? (I Socialstyrelsen 2010 har det nämnts att vissa personer som arbetar där endast är “engagerade personer”)
- Arbetar ni på uppdrag inom ramen för landstinget eller på annat sätt? (Utveckla om annat.)
- Får ni era resurser genom landstinget eller är de privata?
- Hur lång väntetid är det för att få starta en utredning hos er?
- Ungefär hur många ansöker per år?
- Finns det möjlighet att söka till er genom egenremiss?  
(Om ja: Tror ni att det har någon betydelse för deras kontakt med er? Är det positivt/negativt att använda sig av egenremiss?  
Om nej: Tror ni att det kan påverka att de tar kontakt med er? Är det något önskvärt att införa?)

- Har patienten möjlighet till inflytande och delaktighet i den egna vården, och i så fall på vilket sätt?
- Vilka metoder används i ert utredningsarbete? (Hur görs utredningarna/ hur kommer ni fram till en diagnos?)
- Hur är utredningen för könskorrigering upplagd på er enhet? (Har ex. testerna någon speciell ordningsföljd? Struktur? Tar utredningen någon viss tid? Har ni någon egen "mall"? Ser det alltid likadant ut eller kan det skilja sig, och vad beror detta på i så fall?)
- Vad händer efter avslutad utredning och hur ser den fortsatta kontakten ut?
- Har ni något samarbete med de som utför den könskorrigerande behandlingen? (Lättillgängligt?)
- Använder man sig av det nationella kunskapsstödet från Socialstyrelsen (2015) som riktlinjer, eller är utgångspunkten i ert utredningsarbete någon annan?
- Har utformningen av ert utredningsarbete förändrats efter att Socialstyrelsens nationella riktlinjer infördes, och i så fall på vilket sätt?
- Har du några ytterligare frågor eller någonting som du vill tillägga?

Har ni några övriga frågor eller tankar så har ni våra kontaktuppgifter i informationsbladet.

Tack så mycket för er hjälp och för att du ville medverka.